



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Etat des lieux de la lutte antitabac au sein des établissements de santé du Grand-Duché de Luxembourg



Auteur

Grandjean Vanessa

En collaboration avec :

Maryline Nicolet

Astrid Scharpantgen

Dr Yolande Wagener

Dr Danielle Hansen-Koenig

Juin 2005

Abréviations

AMMD	Association des médecins et médecins-dentistes de Luxembourg
Bolher	Clinique Dr. Bohler
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch Hôp. Ville d'Esch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNPE	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CNRFR	Centre National de Rééducation Fonct. et de Réadaptation
CRFB	Centre de radiothérapie François Baclesse
CSM	Clinique Ste Marie
CSJW	Hôpital St Joseph de Wiltz
FEM	Fondation Emile Mayrisch
FLCC	Fondation Luxembourgeoise contre le cancer
HIS	Hôpital Intercommunal de Steifort
HK	Hôpital Kirchberg
HPMA	Hôpital Princesse Marie-Astrid
HSLE	Hôpital St Louis d'Ettelbruck
OMS	Organisation mondiale de la santé

Table des matières

INTRODUCTION	5
1. Les objectifs	7
2. Pré-requis	8
3. Méthodologie	9
3.1 Les sujets de l'enquête	9
3.2 La démarche de l'enquête	10
3.3 Taux de participation	11
4. Les résultats	12
4.1 Le tabagisme passif	12
4.2 Les plaintes	13
4.3 Les mesures antitabac	14
4.3.1 Les actions et campagnes antitabac	14
4.3.2 Les actions de sevrage	17
4.4 Les besoins du personnel des établissements de santé	18
4.5 Et pour les patients fumeurs....	22
5. Discussion des résultats	24
CONCLUSION	29
Bibliographie	32
Annexes	33



INTRODUCTION

Journée Mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé
du 31 mai 2005 :
« Le rôle des professionnels de santé dans la lutte antitabac »

Le 21 mai 2003 à Genève, la **Convention-cadre de l'OMS¹ pour la lutte antitabac** a été adoptée par les Etats membres de l'OMS et signée par le Luxembourg le 16 juin 2003. Il s'agit du premier instrument juridique conçu pour diminuer la mortalité due au tabac via des mesures telles que : la suppression de toute forme de publicité, du parrainage et de la promotion des produits du tabac, une fiscalité dissuasive, l'interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics et à usage collectif, le développement de campagnes d'information et d'éducation sanitaire multiples, la mise à disposition pour tout fumeur désirant s'arrêter d'une aide au sevrage, etc. Cette convention doit être reconnue comme le premier effort engagé au plan mondial pour réduire les effets nocifs du tabac et promouvoir le respect de la santé des non-fumeurs.

En date du 4 mai 2005, la Chambre des Députés de Luxembourg a ratifié à l'unanimité la Convention-cadre de l'OMS. Pour soutenir les Etats membres dans leur politique de lutte antitabac, l'Union européenne vient de lancer sous la présidence luxembourgeoise la campagne « Help » encourageant les jeunes fumeurs à cesser de fumer.

¹ Annexe 1



Au niveau national, le Gouvernement luxembourgeois déposera prochainement un projet de loi visant à adapter la législation nationale en matière de lutte antitabac. Le Ministère de la Santé travaille actuellement sur un programme national de lutte antitabac.

Chaque année, l'Organisation Mondiale de la Santé organise une journée sans tabac. Le 31 mai 2005, le thème choisi était « Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac ». L'accent est mis sur le rôle décisif joué par les professionnels de la santé dans la lutte antitabac. Les professionnels de la santé par leur rôle et par leur image, peuvent fortement contribuer à promouvoir un mode de vie et une culture sans tabac. Leur apport en matière de réduction tabagique est essentiel. Dans le cadre de leurs activités professionnelles, ils peuvent conseiller, guider et répondre aux questions des patients sur le tabagisme et ses effets sur la santé. De part leurs connaissances, leurs compétences et leur influence sociale, les professionnels de la santé jouent un rôle clef dans la lutte globale antitabac. Toutefois, la consommation tabagique des professionnels de la santé dans les milieux hospitaliers et dans les lycées de professions de santé reste encore élevée² et des efforts particuliers doivent se focaliser sur ces domaines.

Dans ce cadre, l'OMS a développé un « Code de bonne pratique des organisations de professionnels de santé en matière de lutte antitabac. ³» Ce code identifie différents points d'action à mettre en œuvre au sein des structures de santé. De plus, un dossier de presse spécifique « Rôles des professionnels de

² Selon le sondage de l'AMMD en 2002, 18% des médecins luxembourgeois étaient fumeurs.

³ Annexe 2



santé dans la lutte antitabac » a été publié par l’OMS et relayé par le Ministère de la Santé.

Au niveau national, dans le contexte du développement d’une politique nationale cohérente et concertée, le Ministère de la Santé a souhaité à l’occasion de la Journée mondiale sans tabac, dresser un état des lieux des actions de la lutte antitabac développées dans les établissements de santé au cours des dernières années.

Ce rapport reprend les principaux résultats de cet état des lieux et envisage les futures pistes d’intervention à développer au sein d’un réseau de travail.

1. Objectifs

Inspiré par le sujet de la Journée Mondiale antitabac de l’Organisation Mondiale de la Santé, la Direction de la Santé a souhaité dresser un état des lieux des mesures et des actions de la lutte antitabac développées dans les établissements de santé luxembourgeois au cours des dernières années.

Cet état des lieux vise à :

- identifier les actions antitabac organisées au sein des établissements de santé.
- identifier les besoins du personnel en matière de lutte antitabac



- identifier une ou des personne(s) de référence dans ces structures qui participera(en)t au développement d'une politique nationale antitabac cohérente, concertée et intégrée.

2. Pré-requis

En 1995, la Direction de la Santé avait déjà réalisé un état des lieux sur les exemples de transposition de la loi du 24 mars 1989⁴ traitant de l'interdiction de fumer dans certains lieux, les avertissements sanitaires, la mention de la teneur en goudron et nicotine ainsi que sa limitation, l'interdiction et la restriction de la publicité des produits du tabac.

L'un des chapitres du rapport s'intéressait plus particulièrement à l'exécution de cette loi dans les établissements de santé, selon l'article 9, point 1 « *Il est interdit de fumer à l'intérieur des établissements hospitaliers : dans les chambres des malades ainsi que dans tous les autres locaux à usage collectif servant à l'accueil, aux soins et à l'hébergement des malades, y compris les ascenseurs, les corridors et les salles d'attente.* ».

Un questionnaire a été envoyé à 31 établissements hospitaliers et maisons de soins. Il s'intéressait à la fois au tabagisme du personnel et à celui des patients. Il ressort de cette étude que plus de 2/3 des établissements avaient des zones réservées aux fumeurs, traduites par un local fermé. L'interdiction de fumer était

⁴ Annexe3



respectée dans 62% des cas. Les plaintes envers le tabagisme passif étaient d'ailleurs rares (10%).

Les conclusions de ce rapport envisageaient diverses pistes, notamment l'interdiction absolue de fumer pour le personnel de l'établissement dans des zones accessibles au public, tant « fumeur » que « non-fumeur ». De manière générale, le rapport proposait d'intensifier les efforts d'éducation pour la santé, et d'adopter une législation antitabac plus stricte visant notamment à protéger les non-fumeurs sur leur lieu de travail.

3. Méthodologie

3.1 Les sujets de l'enquête

Notre investigation actuelle consiste en la réalisation d'un état des lieux dans tous les établissements de santé au Luxembourg. Il a été décidé de partager les institutions en deux groupes : les établissements hospitaliers répertoriés selon la carte sanitaire⁵ et les établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration (selon un accord entre les deux ministères).

Pour **les établissements hospitaliers**, les personnes contactées étaient :

- le Directeur Général,
- le Directeur Médical,
- le Directeur des Soins.

⁵ Annexe 4



Pour les établissements conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration, le courrier a été adressé au responsable de l'institution.

3.2 La démarche de l'enquête

En avril 2005, un courrier de présentation de l'enquête⁶ (lettre circulaire), signé par le Ministre de la Santé, a été envoyé aux intéressés. Il leur a été demandé de renvoyer les coordonnées de la personne de référence en charge de la problématique dans l'établissement, ou de lui adresser le questionnaire annexé au courrier.

La lettre circulaire et le questionnaire ont été envoyés par voie postale. Le délai de réponses était de 3 semaines. Un délai si court était demandé afin de récolter les premiers résultats avant la journée mondiale sans tabac du 31 mai 2005.

Afin d'affiner les réponses aux questionnaires reçus, nous avons pris contact téléphoniquement avec certaines personnes de référence.

Le questionnaire⁷ comporte 16 questions classées par thèmes :

- l'environnement :
 - o les lieux d'interdiction de fumer,
 - o les zones fumeurs,
 - o la répartition des zones fumeurs pour le personnel,

⁶ Annexe 6

⁷ Annexe 5



- la distinction entre les zones fumeurs pour les patients et celles pour le personnel,
 - le tabagisme passif,
 - les moyens de protection des non-fumeurs,
 - la présence de local fermé,
 - les indications des zones fumeurs/non fumeurs,
 - les mesures coercitives, la présence de cendriers,
 - l'achat du tabac au sein de la structure
 - les plaintes formulées à l'administration.
- l'information et l'éducation
 - les actions et campagnes de lutte antitabac,
 - les actions de sevrage
 - les besoins des établissements

3.3 Taux de participation

Le taux de réponse s'élève à 93%. Sur 15 **établissements hospitaliers**, 14 ont rempli le questionnaire et ont transmis le nom de la personne de référence « tabac » au sein de leur structure.

Le taux de réponse s'élève à 82% pour **les institutions conventionnées par le Ministère de la Famille et de l'Intégration** (42/51).



4. Les résultats

Les réponses ont été encodées et regroupées en divers thèmes :

- Le tabagisme passif,
- Les plaintes recensées par rapport au tabac,
- Les mesures antitabac au sein des établissements,
- Les besoins énoncés par les établissements.

Il a été décidé de présenter les résultats par types d'établissements : les établissements hospitaliers et les établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

4.1. Le tabagisme passif

4.1.1. Les établissements hospitaliers

Plus d'un tiers (35,7%) du personnel soignant est exposé au tabagisme passif au sein des hôpitaux. (5/14)

Les principaux lieux ou moments d'exposition énumérés sont :

- les entrées de l'hôpital, le tabagisme des visiteurs et des malades (CHL)
- lors des travaux de construction ou rénovation suite au tabagisme des ouvriers (CHL)
- le local détente du personnel (CSJW)
- lors des réunions internes (CHNPE)



- dans les secrétariats (CHNPE)
- dans la cafétéria (Bolher)

4.1.2. Les établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Plus d'un tiers du personnel soignant (35,7%) est exposé au tabagisme passif (15/42).

- lors des contacts avec les patients, en dehors des séances de thérapie
- lors de la pause café, cafétéria
- dans les chambres (fumée des patients), hall d'entrée
- dans les bureaux

4.2. Les plaintes

4.2.1. Les établissements hospitaliers

Un hôpital sur deux (7/14) a enregistré des plaintes de la part du personnel concernant le tabac.

Ces plaintes concernaient :

- le tabagisme passif (aux entrées des hôpitaux, dans les couloirs, tabagisme des patients dans leur chambre, tabagisme des ouvriers)



- certains patients en phase terminale souhaitent pouvoir fumer dans la chambre
- lors des réunions, dans les secrétariats, salles d'examens

4.2.2. Les établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Un tiers des établissements (33,3%) a enregistré des plaintes de la part du personnel concernant le tabac (14/42).

Les plaintes concernaient essentiellement le tabagisme exagéré de certains patients (consommation de tabac dans leurs chambres), la demande de création de fumoir, et le tabagisme passif occasionné par le fumoir (envahissement dans certaines chambres).

4.3. Les mesures antitabac

4.3.1 Actions et campagnes antitabac

4.3.1.1 Les établissements hospitaliers

Plus des $\frac{3}{4}$ des établissements (78.5 %) ont déjà organisé des actions et/ou campagnes de lutte antitabac. Il s'agit :



- *Participation à la Journée mondiale antitabac de l'OMS* : (HSLE, CSJW, Baclesse et CHL, Bolher). Lors de la journée mondiale, les établissements exposent des affiches (par exemple de la FLCC)
- *Diffusion d'affiches ou brochures durant l'année* : 8/14) (HSLE, CHL, CSM, HK, FEM, Baclesse, CNRFR et CHNPE)
- *Hôpital sans tabac* : 2/14 (CHL et CHEM)
- *Courrier interne* : 2/14 (HSLE et CHL)
- *Organisation de conférences* : 2/14 (HSLE : en planning et CHL)
- *Autres* : éducation et assistance au sevrage tabagique (HSLE)

Exemples

- Au sein du Centre Hospitalier Emile Mayrisch, le lancement prochain d'une campagne de sensibilisation pour un hôpital sans tabac est discuté au sein du comité mixte :
 - documentation via la FLCC
 - implication de médecins pour collaborer dans une consultation sevrage-tabac pour le personnel
 - mise à disposition du personnel des articles de substitution
- L'hôpital Kirchberg compte envisager des actions en 2005.
- Au sein de l'Hôpital St-Louis, des actions ont été lancées :
 - groupe de travail avec des campagnes de sensibilisation
 - groupe sportif cardiaque
 - enquête interne personnel en 1999/2000



- enquête interne sur la mesure du CO en 2004

- Au Centre Hospitalier de Luxembourg, une enquête sur les habitudes tabagiques a été menée auprès du personnel.

4.3.1.2 Les établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

40.5% des établissements (17/42) prônent des actions sans tabac et/ou mettent en œuvre des campagnes antitabac. Il s'agit de :

- diffusion d'affiches (33.3%)
- distribution de brochure (21.4%)
- participation à la journée mondiale antitabac (9.7%)
- hôpital sans tabac
- courrier interne
- organisation de conférence

Exemple

L'Hospice d'Echternach a proposé un jour de congé supplémentaire aux employés qui réussissent à ne pas fumer pendant un an.



4.3.2 Le sevrage tabagique

4.3.2.1 Les établissements hospitaliers

Une action pour le sevrage est disponible pour le personnel dans 28,5% des établissements (4/14). Il s'agit de :

- l'accès à des conseillers formés (HSLE, CST et CHL)
- soutien au sevrage :
 - référence d'adresses utiles pour l'aide au sevrage tabagique (FLCC, centre médico-social) (HSLE)
 - consultation par un pneumologue et/ou une infirmière, et/ou un psychiatre (CHL, HK, CST)
 - diffusion du matériel d'information (HSLE, CST, et CHL)

Exemple

A la Clinique Ste Thérèse, le matériel d'information provient de la FLCC. Ce matériel d'information et d'évaluation est mis à disposition du personnel, des patients, et des familles.



4.3.2.2 Les établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Dans seulement 7% des établissements (3/42), il existe une action pour le sevrage.

Il s'agit de :

- diffusion de matériel d'information
- l'accès à des conseillers formés
- organisation de conférence/débat
- soutien au sevrage

4.4. Les besoins du personnel des établissements

4.4.1. Les établissements hospitaliers

Presque 3 établissements hospitaliers sur 4 (71,4%) souhaitent des supports spécifiques en matière de lutte antitabac (10/14) :

- matériel d'information (8/14) (HSLE, HIS, HPMA, HK, FEM, Baclesse, CNRFR et CHNPE)
- formations du personnel (4/14) (HSLE, CST, HPMA et HK)
- accès à des conseillers formés (1/14) (HSLE)
- soutien au sevrage (1/14) (HSLE)
- autres (2/14) :
 - amélioration de la prise en charge (HSLE)
 - conférence, débat de sensibilisation par des spécialistes extérieurs (CHNPE)



Exemples

- La Clinique Ste Thérèse souhaite une formation pour le personnel permettant d'adapter les compétences en matière de sevrage. Une formation au niveau national organisée par un expert au Luxembourg constituerait un élément facilitateur pour mettre à niveau les connaissances.
- Le Centre Emile Mayrisch souhaite une collaboration de leurs médecins, des moyens financiers ad hoc (par ex. pour intensifier le soutien au sevrage, et la mise en œuvre de campagnes de communication).
- L'hôpital St-Louis souhaite une majoration des ressources humaines, matérielles et didactiques
- La Clinique St-Joseph souhaite des locaux disponibles, fermés et ventilés pour les fumeurs (personnel et patient)
- L'Hôpital intercommunal de Steinfort souhaite un budget adéquat pour les formations et de la documentation
- L'Hôpital Princesse Marie-Astrid souhaite la mise à disposition de patches et un local de consultation antitabac
- Le Centre Neuro-Psychiatrique souhaite la sensibilisation du personnel via la hiérarchie et des directives ministérielles



- Le CNRRF souhaite plus de matériel d'information
- Lors de son déménagement au Kirchberg : installation d'un fumoir
- Le Centre Baclesse souhaite des interventions au sevrage
- La Clinique Ste Thérèse propose une consultation en tabacologie par les médecins pneumologues et les médecins psychiatres. Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et de développer une politique de prévention du tabagisme, il est demandé de créer des consultations de tabacologie à l'hôpital. Ces consultations ambulatoires seront ouvertes à des personnes externes ou hospitalisées. Une telle consultation a son intérêt puisqu'elle permet de proposer un service plus adapté à une patientèle très diversifiée (prise en charge de fumeurs victimes de maladies liées au tabagisme, prise en charge de la dépendance)
- La Clinique Bohler est très intéressée. Ses propos se préciseront lors de leur implantation dans la nouvelle clinique au Kirchberg.

4.4.2. Les établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Une majorité des établissements (81%) expriment des besoins particuliers en matière de lutte antitabac :

- matériel d'information (74%)
- soutien au sevrage (21.5%)
- formations (14%)
- accès à des conseillers formés (9.5%)



Certaines institutions ont exprimé des besoins plus précis, notamment :

- une conférence sur la prévention (explications des méfaits du tabac)
- disponibilité en heures de formation
- réorganisation des pauses du personnel fumeur
- du matériel didactique tel qu'affiches, circulaires, brochures, documents écrits, films
- la réalisation d'une enquête auprès du personnel et/ou direction pour mieux cerner les demandes spécifiques
- une salle attractive pour les non-fumeurs
- informer et motiver les agents fumeurs
- développer une réglementation plus stricte
- proposer des alternatives au tabac
- développer une politique sportive dans l'établissement
- soutenir la direction pour une politique antitabac

Exemples

- Le Centre Thérapeutique d'Useldange explique qu'il est difficile de prévoir simultanément une politique antitabac chez des personnes alcooliques pour qui le sevrage anti-alcoolique constitue déjà une situation thérapeutique difficile.
- Hospice Civil de Hamm ne veut pas être un établissement antitabac.
« *Nous sommes un lieu de vie pour personnes âgées et notre philosophie*



institutionnelle prévoit l'autonomie et le respect des habitudes de vie du pensionnaire. »

4.5. Et pour les patients fumeurs...

Même si les patients fumeurs ne faisaient pas partie de notre population-cible, les réponses au questionnaire ont amené quelques réflexions par rapport à cette problématique.

Presque un tiers des hôpitaux (28.6%) ont enregistré des plaintes de la part des patients concernant le tabagisme :

- Tabagisme passif aux entrées de l'hôpital (fumée des patients, visiteurs et ouvriers) (CHL)
- La plage horaire d'ouverture du fumoir n'est pas assez grande (HPMA)
- la tolérance au tabagisme dans la cafétéria (FEM, CHEM)

16.6% des établissements conventionnés (7/42) ont enregistré des plaintes de la part des malades concernant le tabagisme.

Exemples

- La Clinique Ste Thérèse propose pour l'aide au sevrage tabagique pour les patients fumeurs « *de promouvoir une clinique sans tabac par le biais d'un projet institutionnel, notamment via la substitution nicotinique pour les fumeurs*



hospitalises. Ce sevrage devrait être proposé chez tous les fumeurs, surtout s'ils restent plusieurs jours à l'hôpital, moyennement une substitution nicotinique selon le modèle français (voir dépliant⁸).

⁸ Annexe 9



5. Discussion des résultats

5.1. Le taux de réponses

Etablissements hospitaliers	93%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	82%

La grande majorité des établissements ont répondu, malgré le laps de temps très court qui leur était donné. Nous pouvons donc supposer que leur intérêt pour la problématique est important.

5.2. Le tabagisme passif

Etablissements hospitaliers	35,7%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	35,7%

Malgré les mesures législatives en application, plus d'un tiers du personnel se plaint d'être victime du tabagisme passif sur leur lieu de travail.



5.3. Les plaintes

Etablissements hospitaliers	50%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	33,3%

Les plaintes du personnel hospitalier sont plus importantes que celle du personnel des autres établissements de santé. Elles ont fortement augmenté par rapport à l'enquête 1995.

La prise de conscience des effets du tabagisme passif pourrait être l'une des explications.

5.4. Les mesures antitabac

a) Actions et campagnes antitabac

Etablissements hospitaliers	78.5%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	40.5%

De nombreuses actions en matière de lutte antitabac sont mises en œuvre régulièrement par les établissements de santé. Les hôpitaux ont réalisé plus d'actions ou de campagnes que les autres établissements de santé. L'une des raisons est que de nombreux efforts ont été dirigés vers les structures de santé



subventionnées par le Ministère de la Santé. A l’avenir, il s’agirait de renforcer le lien avec les établissements conventionnés par le Ministère de la Famille.

La majorité des établissements ont opté pour la diffusion d’affiches soit lors des Journées mondiales antitabac, soit durant toute l’année.

b) Sevrage tabagique

Etablissements hospitaliers	28, 5%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l’Intégration	7%

Les mesures de sevrage tabagique ne semblent pas être une mesure prioritaire dans la lutte antitabac des établissements de santé.

5.5. Les besoins des établissements

Etablissements hospitaliers	71, 4%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l’Intégration	81%

La majorité des établissements de santé ont des besoins répertoriés dans le tableau ci-dessous.



Matériel d'information	
Etablissements hospitaliers	57,14%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	73,8%
Formations	
Etablissements hospitaliers	28,5%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	14,2%
Soutien au sevrage	
Etablissements hospitaliers	7,1%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	21,4%
Accès à des conseillers formés	
Etablissements hospitaliers	7,1%
Etablissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration	9,5%

Plus d'un hôpital sur deux (57.14%) souhaite du matériel d'information. Ce besoin est également relayé par près de 3 établissements de santé sur 4 (73.8%). Cette demande devrait être davantage explicitée : s'agit-il de documentation adressée indifféremment au public et/ou au personnel, et quels seraient les thèmes à y aborder : le sevrage, les risques pour la santé, etc.



Près d'un tiers des établissements hospitaliers (28.5%) demande une formation spécifique du personnel en matière d'aide au sevrage tabagique. L'organisation de cette formation devrait également s'envisager dans le futur réseau de travail.

Enfin, le besoin de soutien au sevrage tabagique n'est relayé que par une minorité des établissements hospitaliers (7.1%). Au vu des résultats, ils sont un tiers (28.5%) à avoir déjà mis sur place des mesures spécifiques en matière de sevrage.

Inversement, 21.4% des établissements de santé expriment des besoins spécifiques en matière de soutien au sevrage, puisqu'ils sont seulement 7% à mettre cette mesure en œuvre actuellement.



CONCLUSION

Le taux élevé de réponses reçues par les établissements de santé (93% et 82%) montre clairement l'intérêt tant des directeurs et des responsables que du personnel en faveur d'une politique antitabac au sein de leurs établissements de santé.

De nombreuses initiatives ont déjà été mises en œuvre au sein de ces structures pour lutter contre le tabagisme. Ceci confirme la mobilisation des professionnels de la santé sur le sujet.

Il ressort que près des $\frac{3}{4}$ des établissements hospitaliers (71,4%) et des établissements conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'intégration (78,5%) ont des besoins spécifiques auquel le Ministère de la Santé devra tenter de répondre.

Par l'intermédiaire de l'enquête, chaque établissement a désigné une personne de référence pour participer au réseau national : « Les professionnels de la Santé et la lutte antitabac » qui sera coordonné par la Direction de la santé. Ce réseau sera l'occasion d'échanger des exemples de bonnes pratiques et d'affiner les besoins plus spécifiques des établissements en matière de lutte antitabac.



Il s'agira de réfléchir :

- à la sensibilisation des professionnels de la santé comme acteurs privilégiés pour les interventions professionnelles en faveur des modes de vie sains et notamment pour la réduction du tabagisme.
- au renforcement de l'idée que les établissements de santé sont des lieux privilégiés de communication avec les patients et leur famille.
- aux moyens à développer pour protéger les non-fumeurs de l'exposition au tabagisme passif,
- au rôle des professionnels de santé en matière d'actions en faveur du sevrage tant pour le personnel que pour les patients
- au développement d'actions de sensibilisation, d'information et d'éducation dirigées tant vers les professionnels de la santé, le personnel, les patients, que vers les futurs professionnels de la santé
- à l'utilisation d'un label de qualité « Hôpital sans tabac », et à l'application du code des bonnes pratiques rédigés par l'OMS.





Bibliographie

- Convention-cadre de l'OMS, may 2003.
- <http://www.who.int/tobacco/framework/en/>
- La loi du 24 mars 1989 portant sur la restriction de la publicité des produits du tabac.
- Rapport sur l'application de la législation antitabac au Grand-Duché de Luxembourg, Direction de la santé, 1995.



Annexes

Annexe 1 Convention-cadre de l’OMS

Annexe 2 Dossier de presse de l’OMS, code de bonne pratique des organisations de professionnels de santé en matière de lutte antitabac et communiqué de presse du Ministre de la Santé.

Annexe 3 Loi du 24 mars 1989 portant sur l’interdiction de fumer dans certains lieux

Annexe 4 Listing des établissements hospitaliers selon la carte sanitaire et abréviations et listing des établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l’Intégration.

Annexe 5 Le questionnaire

Annexe 6 Lettre circulaire adressée aux directeurs des établissements de soins de santé

Annexe 7 Les substituts nicotiques pour les fumeurs hospitalisés



Annexe 1 : Convention cadre de l'OMS

Préambule

Les Parties à la présente Convention, *Résolues* à donner la priorité à leur droit de protéger la santé publique, *Reconnaissant* que la propagation de l'épidémie de tabagisme est un problème mondial aux conséquences sérieuses pour la santé publique qui appelle la coopération internationale la plus large possible et la participation de tous les pays à une action internationale efficace, adaptée et globale,

Se faisant l'écho de l'inquiétude que suscitent dans la communauté internationale les conséquences sanitaires, sociales, économiques et environnementales dévastatrices au plan mondial de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac,

Gravement préoccupées par l'augmentation de la consommation et de la production mondiales de cigarettes et d'autres produits du tabac, en particulier dans les pays en développement, ainsi que par la charge que cela représente pour les familles, les pauvres et les systèmes de santé nationaux,

Reconnaissant que des données scientifiques ont établi de manière irréfutable que la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont cause de décès, de maladie et d'incapacité, et qu'il existe un décalage entre l'exposition à la cigarette et l'utilisation d'autres produits du tabac et l'apparition des maladies liées au tabac,

Reconnaissant également que les cigarettes et certains autres produits contenant du tabac sont des produits très sophistiqués, qui visent à engendrer et à entretenir la dépendance, qu'un grand nombre des composés qu'ils contiennent et que la fumée qu'ils produisent sont pharmacologiquement actifs, toxiques, mutagènes et cancérigènes, et que la dépendance à l'égard du tabac fait l'objet d'une classification distincte en tant que trouble dans les grandes classifications internationales des maladies,

Conscientes qu'il existe des données scientifiques montrant clairement que l'exposition prénatale à la fumée du tabac a des répercussions indésirables sur la santé et le développement des enfants,

Profondément préoccupées par la forte augmentation de la consommation de cigarettes et des autres formes d'usage du tabac chez les enfants et les adolescents



dans le monde entier, et en particulier par le fait que ceux-ci commencent à fumer de plus en plus jeunes,

Inquiètes de l'augmentation de la consommation de cigarettes et des autres formes d'usage du tabac chez les femmes et les jeunes filles partout dans le monde, et ayant à l'esprit la nécessité d'une pleine participation des femmes à tous les niveaux de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques ainsi que la nécessité de stratégies sexospécifiques de lutte antitabac,

Profondément préoccupées par les niveaux élevés de tabagisme et des autres formes de consommation du tabac par les peuples autochtones,

Sérieusement préoccupées par les effets de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage visant à encourager l'usage des produits du tabac, *Reconnaissant* qu'une action concertée est nécessaire pour éliminer toutes formes de commerce illicite des cigarettes et autres produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon,

Reconnaissant que la lutte antitabac à tous les niveaux, et en particulier dans les pays en développement et les pays à économie en transition, exige des ressources financières et techniques suffisantes, proportionnelles aux besoins actuels et prévus des activités de lutte antitabac,

Reconnaissant la nécessité d'élaborer des mécanismes adaptés pour faire face aux répercussions sociales et économiques à long terme des stratégies de réduction de la demande de tabac,

Conscientes des difficultés économiques et sociales que les programmes de lutte antitabac peuvent engendrer à moyen et à long terme, dans certains pays en développement et pays à économie en transition, et reconnaissant qu'il leur faut une assistance technique et financière dans le cadre des stratégies de développement durable élaborées par eux,

Conscientes du travail très utile effectué par de nombreux Etats en matière de lutte antitabac et félicitant l'Organisation mondiale de la Santé de son rôle directeur, ainsi que les autres organisations et organismes du système des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales internationales et régionales des efforts déployés pour élaborer des mesures de lutte antitabac,

Soulignant la contribution particulière apportée par les organisations non gouvernementales et d'autres membres de la société civile sans liens avec



l'industrie du tabac, y compris les associations de professionnels de la santé, les associations de femmes, de jeunes, de défenseurs de l'environnement et de consommateurs et les établissements d'enseignement et de santé, aux efforts de lutte antitabac aux niveaux national et international, et l'importance vitale de leur participation aux efforts nationaux et internationaux de lutte antitabac,

Reconnaissant la nécessité d'être vigilant face aux efforts éventuels de l'industrie du tabac visant à saper ou dénaturer les efforts de lutte antitabac et la nécessité d'être informé des activités de l'industrie du tabac qui ont des répercussions négatives sur les efforts de lutte antitabac,

Rappelant l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966, qui énonce le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre,

Rappelant également le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui stipule que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale,

Résolues à promouvoir des mesures de lutte antitabac fondées sur les considérations scientifiques, techniques et économiques actuelles et pertinentes,

Rappelant que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979 dispose que les Etats Parties à ladite Convention prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé,

Rappelant en outre que la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, dispose que les Etats Parties à ladite Convention reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible,

Sont convenues de ce qui suit :



PARTIE I :

INTRODUCTION

Article premier Emploi des termes

Aux fins de la présente Convention :

- a) On entend par « commerce illicite » toute pratique ou conduite interdite par la loi, relative à la production, l'expédition, la réception, la possession, la distribution, la vente ou l'achat, y compris toute pratique ou conduite destinée à faciliter une telle activité;
- b) On entend par « organisation d'intégration économique régionale » une organisation composée de plusieurs Etats souverains, et à laquelle ses Etats Membres ont donné compétence sur un certain nombre de questions, y compris le pouvoir de prendre des décisions ayant force obligatoire pour ses Etats Membres concernant ces questions¹;
- c) On entend par « publicité en faveur du tabac et promotion du tabac » toute forme de communication, recommandation ou action commerciale ayant pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac;
- d) On entend par « lutte antitabac » toute une série de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des effets nocifs visant à améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et l'exposition de celle-ci à la fumée du tabac;
- e) On entend par « industrie du tabac » les entreprises de fabrication et de distribution en gros de produits du tabac et les importateurs de ces produits;
- f) On entend par « produits du tabac » des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de tabac en feuilles comme matière première et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés;



- g) On entend par « parrainage du tabac » toute forme de contribution à tout événement, activité ou personne, ayant pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac.

Article 2

Relations entre la présente Convention et d'autres accords et instruments juridiques

1. Afin de mieux protéger la santé humaine, les Parties sont encouragées à appliquer des mesures allant au-delà des dispositions de la Convention et de ses protocoles, et rien dans ces instruments n'empêche une Partie d'imposer des restrictions plus sévères si elles sont compatibles avec leurs dispositions et conformes au droit international.
2. Les dispositions de la Convention et de ses protocoles n'affectent en rien le droit d'une Partie de conclure des accords bilatéraux ou multilatéraux, y compris des accords régionaux ou sous-régionaux, sur les questions ayant trait à la Convention et à ses protocoles ou s'y rattachant, à condition que ces accords soient compatibles avec leurs obligations au titre de la Convention et de ses protocoles. La Partie concernée communique le texte de tels accords à la Conférence des Parties par l'intermédiaire du Secrétariat.

PARTIE II : OBJECTIF, PRINCIPES DIRECTEURS ET OBLIGATIONS GENERALES

Article 3

Objectif

L'objectif de la Convention et de ses protocoles est de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, 1Le cas échéant, « national » se rapporte également aux organisations d'intégration économique régionales. - 4 - environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en oeuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac.

Article 4



Principes directeurs

Pour atteindre l'objectif de la présente Convention et de ses protocoles et en appliquer les dispositions, les Parties suivent notamment les principes directeurs énoncés ci-après :

1. Chacun doit être informé des conséquences pour la santé, du caractère dépendogène et du risque mortel de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, et des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces doivent être envisagées au niveau gouvernemental approprié pour protéger tous les individus contre l'exposition à la fumée du tabac.
2. Un engagement politique fort est nécessaire pour élaborer et appuyer, aux niveaux national, régional et international, des mesures plurisectorielles complètes et des actions coordonnées, tenant compte :
 - a) de la nécessité de prendre des mesures pour protéger tous les individus contre l'exposition à la fumée du tabac;
 - b) de la nécessité de prendre des mesures pour éviter que les individus commencent à fumer, pour promouvoir et appuyer le sevrage et pour faire diminuer la consommation de produits du tabac sous toutes leurs formes;
 - c) de la nécessité de prendre des mesures pour encourager les autochtones et les communautés autochtones à participer à l'élaboration, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de programmes de lutte antitabac qui soient socialement et culturellement adaptés à leurs besoins et à leur manière de voir; et
 - d) de la nécessité de prendre des mesures pour tenir compte des risques sexospécifiques lors de l'élaboration des stratégies de lutte antitabac.
3. La coopération internationale, et en particulier le transfert de technologie, de connaissances et d'aide financière et la fourniture de compétences connexes pour établir et mettre en oeuvre des programmes de lutte antitabac efficaces, tenant compte des facteurs culturels locaux ainsi que de facteurs sociaux, économiques, politiques et juridiques, est un élément important de la Convention.
4. Des mesures et des ripostes multisectorielles globales pour réduire la consommation de tous les produits du tabac aux niveaux national, régional et international sont essentielles afin de prévenir, conformément aux principes de la santé publique, l'incidence des maladies et l'incapacité et les



décès prématurés provoqués par la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac.

5. Les questions relatives à la responsabilité, telles que déterminées par chaque Partie dans les limites de sa compétence, sont un élément important d'une lutte antitabac globale.
6. Il faut reconnaître et prendre en compte l'importance d'une assistance technique et financière pour faciliter la reconversion économique des cultivateurs de tabac ainsi que des travailleurs dont les moyens de subsistance sont gravement compromis par l'application de programmes de lutte antitabac dans les pays en développement Parties et dans les Parties à économie en transition dans le cadre de stratégies de développement durable élaborées au niveau national.
7. La participation de la société civile est essentielle pour atteindre l'objectif de la Convention et de ses protocoles.

Article 5

Obligations générales

1. Chaque Partie élabore, met en oeuvre, actualise et examine périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac conformément aux dispositions de la Convention et des protocoles auxquels elle est Partie.
2. A cette fin, chaque Partie en fonction de ses capacités : a) met en place ou renforce, et dote de moyens financiers, un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac; et b) adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces et coopère, le cas échéant, avec d'autres Parties afin d'élaborer des politiques appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac.
3. En définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale.
4. Les Parties coopèrent en vue de formuler des propositions de mesures, de procédures et de lignes directrices pour la mise en oeuvre de la Convention et des protocoles auxquels elles sont Parties.



5. Les Parties coopèrent, le cas échéant, avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents afin d'atteindre les objectifs de la Convention et des protocoles auxquels elles sont Parties.
6. Les Parties, dans les limites des moyens et des ressources dont elles disposent, coopèrent pour obtenir les ressources financières nécessaires à la mise en oeuvre efficace de la Convention par le canal de dispositifs de financement bilatéraux et multilatéraux.

PARTIE III : MESURES RELATIVES A LA REDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

Article 6

Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac

1. Les Parties reconnaissent que les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac pour diverses catégories de la population, en particulier les jeunes.
2. Sans préjudice du droit souverain des Parties de déterminer et de fixer leur politique fiscale, chaque Partie doit tenir compte de ses objectifs nationaux de santé en ce qui concerne la lutte antitabac et adopte ou maintient, selon le cas, des mesures pouvant comprendre :
 - a) l'application de politiques fiscales et, le cas échéant, de politiques des prix concernant les produits du tabac afin de contribuer aux objectifs de santé visant à réduire la consommation de tabac; et
 - b) l'interdiction ou la restriction, selon le cas, de la vente aux voyageurs internationaux, et/ou de l'importation par eux, de produits du tabac en franchise de droits et de taxes.
3. Les Parties indiquent les taux de taxation des produits du tabac et les tendances de la consommation de tabac dans les rapports périodiques qu'elles soumettent à la Conférence des Parties, conformément à l'article 21.

Article 7

Mesures autres que financières visant à réduire la demande de tabac



Les Parties reconnaissent que l'application de mesures autres que financières globales est un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac. Chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces nécessaires pour s'acquitter de ses obligations au titre des articles 8 à 13 et coopère en tant que de besoin avec les autres Parties, directement ou à travers les organismes internationaux compétents, en vue de les faire appliquer. La Conférence des Parties propose des directives appropriées pour l'application des dispositions contenues dans ces articles.

Article 8

Protection contre l'exposition à la fumée du tabac

1. Les Parties reconnaissent qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort.
2. Chaque Partie adopte et applique, dans le domaine relevant de la compétence de l'Etat en vertu de la législation nationale, et encourage activement, dans les domaines où une autre compétence s'exerce, l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics.

Article 9

Réglementation de la composition des produits du tabac

La Conférence des Parties, en consultation avec les organismes internationaux compétents, propose des directives pour les tests et l'analyse de la composition et des émissions des produits du tabac, et pour la réglementation de cette composition et de ces émissions. Chaque Partie adopte et applique, sous réserve de l'approbation des autorités nationales compétentes, des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces concernant ces tests et analyses et cette réglementation.

Article 10

Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer

Chaque Partie, dans le respect de son droit national, adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces exigeant des fabricants et des importateurs de produits du tabac qu'ils communiquent aux autorités gouvernementales les informations relatives à la composition et aux émissions des produits du tabac. Chaque Partie adopte et



applique en outre des mesures efficaces pour que soient communiquées au public des informations sur les constituants toxiques des produits du tabac et les émissions qu'ils sont susceptibles de produire.

Article 11

Conditionnement et étiquetage des produits du tabac

1. Chaque Partie, dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention en ce qui la concerne, adopte et applique conformément à sa législation nationale des mesures efficaces pour faire en sorte que :
 - a) le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ne contribuent pas à la promotion d'un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit, y compris des termes, descriptifs, marques commerciales, signes figuratifs ou autres qui donnent directement ou indirectement l'impression erronée qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que d'autres, comme par exemple des termes tels que « à faible teneur en goudrons », « légère », « ultra-légère » ou « douce »; et
 - b) chaque paquet ou cartouche de produits du tabac et toutes les formes de conditionnement et d'étiquetage extérieurs de ces produits portent également des mises en garde sanitaires décrivant les effets nocifs de la consommation de tabac et peuvent inclure d'autres messages appropriés. Ces mises en garde et messages
 - sont approuvés par l'autorité nationale compétente,
 - sont utilisés tour à tour,
 - de grande dimension, clairs, visibles et lisibles,
 - devraient couvrir 50 % ou plus des faces principales mais pas moins de 30 %,
 - peuvent se présenter sous la forme de dessins ou de pictogrammes ou inclure de tels dessins ou pictogrammes.
2. Chaque paquet et cartouche de produits du tabac et toutes les formes de conditionnement et d'étiquetage extérieurs de ces produits, outre les mises en garde visées au paragraphe 1.b) du présent article, portent des informations sur les constituants et émissions pertinents des produits du tabac tels que définis par les autorités nationales.
3. Chaque Partie exige que les mises en garde et autres informations textuelles visées au paragraphe 1.b) et au paragraphe 2 du présent article apparaissent sur chaque paquet et cartouche de produits du tabac et sur toutes les formes



de conditionnement et d'étiquetage extérieurs de ces produits dans sa ou ses langues principales.

4. Aux fins du présent article, l'expression « conditionnement et étiquetage extérieurs », à propos des produits du tabac, s'entend de toutes les formes de conditionnement et d'étiquetage utilisées dans la vente au détail du produit.

Article 12

Education, communication, formation et sensibilisation du public

Chaque Partie s'efforce de promouvoir et de renforcer la sensibilisation du public aux questions ayant trait à la lutte antitabac, en utilisant, selon qu'il conviendra, tous les outils de communication disponibles. A cette fin, chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour favoriser :

- a) un large accès à des programmes efficaces et complets d'éducation et de sensibilisation du public aux risques sanitaires, y compris les caractéristiques dépendogènes de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac;
- b) la sensibilisation du public aux risques pour la santé liés à la consommation de tabac et à l'exposition à la fumée du tabac, ainsi qu'aux avantages du sevrage tabagique et des modes de vie sans tabac, ainsi que le stipule l'article 14.2;
- c) l'accès du public, conformément à la législation nationale, à un large éventail d'informations concernant l'industrie du tabac pertinentes au regard de l'objectif de la Convention;
- d) des programmes de formation ou de sensibilisation et prise de conscience efficaces et appropriés en matière de lutte antitabac à l'intention des personnes telles que les agents de santé, les agents communautaires, les travailleurs sociaux, les professionnels des médias, les éducateurs, les décideurs, les administrateurs et autres personnes concernées;
- e) la sensibilisation et la participation des organismes publics et privés et d'organisations non gouvernementales qui ne soient pas liés à l'industrie du tabac, lors de l'élaboration et de la mise en oeuvre de programmes et de stratégies intersectoriels de lutte antitabac; et
- f) la sensibilisation du public aux informations concernant les conséquences sanitaires, économiques et environnementales préjudiciables de la production et de la consommation de tabac, et l'accès du public à ces informations.



Article 13

Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage

1. Les Parties reconnaissent que l'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage réduira la consommation des produits du tabac.
2. Chaque Partie, dans le respect de sa constitution ou de ses principes constitutionnels, instaure une interdiction globale de toute publicité en faveur du tabac et de toute promotion et de tout parrainage du tabac. Cette interdiction, sous réserve du cadre juridique et des moyens techniques dont dispose cette Partie, inclut l'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage transfrontières à partir de son territoire. A cet égard, dans les cinq années suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour cette Partie, celle-ci adopte des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou d'autres mesures appropriées et fait rapport conformément à l'article 21.
3. Une Partie qui est dans l'incapacité d'instaurer une interdiction globale du fait de sa constitution ou de ses principes constitutionnels impose des restrictions à toute publicité en faveur du tabac et à toute promotion et tout parrainage du tabac. Ces restrictions, sous réserve du cadre juridique et des moyens techniques dont dispose cette Partie, incluent des restrictions ou l'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage à partir de son territoire ayant des effets transfrontières. A cet égard, chaque Partie adopte des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou d'autres mesures appropriées et fait rapport conformément à l'article 21.
4. Comme mesure minimum, et dans le respect de sa constitution ou de ses principes constitutionnels, chaque Partie :
 - a) interdit toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage qui contribuent à promouvoir un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, aux effets sur la santé, aux risques ou émissions du produit;
 - b) exige qu'une mise en garde sanitaire ou d'autres mises en garde ou messages appropriés accompagnent toute publicité en faveur du tabac et, le cas échéant, toute promotion et tout parrainage du tabac;
 - c) limite le recours à des mesures d'incitation directes ou indirectes qui encouragent l'achat de produits du tabac par le public;
 - d) si elle n'a pas imposé d'interdiction globale, exige de l'industrie du tabac qu'elle fasse connaître aux autorités gouvernementales compétentes les dépenses qu'elle consacre à la publicité, à la promotion et au parrainage encore non interdits. Ces autorités, dans les conditions fixées par la législation nationale, peuvent décider de



- rendre ces chiffres accessibles au public ainsi qu'à la Conférence des Parties, conformément à l'article 21;
- e) impose une interdiction globale ou, si elle est dans l'incapacité d'imposer une interdiction globale du fait de sa constitution ou de ses principes constitutionnels, limite la publicité en faveur du tabac, ainsi que la promotion et le parrainage à la radio, à la télévision, dans la presse écrite et, le cas échéant, dans d'autres médias tels que l'Internet, dans les cinq ans; et
 - f) interdit ou, si elle est dans l'incapacité d'interdire du fait de sa constitution ou de ses principes constitutionnels, limite le parrainage des manifestations ou des activités internationales et/ou des participants à ces manifestations ou activités.
5. Les Parties sont encouragées à appliquer des mesures allant au-delà des obligations énoncées au paragraphe 4.
 6. Les Parties coopèrent à la mise au point de technologies et d'autres moyens nécessaires pour faciliter l'élimination de la publicité transfrontières.
 7. Les Parties qui ont interdit certaines formes de publicité en faveur du tabac, de promotion et de parrainage ont le droit souverain d'interdire ces formes de publicité, de promotion et de parrainage transfrontières entrant dans leur territoire et d'imposer les mêmes sanctions que celles qui s'appliquent à la publicité, à la promotion et au parrainage, tant sur le plan intérieur qu'à partir de leur territoire, conformément à leur législation nationale. Le présent paragraphe n'entérine ni n'approuve aucune sanction spécifique.
 8. Les Parties étudient l'élaboration d'un protocole définissant des mesures appropriées qui nécessitent une collaboration internationale en vue d'une interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage transfrontières.

Article 14

Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique

1. Chaque Partie élabore et diffuse des directives appropriées, globales et intégrées fondées sur des données scientifiques et sur les meilleures pratiques, en tenant compte du contexte et des priorités nationaux et prend des mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement adéquat de la dépendance à l'égard du tabac.
2. A cette fin, chaque Partie s'efforce :
 - a) de concevoir et mettre en oeuvre des programmes efficaces visant à promouvoir le sevrage tabagique, dans des lieux comme les établissements



- d'enseignement, les établissements de santé, les lieux de travail et de pratique des sports;
- b) d'inclure le diagnostic et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac et les services de conseil sur le sevrage tabagique dans les programmes, plans et stratégies nationaux de santé et d'éducation, avec la participation des agents de santé, des agents communautaires et des travailleurs sociaux, selon qu'il conviendra;
 - c) de mettre sur pied, dans les établissements de santé et les centres de réadaptation, des programmes de diagnostic, de conseil, de prévention et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac; et
 - d) de collaborer avec les autres Parties afin de faciliter l'accès à un traitement de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable, y compris aux produits pharmaceutiques, conformément à l'article 22. Ces produits et leurs composants peuvent comprendre des médicaments ou des produits utilisés pour administrer des médicaments et des diagnostics, le cas échéant.

PARTIE IV : MESURES RELATIVES A LA REDUCTION DE L'OFFRE DE TABAC

Article 15

Commerce illicite des produits du tabac

1. Les Parties reconnaissent que l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon, et l'élaboration et la mise en oeuvre d'une législation nationale dans ce domaine, en sus des accords sous-régionaux, régionaux et mondiaux, constituent des aspects essentiels de la lutte antitabac.
2. Chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour faire en sorte que tous les paquets et cartouches de produits du tabac et toutes les formes de conditionnement extérieur de ces produits comportent une marque pour aider les Parties à déterminer l'origine des produits du tabac et, conformément à la législation nationale et aux accords bilatéraux ou multilatéraux pertinents, pour aider les Parties à déterminer le point où intervient le détournement et à surveiller, suivre et contrôler le mouvement des produits du tabac et leur statut en droit. En outre, chaque Partie :
 - a) exige que les paquets et cartouches de produits du tabac destinés à la vente au détail ou en gros sur son marché intérieur comportent l'indication « Vente autorisée uniquement en (inscrire le nom du pays, de la subdivision nationale, régionale ou fédérale) » ou toute autre marque appropriée indiquant la destination finale ou



- susceptible d'aider les autorités à déterminer si le produit est légalement en vente sur le marché intérieur; et
- b) envisage, selon qu'il conviendra, la mise en place d'un régime pratique permettant de suivre et de retrouver la trace des produits de manière à rendre le système de distribution plus sûr et de contribuer aux enquêtes sur le commerce illicite.
3. Chaque Partie exige que l'information sur le conditionnement ou les marques visées au paragraphe 2 du présent article soit présentée lisiblement et/ou rédigée dans sa ou ses langues principales.
 4. En vue d'éliminer le commerce illicite des produits du tabac, chaque Partie:
 - a) surveille le commerce transfrontières des produits du tabac, y compris le commerce illicite, recueille des données à ce sujet et assure l'échange d'informations entre les administrations douanières et fiscales et les autres administrations, selon qu'il conviendra et conformément à la législation nationale et aux accords bilatéraux ou multilatéraux applicables;
 - b) adopte ou renforce des mesures législatives, assorties des sanctions et des recours appropriés, contre le commerce illicite des produits du tabac, y compris des cigarettes de contrefaçon et de contrebande;
 - c) prend des mesures appropriées pour assurer la destruction de tout le matériel de fabrication et des cigarettes et autres produits du tabac de contrefaçon et de contrebande confisqués, au moyen si possible de méthodes respectueuses de l'environnement, ou leur élimination conformément à la législation nationale;
 - d) adopte et applique des mesures pour surveiller, vérifier et contrôler l'entreposage et la distribution des produits du tabac gardés ou circulant en franchise de droits ou de taxes dans le cadre de sa juridiction; et
 - e) adopte les mesures voulues pour permettre la confiscation des profits dérivés du commerce illicite des produits du tabac.
 5. Les informations recueillies en application des paragraphes 4.a) et 4.d) du présent article doivent être fournies selon les besoins, par les Parties, sous forme agrégée, dans leurs rapports périodiques à la Conférence des Parties, conformément à l'article 21.
 6. Les Parties encouragent, selon les besoins et conformément à leur législation nationale, la coopération entre les organismes nationaux, ainsi qu'entre les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes, en ce qui concerne les enquêtes, les poursuites et les procédures, pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.



Une attention spéciale est accordée à la coopération aux niveaux régional et sous-régional pour lutter contre le commerce illicite des produits du tabac.

7. Chaque Partie s'efforce d'adopter et d'appliquer d'autres mesures, y compris l'octroi de licences, le cas échéant, pour contrôler ou réglementer la production et la distribution des produits du tabac afin de prévenir le commerce illicite.

Article 16

Vente aux mineurs et par les mineurs

1. Chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces au niveau gouvernemental approprié pour interdire la vente de produits du tabac aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé par la législation nationale, ou l'âge de dix-huit ans. Ces mesures peuvent comprendre :
 - a) l'exigence pour tous les vendeurs de produits du tabac d'afficher visiblement et en évidence dans leur point de vente un avis d'interdiction de la vente de tabac aux mineurs et, en cas de doute, de demander à chaque acheteur de prouver par des moyens appropriés qu'il a atteint l'âge légal;
 - b) l'interdiction de vendre des produits du tabac en les rendant directement accessibles, par exemple sur les étagères des magasins;
 - c) l'interdiction de la fabrication et de la vente de confiseries, en-cas, jouets ou autres objets ayant la forme de produits du tabac attrayants pour les mineurs; et
 - d) des mesures prises pour s'assurer que les distributeurs automatiques de produits du tabac placés sous sa juridiction ne soient pas accessibles aux mineurs et ne fassent pas de promotion pour la vente de ces produits aux mineurs.
2. Chaque Partie interdit la distribution gratuite de produits du tabac au public et surtout aux mineurs ou encourage cette interdiction.
3. Chaque Partie s'efforce d'interdire la vente de cigarettes à la pièce ou par petits paquets, ce qui facilite l'accès de ces produits aux mineurs.
4. Les Parties reconnaissent que, pour en accroître l'efficacité, les mesures visant à interdire la vente de produits du tabac aux mineurs devraient, selon qu'il convient, être appliquées conjointement avec les autres dispositions de la Convention.
5. Lorsqu'elle signe, ratifie, accepte ou approuve la Convention ou y adhère, ou à tout moment par la suite, une Partie peut, par une déclaration écrite ayant force obligatoire, indiquer qu'elle s'engage à interdire l'introduction



de distributeurs automatiques de produits du tabac dans sa juridiction ou, le cas échéant, à proscrire totalement ces machines. La déclaration faite en vertu du présent article sera communiquée par le Dépositaire à toutes les Parties à la Convention.

6. Chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces, y compris des sanctions à l'encontre des vendeurs et des distributeurs, afin d'assurer le respect des obligations énoncées aux paragraphes 1-5 du présent article.
7. Chaque Partie devrait adopter et appliquer, selon qu'il convient, des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour interdire les ventes de produits du tabac par les personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé par la législation nationale, ou l'âge de dix-huit ans.

Article 17

Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables

Les Parties s'efforcent, en coopérant entre elles et avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes, de promouvoir, le cas échéant, des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs, les travailleurs et, selon qu'il conviendra, les vendeurs.

PARTIE V : PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

Article 18

Protection de l'environnement et de la santé des personnes

En s'acquittant de leurs obligations en vertu de la Convention, les Parties conviennent de tenir dûment compte, pour ce qui est de la culture du tabac et de la fabrication de produits du tabac sur leur territoire respectif, de la protection de l'environnement et de la santé des personnes eu égard à l'environnement.

PARTIE VI : QUESTIONS SE RAPPORTANT A LA RESPONSABILITE

Article 19

Responsabilité

1. Aux fins de la lutte antitabac, les Parties envisagent de prendre des mesures législatives ou de promouvoir les lois existantes, si nécessaire, en matière de responsabilité pénale et civile, y compris l'indemnisation le cas échéant.



2. Les Parties coopèrent pour échanger des informations par l'intermédiaire de la Conférence des Parties conformément à l'article 21, y compris :
 - a) des informations sur les effets sanitaires de la consommation de produits du tabac et de l'exposition à la fumée de tabac, conformément à l'article 20.3 a); et
 - b) des informations sur la législation et la réglementation en vigueur, ainsi que sur la jurisprudence pertinente.
3. Les Parties, selon qu'il conviendra et d'un commun accord, dans les limites fixées par la législation nationale, les politiques, les pratiques juridiques et les dispositions conventionnelles applicables, s'accordent une assistance juridique mutuelle pour toute procédure judiciaire relative à la responsabilité civile et pénale, dans le respect de la Convention.
4. La Convention n'affecte ou ne limite en rien les droits d'accès des Parties aux tribunaux d'autres Parties lorsque de tels droits existent.
5. La Conférence des Parties peut envisager, si possible, dans une phase initiale, compte tenu des travaux en cours dans les instances internationales compétentes, des questions liées à la responsabilité, y compris des approches internationales appropriées de ces questions et des moyens appropriés pour aider les Parties, à leur demande, dans leurs activités législatives et autres, conformément au présent article.

PARTIE VII :
COOPERATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE ET
COMMUNICATION D'INFORMATIONS

Article 20

Recherche, surveillance et échange d'informations

1. Les Parties s'engagent à développer et à promouvoir la recherche nationale et à coordonner des programmes de recherche aux niveaux régional et international dans le domaine de la lutte antitabac. A cette fin, chaque Partie s'efforce :
 - a) d'entreprendre, directement ou par l'intermédiaire des organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents, des activités de recherche et d'évaluation scientifique, et d'y coopérer, en encourageant la recherche sur les déterminants et les conséquences de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, ainsi que la recherche de cultures de substitution; et



- b) de promouvoir et de renforcer, avec l'appui des organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents, la formation et le soutien de tous ceux qui participent à des activités de lutte antitabac, y compris la recherche, la mise en oeuvre et l'évaluation.
2. Les Parties mettent en place, selon le cas, des programmes de surveillance nationale, régionale et mondiale de l'ampleur, des tendances, des déterminants et des conséquences de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac. A cette fin, les Parties intègrent les programmes de surveillance du tabagisme aux programmes de surveillance de la santé aux niveaux national, régional et mondial afin que les données soient comparables et puissent être analysées aux niveaux régional et international, le cas échéant.
3. Les Parties reconnaissent l'importance de l'aide financière et technique des organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes. Chaque Partie s'efforce :
 - a) de mettre en place progressivement un système national de surveillance épidémiologique de la consommation de tabac et des indicateurs sociaux, économiques et sanitaires y relatifs;
 - b) de coopérer avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents, y compris les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, à la surveillance régionale et mondiale du tabac et à l'échange d'informations sur les indicateurs visés au paragraphe 3.a) du présent article; et
 - c) de coopérer avec l'Organisation mondiale de la Santé à l'élaboration de lignes directrices ou de procédures générales pour recueillir, analyser et diffuser les données de surveillance en rapport avec le tabac.
4. Les Parties, sous réserve de leur législation nationale, encouragent et facilitent l'échange d'informations scientifiques, techniques, socio-économiques, commerciales et juridiques du domaine public, ainsi que d'informations concernant les pratiques de l'industrie du tabac et la culture du tabac en rapport avec la Convention, en tenant compte des besoins spéciaux des pays en développement Parties et des Parties à économie en transition et en prenant des mesures à cet égard. Chaque Partie s'efforce :
 - a) d'établir progressivement et de maintenir une base de données actualisée concernant les lois et règlements sur la lutte antitabac et, le cas échéant, un ensemble d'informations sur leur application, ainsi que sur la jurisprudence pertinente, et de coopérer à la mise sur



- ped de programmes de lutte antitabac aux niveaux régional et mondial;
- b) d'établir progressivement et de maintenir une base de données actualisée concernant les programmes de surveillance nationaux, conformément au paragraphe 3 a) du présent article; et
 - c) de coopérer avec les organisations internationales compétentes pour mettre en place progressivement et maintenir un système mondial chargé de recueillir et de diffuser régulièrement des informations sur la production de tabac, la fabrication de produits du tabac et les activités de l'industrie du tabac qui ont un impact sur la Convention ou sur les activités nationales de lutte antitabac.
5. Les Parties devront coopérer, au sein des organisations intergouvernementales internationales et régionales et des institutions financières et de développement dont ils sont membres, pour promouvoir et encourager la fourniture de ressources techniques et financières au Secrétariat afin d'aider les pays en développement Parties et les Parties à économie en transition à s'acquitter de leurs obligations en matière de recherche, de surveillance et d'échange d'informations.

Article 21

Notification et échange d'informations

1. Chaque Partie soumet à la Conférence des Parties, par l'intermédiaire du Secrétariat, des rapports périodiques sur la mise en oeuvre de la Convention, qui devront inclure :
 - a) des informations sur les mesures législatives, exécutives, administratives ou toutes autres mesures prises pour la mise en oeuvre de la Convention;
 - b) des informations, le cas échéant, sur les difficultés ou obstacles qu'elle a rencontrés dans la mise en oeuvre de la Convention, et sur les mesures prises pour surmonter ces derniers;
 - c) des informations, le cas échéant, sur l'aide financière et technique fournie ou reçue pour des activités de lutte antitabac;
 - d) des informations sur la surveillance et la recherche ainsi qu'il est spécifié à l'article 20; et
 - e) les informations précisées aux articles 6.3, 13.2, 13.3 13.4 d), 15.5 et 19.2.
2. La fréquence et la forme des rapports présentés par l'ensemble des Parties sont déterminées par la Conférence des Parties. Chaque Partie établit son rapport initial dans les deux années suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour cette Partie.



3. La Conférence des Parties, conformément aux articles 22 et 26, examine les dispositions pour aider les pays en développement Parties et les Parties à économie en transition, qui en font la demande, à s'acquitter de leurs obligations aux termes du présent article.
4. La notification et l'échange d'informations au titre de la Convention sont régis par le droit national relatif à la confidentialité et à la vie privée. Les Parties protègent, comme convenu entre elles, toute information confidentielle qui est échangée.

Article 22

Coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et fourniture de compétences connexes

1. Les Parties coopèrent directement ou par l'intermédiaire des organismes internationaux compétents pour renforcer leur capacité de s'acquitter des obligations découlant de la Convention, en tenant compte des besoins des pays en développement Parties et des Parties à économie en transition. Cette coopération facilite, dans les conditions convenues d'un commun accord, le transfert de compétences techniques, scientifiques et juridiques et de technologie pour établir et renforcer les stratégies, les plans et les programmes nationaux de lutte antitabac visant notamment :
 - a) à favoriser la mise au point, le transfert et l'acquisition de technologies, de connaissances, de compétences et de capacités liées à la lutte antitabac;
 - b) à fournir des compétences techniques, scientifiques et juridiques ou autres pour établir et renforcer les stratégies, les plans et les programmes nationaux de lutte antitabac destinés à mettre en oeuvre la Convention, notamment : i) en aidant, sur demande, à l'élaboration d'une base législative solide ainsi que de programmes techniques visant notamment à dissuader les personnes de commencer à fumer, à les encourager à cesser de fumer et à les protéger contre l'exposition à la fumée du tabac; ii) en aidant, le cas échéant, les travailleurs du tabac à trouver d'autres moyens de subsistance appropriés économiquement et juridiquement viables d'une manière économiquement et juridiquement viable; et iii) en aidant, le cas échéant, les cultivateurs de tabac à passer à d'autres cultures d'une manière économiquement viable;
 - c) à appuyer des programmes de formation ou de sensibilisation bien conçus adaptés au personnel concerné, conformément à l'article 12;
 - d) à mettre à disposition, le cas échéant, le matériel, les équipements et les fournitures, ainsi que le soutien logistique nécessaires aux stratégies, plans et programmes de lutte antitabac;



- e) à définir des méthodes de lutte antitabac, y compris pour le traitement complet de l'addiction nicotinique; et
 - f) à promouvoir, le cas échéant, la recherche visant à rendre le coût du traitement complet de l'addiction nicotinique plus abordable.
2. La Conférence des Parties encourage et facilite le transfert de compétences techniques, scientifiques et juridiques et de technologie avec le soutien financier obtenu selon les modalités prévues à l'article 26.

PARTIE VIII :
DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES ET RESSOURCES
FINANCIERES

Article 23
Conférence des Parties

1. Il est institué une Conférence des Parties. La première session de la Conférence sera convoquée par l'Organisation mondiale de la Santé un an au plus tard après l'entrée en vigueur de la présente Convention. La Conférence déterminera le lieu et la date des sessions ordinaires ultérieures à sa première session.
2. Des sessions extraordinaires de la Conférence des Parties peuvent avoir lieu à tout autre moment si la Conférence le juge nécessaire, ou à la demande écrite d'une Partie, sous réserve que, dans les six mois suivant sa communication auxdites Parties par le Secrétariat de la Convention, cette demande soit appuyée par un tiers au moins des Parties.
3. La Conférence des Parties adoptera son règlement intérieur par consensus à sa première session.
4. La Conférence des Parties adoptera par consensus son propre règlement financier qui sera également applicable au financement des organes subsidiaires qu'elle pourrait établir ainsi que des dispositions financières qui régiront le fonctionnement du Secrétariat. A chacune de ses sessions ordinaires, elle adopte un budget pour l'exercice financier prenant fin à sa session ordinaire suivante.
5. La Conférence des Parties examine régulièrement l'application de la Convention et prend les décisions nécessaires pour en promouvoir la mise en oeuvre efficace; elle peut adopter des protocoles, des annexes et des amendements à la Convention, conformément aux articles 28, 29 et 33. A cette fin, la Conférence :
 - a) encourage et facilite l'échange d'informations, conformément aux articles 20 et 21;



- b) encourage et oriente l'élaboration et l'amélioration périodique de méthodologies comparables pour la recherche et la collecte de données, en plus de celles qui sont prévues à l'article 20, concernant la mise en oeuvre de la Convention;
 - c) encourage, selon qu'il convient, l'élaboration, l'application et l'évaluation de stratégies, de plans et de programmes, ainsi que de politiques, de lois et autres mesures;
 - d) examine les rapports soumis par les Parties conformément à l'article 21 et adopte des rapports périodiques sur la mise en oeuvre de la Convention;
 - e) encourage et facilite la mobilisation de ressources financières pour la mise en oeuvre de la Convention, conformément à l'article 26;
 - f) crée les organes subsidiaires nécessaires pour atteindre l'objectif de la Convention;
 - g) requiert, selon les besoins, les services, la coopération et les informations fournis par les organisations et organes compétents et pertinents du système des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales internationales et régionales, et organisations et organes non gouvernementaux afin de renforcer la mise en oeuvre de la Convention; et
 - h) étudie d'autres actions, le cas échéant, pour atteindre l'objectif de la Convention, à la lumière de l'expérience acquise dans la mise en oeuvre de celle-ci.
6. La Conférence des Parties fixe les critères de participation des observateurs à ses débats.

Article 24 *Secrétariat*

1. La Conférence des Parties désignera un secrétariat permanent et organisera son fonctionnement. La Conférence des Parties s'efforcera de s'acquitter de cette tâche à sa première session.
2. Jusqu'à ce qu'un secrétariat permanent soit désigné et établi, les fonctions de secrétariat de la présente Convention seront assurées par l'Organisation mondiale de la Santé.
3. Les fonctions du Secrétariat sont les suivantes :
 - a) organiser les sessions de la Conférence des Parties et de tout organe subsidiaire, et leur fournir les services nécessaires;
 - b) transmettre les rapports qu'il reçoit conformément à la Convention;
 - c) aider les Parties qui en font la demande, et en particulier les pays en développement Parties et les Parties à économie en transition, à



- compiler et à communiquer les informations requises conformément aux dispositions de la Convention;
- d) établir des rapports sur ses activités en vertu de la Convention sous l'autorité de la Conférence des Parties et les soumettre à la Conférence des Parties;
 - e) assurer, sous l'autorité de la Conférence des Parties, la coordination nécessaire avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents;
 - f) prendre, sous l'autorité de la Conférence des Parties, les dispositions administratives ou contractuelles nécessaires à l'accomplissement efficace de ses fonctions; et
 - g) s'acquitter des autres fonctions de secrétariat précisées par la Convention et par l'un quelconque de ses protocoles, ainsi que des autres fonctions qui pourront lui être assignées par la Conférence des Parties.

Article 25

Relations entre la Conférence des Parties et les organisations intergouvernementales Afin d'assurer la coopération technique et financière requise pour atteindre l'objectif de la présente Convention, la Conférence des Parties peut solliciter la coopération des organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes, y compris des institutions financières et de développement.

Article 26

Ressources financières

1. Les Parties reconnaissent le rôle important que jouent les ressources financières pour atteindre l'objectif de la présente Convention.
2. Chaque Partie fournit un appui financier en faveur des activités nationales visant à atteindre l'objectif de la Convention, conformément aux plans, priorités et programmes nationaux.
3. Les Parties encouragent, le cas échéant, l'utilisation des voies bilatérales, régionales, sous-régionales et autres voies multilatérales pour fournir des fonds destinés à l'élaboration et au renforcement des programmes complets et multisectoriels de lutte antitabac des pays en développement Parties et des Parties à économie en transition. Des solutions de rechange économiquement viables à la production de tabac, et notamment la diversification des cultures, doivent donc être envisagées et soutenues dans le cadre de stratégies de développement durable élaborées au niveau national.



4. Les Parties représentées dans les organisations intergouvernementales internationales et régionales compétentes et les institutions financières et de développement encouragent ces entités à fournir une assistance financière aux pays en développement Parties et aux Parties à économie en transition afin de les aider à s'acquitter de leurs obligations en vertu de la Convention, sans limitation du droit à la participation au sein de ces organisations.
5. Les Parties sont convenues que :
 - a) pour permettre aux Parties de s'acquitter de leurs obligations en vertu de la Convention, toutes les ressources potentielles et existantes pertinentes, qu'elles soient financières, techniques ou autres, tant publiques que privées, qui sont disponibles pour les activités de lutte antitabac doivent être mobilisées et utilisées en faveur de toutes les Parties, surtout des pays en développement et des pays à économie en transition;
 - b) le Secrétariat conseille les pays en développement Parties et les Parties à économie en transition, sur leur demande, au sujet des sources de financement existantes afin de les aider à exécuter leurs obligations en vertu de la Convention;
 - c) sur la base d'une étude entreprise par le Secrétariat et d'autres informations pertinentes, la Conférence des Parties examine à sa première session les sources et les mécanismes d'assistance existants et potentiels, et détermine dans quelle mesure elles sont adéquates;
 - d) la Conférence des Parties tient compte des résultats de cet examen pour déterminer s'il y a lieu de renforcer les mécanismes existants ou de créer un fonds mondial de contributions volontaires ou tout autre mécanisme de financement approprié en vue de canaliser des ressources supplémentaires, si nécessaire, vers les pays en développement Parties et les Parties à économie en transition, et les aider ainsi à atteindre les objectifs de la Convention.

PARTIE IX : REGLEMENT DES DIFFERENDS

Article 27

Règlement des différends

1. Si un différend surgit entre deux ou plusieurs Parties à propos de l'interprétation ou de l'application de la présente Convention, les Parties concernées s'efforcent de le régler par les voies diplomatiques, par la négociation ou par tout autre moyen pacifique de leur choix, y compris en recourant aux bons offices ou à la médiation d'un tiers ou à la conciliation.



- En cas d'échec, les Parties en cause restent tenues de poursuivre leurs efforts en vue de parvenir à un règlement.
2. Lorsqu'il ratifie, accepte, approuve ou confirme formellement la Convention ou y adhère, ou à tout moment par la suite, tout Etat ou toute organisation d'intégration économique régionale peut déclarer par écrit au Dépositaire qu'il accepte comme étant obligatoire de soumettre un différend qui n'est pas réglé conformément au paragraphe 1 du présent article à un arbitrage ad hoc, conformément aux procédures adoptées par consensus par la Conférence des Parties.
 3. Les dispositions du présent article s'appliquent à l'égard de tout protocole entre les Parties audit protocole, sauf s'il en est disposé autrement dans ledit protocole.

PARTIE X : ELABORATION ULTERIEURE DE LA CONVENTION

Article 28

Amendements à la présente Convention

1. Toute Partie peut proposer des amendements à la présente Convention. Ces amendements sont examinés par la Conférence des Parties.
2. Les amendements à la Convention sont adoptés par la Conférence des Parties. Le texte de tout amendement proposé à la Convention est communiqué par le Secrétariat aux Parties six mois au moins avant la session à laquelle il est proposé pour adoption. Le Secrétariat communique aussi les amendements proposés aux signataires de la Convention et, pour information, au Dépositaire.
3. Les Parties n'épargnent aucun effort pour parvenir à un accord par consensus au sujet de tout amendement proposé à la Convention. Si tous les efforts en ce sens ont été épuisés et si un accord ne s'est pas dégagé, l'amendement est adopté en dernier recours par un vote à la majorité des trois quarts des Parties présentes et votantes à la session. Aux fins du présent article, on entend par Parties présentes et votantes les Parties présentes et votant pour ou contre. Tout amendement adopté est communiqué par le Secrétariat au Dépositaire qui le transmet à toutes les Parties pour acceptation.
4. Les instruments d'acceptation des amendements sont déposés auprès du Dépositaire. Tout amendement adopté conformément au paragraphe 3 du présent article entre en vigueur entre les Parties l'ayant accepté le quatre-vingt-dixième jour qui suit la date de réception, par le Dépositaire, des



instruments d'acceptation déposés par les deux tiers au moins des Parties à la Convention.

5. L'amendement entre en vigueur à l'égard de toute autre Partie le quatre-vingt-dixième jour qui suit la date du dépôt par ladite Partie, auprès du Dépositaire, de son instrument d'acceptation de l'amendement.

Article 29

Adoption et amendement des annexes à la présente Convention

1. Les annexes à la présente Convention et les amendements y relatifs sont proposés, adoptés et entrent en vigueur selon la procédure décrite à l'article 28.
2. Les annexes à la Convention font partie intégrante de celle-ci et, sauf disposition contraire expresse, toute référence à la présente Convention est aussi une référence auxdites annexes.
3. Les annexes ne contiendront que des listes, des formulaires et divers autres éléments de description relatifs aux questions procédurales, scientifiques, techniques ou administratives.

PARTIE XI : DISPOSITIONS FINALES

Article 30

Réserves Aucune réserve ne pourra être faite à la présente Convention.

Article 31

Dénonciation

1. A tout moment après l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente Convention à l'égard d'une Partie, ladite Partie peut dénoncer la Convention par notification écrite donnée au Dépositaire.
2. La dénonciation prendra effet à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date à laquelle le Dépositaire en aura reçu notification, ou à toute autre date ultérieure qui serait spécifiée dans la notification.
3. Toute Partie qui aura dénoncé la Convention est réputée avoir dénoncé également tout protocole auquel elle est Partie.



Article 32

Droit de vote

1. Chaque Partie à la présente Convention dispose d'une voix, sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article.
2. Les organisations d'intégration économique régionale disposent, pour exercer leur droit de vote dans les domaines relevant de leur compétence, d'un nombre de voix égal au nombre de leurs Etats Membres qui sont Parties à la Convention. Ces organisations n'exercent pas leur droit de vote si l'un quelconque de leurs Etats Membres exerce le sien, et inversement.

Article 33

Protocoles

1. Toute Partie peut proposer des protocoles. Ces propositions sont examinées par la Conférence des Parties.
2. La Conférence des Parties peut adopter des protocoles à la présente Convention. Tout est mis en oeuvre pour adopter ces protocoles par consensus. Si tous les efforts en vue de parvenir à un consensus ont été épuisés et qu'aucun accord n'est intervenu, le protocole est en dernier recours adopté à la majorité des trois quarts des Parties présentes et votantes à la session. Aux fins du présent article, on entend par Parties présentes et votantes les Parties présentes votant pour ou contre le protocole.
3. Le texte de tout protocole proposé est communiqué par le Secrétariat aux Parties six mois au moins avant la session à laquelle il est proposé pour adoption.
4. Seules les Parties à la Convention peuvent être Parties à un protocole.
5. Les protocoles à la Convention n'ont force obligatoire que pour les Parties aux protocoles en question. Seules les Parties à un protocole peuvent prendre des décisions sur des questions intéressant exclusivement ledit protocole.
6. Les conditions d'entrée en vigueur de tout protocole sont régies par ledit instrument.

Article 34

Signature

La présente Convention sera ouverte à la signature de tous les Membres de l'Organisation mondiale de la Santé et des Etats qui ne sont pas Membres de l'Organisation mondiale de la Santé mais sont Membres de l'Organisation des Nations Unies ainsi que des organisations d'intégration économique régionale, au



Siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève du 16 juin 2003 au 22 juin 2003, puis au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York du 30 juin 2003 au 29 juin 2004.

Article 35

Ratification, acceptation, approbation, confirmation formelle ou adhésion

1. La présente Convention est soumise à la ratification, à l'acceptation, à l'approbation ou à l'adhésion des Etats et à la confirmation formelle ou à l'adhésion des organisations d'intégration économique régionale. Elle sera ouverte à l'adhésion dès le lendemain du jour où elle cessera d'être ouverte à la signature. Les instruments de ratification, d'acceptation, d'approbation, de confirmation formelle ou d'adhésion seront déposés auprès du Dépositaire.
2. Toute organisation d'intégration économique régionale qui devient Partie à la Convention, sans qu'aucun de ses Etats Membres n'y soit Partie, est liée par toutes les obligations énoncées dans la Convention. Lorsqu'un ou plusieurs Etats Membres d'une de ces organisations sont Parties à la Convention, l'organisation et ses Etats Membres conviennent de leurs responsabilités respectives en ce qui concerne l'exécution de leurs obligations en vertu de la Convention. En pareil cas, l'organisation et les Etats Membres ne sont pas habilités à exercer simultanément leurs droits au titre de la Convention.
3. Les organisations d'intégration économique régionale dans leurs instruments de confirmation formelle, ou dans leurs instruments d'adhésion, indiquent l'étendue de leurs compétences dans les domaines régis par la Convention. Ces organisations notifient également toute modification importante de l'étendue de leurs compétences au Dépositaire qui en informe à son tour les Parties.

Article 36

Entrée en vigueur

1. La présente Convention entrera en vigueur le quatre-vingt-dixième jour suivant la date du dépôt du quarantième instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation, de confirmation formelle ou d'adhésion auprès du Dépositaire.
2. A l'égard de chacun des Etats qui ratifie, accepte ou approuve la Convention, ou y adhère, après que les conditions énoncées au paragraphe 1 du présent article en ce qui concerne l'entrée en vigueur ont été remplies, la Convention entrera en vigueur le quatre-vingt-dixième jour suivant la



- date du dépôt, par ledit Etat, de son instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation ou d'adhésion.
3. A l'égard de chacune des organisations d'intégration économique régionale déposant un instrument de confirmation formelle ou un instrument d'adhésion après que les conditions énoncées au paragraphe 1 du présent article en ce qui concerne l'entrée en vigueur ont été remplies, la Convention entrera en vigueur le quatre-vingt-dixième jour suivant la date du dépôt, par ladite organisation, de son instrument de confirmation formelle ou d'adhésion.
 4. Aux fins du présent article, aucun des instruments déposés par une organisation d'intégration économique régionale ne doit être considéré comme venant s'ajouter aux instruments déjà déposés par les Etats Membres de ladite organisation.

Article 37

Dépositaire

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies sera le Dépositaire de la présente Convention et des amendements y relatifs et des protocoles et annexes adoptés conformément aux articles 28, 29 et 33.

Article 38

Textes faisant foi

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

EN FOI DE QUOI, les soussignés, à ce dûment autorisés, ont signé la présente

Convention. FAIT à GENEVE le vingt et un mai deux mille trois.



Annexe 2 : dossier de presse OMS 31 mai 2005

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET LA LUTTE ANTITABAC : JMST 2005

L'initiative Pour un monde sans tabac propose qu'en 2005 la Journée mondiale de la Santé ait pour thème les professionnels de la santé et la lutte antitabac. Les raisons de ce choix sont exposées ci-après :

Introduction

En mai 2003, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été adoptée. Un an plus tard, à la fin de la période fixée pour la signature, c'est-à-dire le 29 juin 2004, le traité avait été signé par 168 pays et par la Communauté européenne, soit plus de la moitié du nombre d'Etats Parties requis pour son entrée en vigueur. La société civile et les gouvernements ont réservé un bon accueil à cette Convention, comme en témoigne le nombre d'ONG participant au processus, le nombre de programmes antitabac mis en place dans le monde et le nombre de signataires du traité et de Parties au traité un an après son adoption.

Par leur réaction à la Convention, les Etats Membres de l'OMS ont témoigné de leur détermination à s'attaquer aux problèmes de santé publique posés par le tabagisme. La Convention expose dans ses dispositions les mesures que les pays doivent prendre pour atteindre ses objectifs. Lorsqu'ils élaborent leurs programmes de lutte antitabac, les gouvernements doivent prendre en compte des questions aussi diverses que la réglementation des prix et la fiscalité, la contrebande transfrontalière, le commerce illicite, la publicité et la promotion.

Lorsque les gouvernements se préparent à exécuter intégralement ces dispositions, il est essentiel qu'ils puissent en permanence compter sur l'appui de la société civile. Dans son préambule, la Convention-cadre souligne « la contribution particulière apportée par les organisations non gouvernementales et d'autres membres de la société civile sans liens avec l'industrie du tabac, y compris les associations de professionnels de la santé, les associations de femmes, de jeunes, de défenseurs de l'environnement et de consommateurs et les établissements d'enseignement et de santé aux efforts de lutte antitabac aux niveaux national et international » (OMC CCLA, 2003).

La lutte antitabac et les professionnels de la santé

Conformément au préambule de la Convention-cadre, l'OMS a convoqué en janvier 2004 une réunion avec des représentants d'associations internationales de professionnels de la santé pour examiner comment les professionnels de la santé pourraient participer plus activement au processus de la Convention-cadre de l'OMS et comment ils pourraient contribuer à la réalisation des objectifs de lutte antitabac et de santé publique. Les professionnels de la santé comprennent non seulement les médecins, mais



aussi d'autres professionnels tels que les infirmières, les dentistes, les sages-femmes, les psychologues et les psychiatres, les pharmaciens et d'autres professions en rapport avec la santé.

Un programme complet de lutte antitabac visant à endiguer efficacement le tabagisme doit envisager l'adoption de toute une série de mesures aux niveaux national et international. Ces mesures doivent comprendre des mesures législatives et financières, mais aussi une prévention au moyen de campagnes d'éducation, de communication et d'information destinées à mieux sensibiliser aux effets du tabac sur la santé, et d'autres mesures de réduction de la demande axées sur la dépendance et le sevrage tabagiques.

Les professionnels de la santé ont un rôle essentiel à jouer dans tous ces domaines. En effet, ils sont en contact avec un fort pourcentage de la population ; ils peuvent aider les gens à modifier leurs comportements et leur donner des avis ou des orientations, répondre à leurs questions sur les conséquences du tabagisme et aider les patients à cesser de fumer, notamment ceux qui ont des maladies liées à l'usage du tabac.

Les études montrent que les conseils, même brefs, d'un professionnel de la santé sur les dangers du tabac et l'importance d'y renoncer sont l'une des méthodes de réduction du tabagisme les plus rentables.

Les professionnels de la santé doivent aussi jouer un rôle de premier plan dans les mesures de prévention, notamment auprès des jeunes. Ils ont l'occasion de favoriser l'évolution des normes sociales et de prévenir les enfants et les adolescents des dangers du tabagisme.

Les professionnels de la santé doivent être un exemple pour une société saine. De nombreux associations et établissements ont déjà commencé et doivent continuer à interdire l'usage du tabac dans leurs locaux. Les étudiants en sciences de la santé qui sont formés à la lutte antitabagique au cours de leurs études parviennent plus efficacement à identifier et traiter les patients ayant des problèmes liés au tabac et sont capables de jouer un rôle d'informateurs pour prévenir l'usage du tabac et aider les patients qui veulent cesser de fumer. En ajoutant la lutte antitabac aux matières des programmes de formation de tous les professionnels de la santé, on peut in fine réduire considérablement la prévalence du tabagisme.

Au niveau législatif, les professionnels de la santé peuvent user de leur influence dans leurs communautés locales et nationales pour encourager l'adoption de mesures préventives antitabac aux niveaux national et international.

L'OMS est convaincue que les efforts de lutte antitabac auront plus de chances de succès s'ils s'intègrent dans les structures sanitaires nationales, étatiques et de district existantes et s'ils sont liés aux postes et aux schémas de responsabilité existants. En sollicitant la participation du secteur public de la santé, on devrait mieux sensibiliser les professionnels de la santé et contribuer à la mise en place de programmes antitabac viables au niveau



national. Une telle approche systématique ouvrirait également la voie à une acceptation plurisectorielle des efforts de lutte antitabac dans les pays.

Code de bonne pratique des organisations de professionnels de la santé en matière de lutte antitabac

Les professionnels de la santé qui ont participé à la réunion de janvier 2004 (près de 50 venus de 29 organisations internationales) ont été très intéressés par cette approche. Ils ont montré comment, dans la plupart des cas, ils avaient déjà mis en place dans leur propre organisation et dans les sociétés apparentées des approches de la lutte antitabac très similaires.

Tous les participants ont délibéré et mis au point ce qu'ils considèrent comme un code standard de bonne pratique en matière de lutte antitabac à l'usage de leurs associations. Ce code de bonne pratique énumère 14 mesures par lesquelles les professionnels de la santé peuvent eux-mêmes contribuer à la lutte antitabac et au soutien du processus engagé par la Convention-cadre. Il a été adopté par tous les représentants présents à la réunion et a depuis été promu et diffusé auprès de leurs membres et des sociétés affiliées.

Le code de bonne pratique a été traduit dans 5 des langues officielles de l'OMS (la traduction chinoise est en cours), ainsi que dans d'autres langues à l'initiative des professionnels de la santé concernés.

Enquête mondiale sur le tabac chez les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé sont convenus de servir de modèle aux autres et cette disposition figure dans le code de bonne pratique. En favorisant l'instauration de lieux de travail sans tabac et d'une culture d'abstinence tabagique, ils doivent donner l'exemple à leurs patients. L'une des activités de la Journée mondiale sans tabac de 2005 sera l'organisation d'une enquête pilote sur le tabagisme : l'enquête mondiale sur le tabac chez les étudiants en sciences de la santé, en s'inspirant des principes de l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac, en collaboration avec les CDC. L'élaboration de l'enquête est achevée et les échantillons seront recueillis dans 6 pays (un pour chaque Région OMS). Les résultats de cette enquête pilote seront utilisés dans les documents qui seront préparés ultérieurement.

Effet de levier et diffusion

L'une des raisons du choix de ce thème est la possibilité d'utiliser l'information et les ressources tirées d'initiatives en cours. Les associations de professionnels de la santé sont conscientes de leur rôle et de leur responsabilité potentiels dans la lutte antitabac et plusieurs organisations ont déjà lancé les activités allant dans ce sens. C'est ainsi qu'un manifeste de médecins pour la lutte antitabac a été publié le 21 octobre 2002 avec l'appui d'associations médicales du monde entier. Nombre d'associations ont leur propre code de conduite à l'égard de la lutte antitabac (par exemple, les pharmaciens contre le tabac avaient déjà leur propre action antitabac dans les pharmacies avant l'avènement du code de bonne pratique). Ce groupe a



notamment consacré la Journée mondiale sans tabac de 2004 au « rôle du pharmacien dans la promotion d'un avenir sans tabac » y compris par la promotion du code de bonne pratique adopté au cours de la réunion convoquée par l'OMS.

La Journée mondiale sans tabac 2005 va être une bonne occasion d'accentuer ses efforts et de tirer parti des résultats de la réunion ainsi que de l'enthousiasme de ses participants en diffusant les conclusions de la réunion et en les complétant par de nouvelles informations permettant d'associer différents groupes de professionnels à la défense d'une cause : la lutte antitabac.

Associations internationales qui ont participé à la conférence en janvier 2004 sur les professionnels de la santé et le tabagisme.

Associations:

1. Asian Consultancy on Tobacco Control
2. Egyptian Medical Syndicate
3. European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO
4. European Forum of Medical Associations
5. European Respiratory Society (ERS)
6. EuroPharm Forum
7. European Medical Association on Smoking and Health (EMASH)
8. FDI World Dental Federation
9. Initiative for Cardiovascular Health Research in Developing Countries
10. International Agency on Tobacco and Health
11. International Commission on Occupational Health (ICOH)
12. International Council of Nurses (ICN)
13. International Federation of Medical Student Associations (IFMSA)
14. International Non Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT)
15. International Pharmaceutical Federation
16. International Society of Nurses in Cancer Care
17. International Union Against Cancer
18. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
19. Medical Women's International Association
20. National Centre for Problems of Healthy Lifestyle Development
21. Nurses Network Against Tobacco and Substance Abuse of Thailand
22. SEARPharm Forum
23. Sindicato Médico del Uruguay
24. World Federation of Chiropractic
25. World Heart Federation
26. World Medical Association
27. World Organization of Family Doctors (WONCA)
28. World Self-Medication Industry (WSMI)
29. World Vision International



Initiatives déjà en place:

<http://www.adra.org/images/AADRA/FirstMonday604.pdf>
http://www.worldheart.org/pdf/activities_advocacy_tobacco_code_practice.pdf
http://www.globalfamilydoctor.com/publications/news/april_2004/resource2.htm
<http://www.fip.org/pharmacistsagainststobacco/2004WNTDFIPCampaign.pdf>
<http://www.ensp.org/projects.cfm#>
<http://doctorsmanifesto.org/>
http://www.wfc.org/english/view_page.asp?record_id=29
WFC's Chiropractors Against Tobacco: Wellness Project)

Code de bonne pratique des organisations de professionnels de santé en matière de lutte antitabac

Préambule

Afin de contribuer activement à la réduction de la consommation de tabac et afin d'intégrer la lutte antitabac à l'action de santé publique aux niveaux national, régional et mondial, il est convenu aux termes du présent code que les organisations de professionnels de santé :

1. Encourageront et aideront leurs membres à montrer l'exemple en ne faisant pas usage de tabac et en s'attachant à promouvoir une culture sans tabac.
2. Évalueront et étudieront les modes de consommation de tabac ainsi que l'attitude et le comportement de leurs membres vis-à-vis de la lutte antitabac et ce grâce à des sondages et à la mise en oeuvre de politiques appropriées.
3. Interdiront de fumer dans leurs locaux et lors des événements qu'elles organisent.
4. Inscriront la lutte antitabac à l'ordre du jour de tous les congrès et conférences en rapport avec la santé.
5. Recommanderont à leurs membres de demander systématiquement à leurs patients et clients s'ils fument ou s'ils sont exposés à la fumée de tabac et -utilisant des approches scientifiques ainsi que des exemples de "pratiques exemplaires" en matière de lutte antitabac- de les conseiller sur les moyens d'arrêter de fumer et de les suivre comme il convient pendant le sevrage tabagique.
6. Inciteront les établissements de santé et d'enseignement à inclure la lutte antitabac dans les études des professionnels de santé, par la formation continue et d'autres programmes de formation.



7. Participeront activement le 31 mai de chaque année à la Journée mondiale sans tabac.
8. Refuseront tout soutien, financier ou autre, de l'industrie du tabac ou s'abstiendront d'investir dans l'industrie du tabac et encourageront leurs membres à faire de même.
9. S'assureront que leur organisation a une politique claire vis-à-vis des liens commerciaux ou de tout autre lien avec des partenaires connus pour entretenir des relations avec ou avoir des intérêts dans l'industrie tabac. Ils feront signer une déclaration d'intérêts à ces partenaires.
10. Interdiront la vente ou la promotion de produits du tabac dans leur enceinte et encourageront leurs membres à faire de même.
11. Soutiendront activement les gouvernements dans le processus qui mène à la signature, à la ratification et à la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.
12. Consacreront des ressources financières ou autres à la lutte antitabac ainsi que des ressources à la mise en oeuvre et au respect de ce code de bonne pratique.
13. Participeront aux activités antitabac des réseaux de professionnels de santé.
14. Soutiendront les campagnes tendant à interdire de fumer dans les lieux publics.

Adopté et signé par les participants à la réunion informelle de l'OMS sur les professionnels de la santé et la lutte antitabac.

Genève, 28-30 janvier 2004.



Annexe 2 : dossier de presse OMS : 31 mai 2005





Communiqué de presse
Journée mondiale sans Tabac - 31 mai 2005
Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac
Le tabac et la Santé



En 1998, le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, a fait de la lutte antitabac dans le monde une priorité avec l'initiative « Pour un monde sans tabac ». Les journées mondiales sans tabac successives étaient destinées à contribuer à cet objectif.

La journée mondiale sans tabac 2005 met l'accent sur le rôle décisif joué par les professionnels de la santé dans la lutte antitabac. Les professionnels de santé par leur rôle et par leur image, peuvent fortement contribuer à promouvoir un mode de vie et une culture sans tabac. Dans le cadre de leurs activités professionnelles, ils peuvent aider les gens en les conseillant, en les guidant et en répondant à leurs questions sur le tabagisme et

ses effets sur la santé.

De plus, les professionnels de la santé peuvent contribuer à réduire la consommation de tabac et ses conséquences néfastes en acquérant des connaissances et des compétences au sujet du tabac et de la lutte antitabac. Toutefois, la consommation tabagique des professionnels de la santé dans les milieux hospitaliers et dans les lycées de professions de santé n'est pas négligeable et des réflexions sur des programmes de sevrage au niveau national sont à entamer.

Dans ce cadre, l'OMS a développé un «Code de bonnes pratiques des organisations de professionnels de santé en matière de lutte antitabac», qui identifie différents points d'action à mettre en œuvre au sein des structures de santé.

Actions menées au Luxembourg

En avril 2005, un questionnaire a été envoyé, par la Direction de la Santé, aux différents établissements de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de soins, de convalescence,...), afin de dresser un état des lieux des politiques antitabac entamées dans ces secteurs.

Sur 15 établissements hospitaliers, répertoriés selon la carte sanitaire, 14 ont rempli le questionnaire et nous ont transmis le nom de la personne de référence « tabac » au sein de leur structure. Ce même questionnaire a été envoyé aux institutions (maisons de soins, de repos, ...) conventionnées par le Ministère de l'Intégration et de la Famille. 40 des 51 institutions contactées ont répondu.

Le taux global de réponses reçues est donc de 82%. Ce chiffre montre clairement l'intérêt des directeurs et des responsables en faveur d'une politique antitabac au sein de leurs établissements de santé.

Des premiers résultats, il ressort que 77% des établissements souhaitent la mise à disposition d'outils concernant l'aide au sevrage. Parmi ces outils, 71% des



établissements désirent recevoir plus de matériel didactique et d'information concernant la lutte antitabac, 17% demandent une formation du personnel au sevrage tabagique ainsi qu'un soutien au sevrage tabagique et 7,6 % souhaitent un accès à des conseillers formés.

Le Ministre de la Santé remercie les directeurs et les responsables des différents établissements de leur vif intérêt pour la lutte antitabac. Si ce n'est déjà fait, il invite les professionnels de la santé, notamment au sein de chaque institution, à désigner une personne de référence qui participera au niveau national à l'élaboration d'un programme général de lutte antitabac.


Mars Di Bartolomeo
Ministre de la Santé



Annexe 3 : Loi du 24 mars 1989 portant restriction de la publicité en faveur du tabac et de ses produits, et interdiction de fumer dans certains lieux.

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau; Notre Conseil d'Etat entendu; De l'assentiment de la Chambre des Députés;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 14 février 1989 et celle du Conseil d'Etat du 21 février 1989 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

Art. 1er. La présente loi a pour objet, dans l'intérêt de la santé publique, d'interdire ou de restreindre la publicité en faveur du tabac et de ses produits et d'interdire de fumer dans certains lieux.

Art. 2. Sont considérés comme produits du tabac pour l'application de la présente loi les produits destinés à être fumés, prisés ou mâchés, dès lors qu'ils sont, même partiellement, constitués de tabac.

Chapitre 1er. Dispositions relatives à la propagande et à la publicité

Art. 3. Il ne peut être fait de propagande ou de publicité en faveur du tabac et de ses produits:

1. par des projections ou des annonces dans les salles de spectacles et autres lieux publics ou ouverts au public,
2. par des émissions de radiodiffusion ou de télévision, par des enregistrements,
3. par prospectus, autocollants ou enseignes, lumineuses ou non.

Toutefois ces dispositions ne s'appliquent pas à la publicité faite à l'intérieur des débits de tabac, ainsi que des débits de boissons visés par la loi modifiée du 12 août 1927 sur le régime des cabarets.

Elles ne s'appliquent pas non plus aux panneaux et enseignes signalant ces débits, ni à ceux signalant les établissements dans lesquels les produits visés à l'article 1er sont fabriqués ou entreposés.

Ne sont pas à considérer comme publicité au sens du présent article la simple indication, sur un véhicule servant ordinairement au commerce du tabac ou de ses produits, de la dénomination du produit, de sa composition, du nom et de l'adresse du fabricant et, le cas échéant, du distributeur, ainsi que la représentation graphique ou photographique du produit, de son emballage et de l'emblème de la marque.



4. au moyen d´aéronefs et de bateaux,
5. par la distribution d´échantillons gratuits de tabac et de produits du tabac,
6. par l´utilisation de l´emblème de la marque ou du nom de la marque du tabac ou de produits du tabac ou par l´utilisation de toute autre représentation ou mention susceptible de s´y référer sur des objets usuels autres que ceux qui sont directement liés à l´usage du tabac. Cette disposition ne s´applique pas aux catégories d´objets présentés sur le marché antérieurement à l´entrée en vigueur de la présente loi, sous des noms, marques ou emblèmes identiques à ceux du tabac ou de produits de tabac.
7. dans les journaux et périodiques destinés à un public de mineurs,
8. sur les stades, terrains de sport publics et privés et dans les piscines. Toutefois cette disposition ne s´applique pas à la simple indication sur un panneau de la dénomination du produit, non entourée d´un texte ni d´une représentation graphique.

Art. 4. La publicité en faveur du tabac et de ses produits dans la presse écrite ou par affiches et panneaux réclames est soumise aux restrictions et conditions suivantes:

1. le message publicitaire ne peut s´adresser à un public de mineurs.
2. il ne peut être fait usage d´arguments axés sur la santé;
3. la publicité ne peut contenir aucune représentation de personnes connues du grand public.

Par ailleurs les dimensions maximales des affiches et panneaux réclames sont déterminées par règlement grand-ducal.

Art. 5. Le Grand-Duc est habilité à établir, par voie de règlement grand-ducal, des règles relatives aux avertissements sanitaires devant figurer sur chaque unité de tabac ou de produits de tabac, à la mention de la teneur en substances nocives susceptibles d´être dégagées par la combustion ainsi qu´à la limitation de la teneur maximale en goudron et autres substances nocives des cigarettes.

Ce même règlement prescrira le texte de l´avertissement sanitaire que comportera toute publicité en faveur du tabac et de ses produits. Cet avertissement devra être apposé de façon clairement visible, bien lisible, et ne pas être dissimulé, voilé ou interrompu par une autre mention ou par une image.

Art. 6. La publicité en faveur du tabac et de ses produits est interdite à l´occasion ou au cours d´une manifestation sportive.

Toutefois cette disposition ne s´applique pas à la simple indication sur un panneau ou un véhicule de la dénomination du produit, non entourée d´un texte ni d´une représentation graphique.

Art. 7. Il est interdit aux producteurs, fabricants et commerçants de tabac ou de produits du tabac de donner leur patronage à des manifestations s´adressant à un public d´enfants ou de mineurs; les organisateurs de telles manifestations ne doivent pas accepter ce patronage.



Art. 8. Des informations de nature sanitaire prophylactique et éducative seront dispensées dans les établissements scolaires.

Chapitre 2. Interdiction de fumer dans certains lieux

Art. 9. Il est interdit de fumer:

1. à l'intérieur des établissements hospitaliers: dans les chambres des malades ainsi que dans tous autres locaux à usage collectif servant à l'accueil, aux soins et à l'hébergement des malades, y compris les ascenseurs, les corridors et les salles d'attente;
2. dans les salles d'attente des médecins et médecins-dentistes;
3. dans les pharmacies;
4. à l'intérieur des établissements scolaires de tous les types d'enseignement;
5. dans les locaux destinés à accueillir ou à héberger des personnes de moins de seize ans;
6. dans les halls omnisports, et plus généralement dans toutes les salles couvertes, avant et pendant les manifestations sportives;
7. dans les salles de cinéma, de spectacles et de théâtres;
8. dans les musées, galeries d'art, bibliothèques et salles de lecture, ouverts au public;
9. dans les halls et salles des bâtiments publics où l'interdiction de fumer est affichée;
10. dans les autobus des services de transports réguliers de personnes, même à l'arrêt ou au stationnement;
11. dans les sections marquées «Non-fumeurs» des voitures de chemin de fer et des aéronefs.

Chapitre 3. Dispositions pénales et dispositions transitoires

Art. 10. Les infractions aux dispositions du chapitre premier de la présente loi, y compris celles au règlement grand-ducal à prendre en exécution de l'article 5, sont punies d'une amende de 2.501 à 200.000 francs.

Les infractions aux dispositions du chapitre 2 de la présente loi sont punies d'une amende de 250 à 2.500 francs.

En cas de récidive dans les deux ans qui suivent une condamnation définitive, les amendes prévues à l'alinéa 1^{er} du présent article peuvent être portées au double du maximum.

Les dispositions du livre 1^{er} du code pénal ainsi que celles de la loi modifiée du 18 juin 1879 portant attribution aux Cours et tribunaux de l'appréciation des circonstances atténuantes sont applicables aux peines prévues à l'alinéa premier du présent article.

Art. 11. En cas d'infraction aux articles 3, 4, 6 et au règlement grand-ducal pris en exécution de l'article 5 de la présente loi sont poursuivis comme auteurs principaux:



1. les producteurs, fabricants et commerçants de tabac ou de produits de tabac, à la demande desquels est effectuée la propagande ou publicité irrégulière;
2. l'entrepreneur de publicité qui a prêté son service aux opérations irrégulières;
3. celui qui a diffusé ou fait diffuser dans une salle de spectacle ou autre lieu public ou ouvert au public, dont il assure la direction, une propagande ou publicité interdite;
4. celui qui a laissé apposer une affiche, un panneau ou une enseigne irrégulière sur un immeuble ou une installation dont il a la jouissance.

Art. 12. Les interdictions prévues à l'article 3 sous 5. et 6. ne prennent effet qu'après une période de deux ans à partir de la publication de la présente loi au Mémorial.

Art. 13. La propagande ou publicité faite en vertu d'un contrat conclu antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi peut encore être effectuée jusqu'au terme prévu au contrat, sans que ce terme ne puisse se situer plus de deux ans après la publication de la présente loi au Mémorial.

Art. 14. Le règlement grand-ducal pris en exécution de l'article 5 de la présente loi ne prend effet qu'après une période de deux ans à partir de sa publication au Mémorial.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé,
Johny Lahure Jean

Château de Berg, le 24 mars 1989.

Le Ministre de la Justice,
Robert Krieps



Annexe 4 : Listing des établissements hospitaliers

Clinique Ste Thérèse ZITHA (CST)
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)
Centre National Radiothérapie
Hôpital Princesse Marie-Astrid
Hôpital Kirchberg (FFE-HK)
Clinique Ste Marie
Hôpital Intercommunal de Steifort (HIS)
Hôpital St Louis (HSLE)
Hôpital St Joseph (CSJW)
Centre Hospitalier Emile Mayrisch Hôp. Ville d'Esch (HVEA)
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP-E)
Clinique Dr. Bohler
Fondation Emile Mayrisch
Centre National de Rééducation Fonct. et de Réadaptation (CNRFR)

Listing des établissements de santé conventionnés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration

Centres
Blannenheem
Centre thérapeutique Useldange
CIPA Consdorf
Cipa Esch/Alzette
CIPA Home pour personnes âgées Mamer
CIPA Junglinster
CIPA Maredoc Asbl
Cipa residence du parc
CIPPA Clervaux Residence des Ardennes
Entente des Hôpitaux
Fondation J.P.Pescatore
Foyer Ste Elisabeth Claire Asbl
Haaptmann's Schloss Claire Asbl
HHPA Saint-François Luxembourg
Home pour personnes âgées Grevenmacher
Home pour personnes âgées St François ASBL- Redange
Home pour personnes Agées St-Joseph- Mersch
Hospice civil Echternach
Hospice civil Hamm
Hospice civil Pfaffenthal
Maison de soins de Pétange
Maison de soins Echternach



Maison de soins Esch/Alzette
Maison de soins les parcs du 3ème âge
Maison de Soins Sacré Cœur Diekirch
Maison de Soins "Clinique St Joseph" Wiltz
Maison St-Joseph
Maisons de soins Elysis
Résidence Mon plaisir
Servior "Prince Jean" Dudelange
Servior Bofferdange- Maison de soins Bettembourg
Servior Centre du Rham
Servior Differdange
Servior Mertzig
Servior Rumelange
Servior Vianden
Servior Wiltz
Solucare Maison de soins "Op Lamp"
Centre St jean de la Croix
Servior Nierderkorn
Maison de soins Schifflange
CIPA Dishskopp Soleuvre



Annexe 5 : le questionnaire

Politique tabac au sein des établissements de santé au Luxembourg

Nom de l'établissement :

Votre nom :

Fonction :

Tel :

Email :

A. Environnement

1. Dans votre établissement est-il interdit de fumer dans les zones suivantes ?

	Oui	Non
- zones d'accueil (réception)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- corridors	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ascenseurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- salle d'attente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- chambres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- restaurant/caféteria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- salles de séjour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- bureaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- balcon/terrasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Existe-t-il des zones réservées au personnel fumeur ? **Oui** **Non**

Si oui, veuillez préciser.

- zones d'accueil (réception)	<input type="radio"/>
- corridors	<input type="radio"/>
- ascenseurs	<input type="radio"/>
- salle d'attente	<input type="radio"/>
- chambres	<input type="radio"/>
- restaurant / caféteria	<input type="radio"/>
- fumeurs	<input type="radio"/>
- salles de séjour	<input type="radio"/>
- bureaux	<input type="radio"/>
- balcon/terrasse	<input type="radio"/>

3. Comment sont-elles réparties au sein de l'établissement ?



- par service
- par étage
- autres (précisez) :

4. Les zones fumeurs destinées au personnel sont-elles les mêmes que celles mises à disposition pour les patients / visiteurs ? Oui Non

Si non, quelles sont les zones fumeurs réservées au patient ?

5. Le personnel est-il exposé au tabagisme passif ? Oui Non

Si oui, dans quelle situation ?

6. Quels sont moyens mis en place pour protéger les non-fumeurs des méfaits liés à la fumée de tabac?

- | | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| - aucun | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - local fermé (fumoir) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - ventilation - filtration | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - à l'extérieur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - autres (<i>précisez</i>)----- | | |

7. Les zones fumeurs sont-elles totalement isolées des zones non-fumeurs ? Oui Non

8. Comment le personnel est-il averti des zones à respecter ?

- | | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| - lettre d'accompagnement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - affichage/sigle d'interdiction | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - autres (<i>précisez</i>)----- | | |

Selon vous, ces zones sont-elles respectées ? Oui Non

9. Existe-il des mesures coercitives pour s'assurer du respect de ces zones ? Oui Non

Si oui, quelles sont-elles ?

- avertissements
- amendes



- autres(*précisez*)-----

10. Des cendriers sont-ils uniquement présents dans les zones fumeurs ?
 Oui **Non**

11. Peut-on acheter du tabac au sein de votre établissement ?
 Oui **Non**

12. Des plaintes ont-elles déjà été formulées ?

	Oui	Non
- de la part du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- de la part des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, à quel propos ?

B. Information / Education

13. Votre établissement prônent-ils des actions sans tabac ? **Oui** **Non**

Lesquelles?

- Journée mondiale antitabac?	<input type="radio"/>
- Réseau européen « Hôpital sans tabac »	<input type="radio"/>
- Autres (<i>précisez</i>) :	

14. Au sein de votre établissement, existe-il (ou avez-vous déjà mené) une campagne de sensibilisation au tabagisme du personnel ? **Oui** **Non**

Si oui, sous quelle forme ?

- brochure	<input type="radio"/>
- affiche	<input type="radio"/>
- courrier	<input type="radio"/>
- conférence / débat	<input type="radio"/>
- autres(<i>précisez</i>) : -----	



15. Une action pour le sevrage est-elle disponible pour le personnel ?
 Oui **Non**

Si oui, que propose votre établissement aux personnes souhaitant arrêter de fumer ?

- accès à des conseillers formés
 - soutien au sevrage tabagique
 - matériel d'information
 - conférence / débat
 - autres (*précisez*)
-

Si non, souhaiteriez-vous des outils d'information ? **Oui** **Non**

Et sous quelle forme ?

- accès à des conseillers formés
 - formation du personnel au sevrage
 - soutien au sevrage tabagique
 - matériel d'information
 - autres (*précisez*)
-

16. Quels sont les moyens dont vous auriez besoin pour mener une politique de lutte antitabac au sein de votre établissement ?

Merci de votre collaboration.



Annexe 6 : Lettre circulaire

Luxembourg, le 10 mai 2005

Aux Directeurs des
établissements de santé

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a choisi comme thème officiel de la journée mondiale de lutte contre le tabac du 31 mai 2005 : « **Les professionnels de la santé et la lutte antitabac** ».

Dans ce cadre, l'OMS a développé un « Code de bonne pratique des organisations de professionnels de santé en matière de lutte antitabac », qui identifie différents points d'action à mettre en œuvre au sein des structures de santé (voir en annexe).

Je m'adresse à vous du fait :

- que les professionnels de la santé figurent encore parmi les grands consommateurs de tabac, et qu'une intervention ciblée spécifique s'avère importante.
- que les professionnels de la santé sont des repères cruciaux pour la transmission de messages en faveur des modes de vie sains et notamment pour la réduction du tabagisme.
- que les établissements de santé sont des lieux privilégiés de communication avec les patients et leur famille.

Afin de développer une politique nationale cohérente et concertée, je vous propose dans un premier temps de dresser un état des lieux des actions de la lutte antitabac développées dans les établissements de santé au cours des dernières années. Dans les années 90, l'initiative « Hôpital sans Tabac » a été développée. Est-elle toujours d'actualité ?

Je sollicite votre engagement et votre collaboration en tant que directeur d'un établissement de santé dans ce projet. Je vous prie d'identifier au sein de votre institutions, une personne de référence pour participer au réseau national : « Les professionnels de la santé et la lutte antitabac » coordonné par la Direction de la santé. L'un des objectifs de ce réseau sera d'élaborer des outils de lutte antitabac afin de sensibiliser les professionnels de santé, relais essentiel pour l'information aux patients. La personne de référence sera contactée par les responsables de la Direction de la santé pour répondre au questionnaire annexé à la présente.

Lors de la journée mondiale de lutte contre le tabac du 31 mai 2005, j'espère pouvoir être en mesure de proclamer l'engagement de tous les établissements de santé dans la lutte antitabac.

En comptant sur votre collaboration, je vous prie de recevoir l'expression de mes salutations distinguées.

Mr Mars Di Bartolomeo
Ministre de la Santé



Personne de référence

Nom de l'établissement

Nom

Prénom

Fonction

Service

Téléphone

Fax

Email

A renvoyer par fax au numéro **46 75 26**
Avant le 19 mai 2005

