FCTC
CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC
SECRÉTARIAT

Organisation mondiale de la Santé

RÉPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

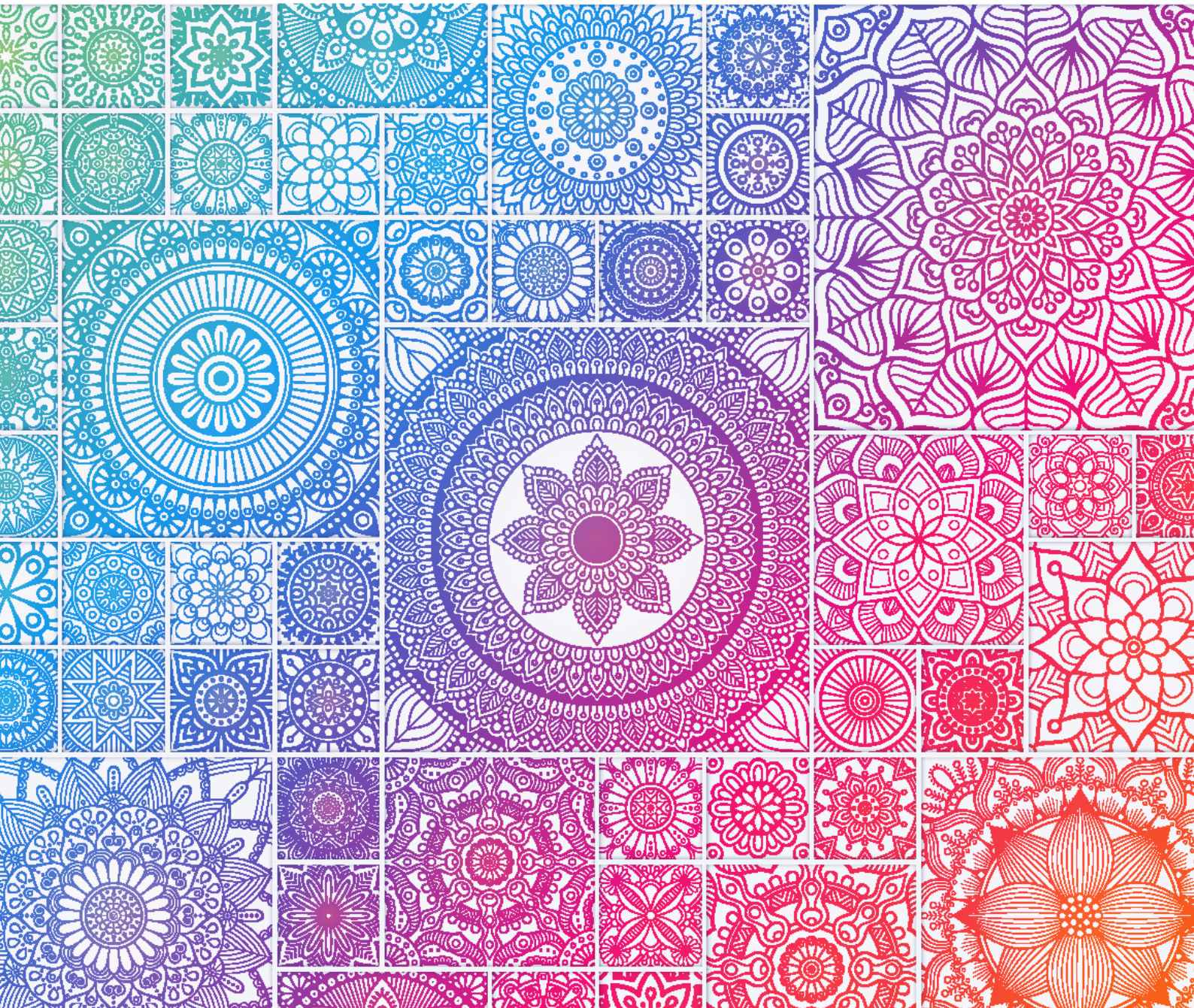
RTI INTERNATIONAL

PNUD

Modèle d'investissement pour la lutte antitabac en

TUNISIE

Argumentation en faveur de l'intensification de la mise en œuvre de la CCLAT



Argumentation en faveur de l'investissement dans la mise en œuvre de la CCLAT en Tunisie

Préparé par
Ministère de la Santé de la Tunisie
RTI International
Programme des Nations Unies pour le Développement
Secrétariat de la CCLAT de l'OMS
Organisation Mondiale de la Santé

Décembre 2021

Funded by UK Government

Plus de **13,200** Tunisiens meurent chaque année des suites de maladies liées au tabac, soit **20%** de tous les décès du pays.

Les maladies liées au tabac coûtent à la Tunisie

2 milliards de TND

chaque année, soit

1,8% de son PIB

en 2019.

Investir maintenant dans sept mesures de lutte antitabac

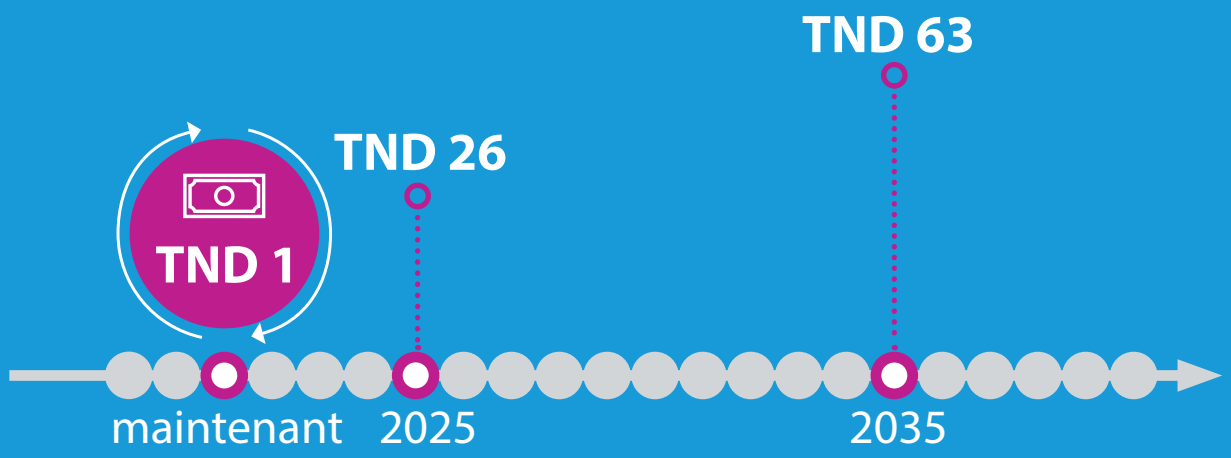
évitera 55 500

décès et

5,7 milliards de TND

de dépenses de santé et de pertes économiques d'ici 2035.

Pour chaque **dinar tunisien** investi aujourd'hui dans les sept mesures de lutte antitabac, la Tunisie obtiendra **26 TND** en dépenses évitées et pertes économiques d'ici 2025 et **63 TND** d'ici 2035.



Remerciements

Ce rapport a été réalisé grâce aux efforts de collaboration entre le Ministère de la Santé publique tunisien, le Programme des Nations Unies pour le Développement, le Secrétariat de la CCLAT, l'Organisation Mondiale de la Santé et Research Triangle Institute International. Parmi les contributeurs figurent Faiçal Samaali et Radhouane Fakhfakh du Ministère de la Santé publique; Sellema Houjj, Elfatih Abdelraheem, Dudley Tarlton, Roy Small, Daniel Grafton et Luis D'Souza du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD); Adriana Blanco Marquizo, Andrew Black, Tih Ntiabang et Trinette Lee du Secrétariat de la CCLAT; et Olfa Saidi et Fatima El Awa de l'OMS. La modélisation économique a été réalisée par Brian Hutchinson et Garrison Spencer de RTI International. Recherche et rédaction supplémentaires fournies par Margaret Ho et Malte Nussberger. Zsuzsanna Schreck a terminé la conception graphique et la mise en page du rapport.

Copyright © UNDP

Tous droits réservés
Décembre 2021

Avertissement
Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne représentent nécessairement ceux du PNUD ou du Secrétariat de la CCLAT.
Programme de développement des Nations Unies
One United Nations Plaza, New York, NY, 10017, États-Unis.

Contenu

1. Résumé 1
2. Introduction 5
3. Lutte antitabac en Tunisie: situation et contexte 8
3.1 Prévalence du tabagisme, normes sociales et sensibilisation 8
3.2 Statut des mesures de réduction de la demande de la lutte antitabac de la CCLAT 9
3.3 Usage du tabac et épidémie de COVID-19 14
3.4 L'industrie du tabac en Tunisie 14
3.5 Commerce illicite 15
3.6 Planification et coordination nationales multisectorielles de la lutte antitabac 15
4. Méthodologie 16
5. Results 17
5.1 Le fardeau actuel du tabagisme: coûts sanitaires et économiques 17
5.2 Mise en place des mesures visant à réduire le fardeau du tabagisme 22
5.3 Avantages pour la santé – vies sauvées 22
5.4 Avantages économiques – coûts évités 22
5.5 Le retour sur investissement 25
6. Examiner les impacts supplémentaires: équité et les ODD 27
6.1 Analyse d'équité: avantages de l'augmentation des taxes sur les cigarettes pour les populations à faible revenu 27
6.2 Les Objectifs de Développement durable et la CCLAT 30
7. Conclusion et recommandations 31
8. Annexe: Méthodologie 36
8.1 Vue d'ensemble 36
8.2 Première composante: fardeau actuel 37
8.3 Deuxième composante: scénarios de politique/d'intervention 38
8.4 Analyse d'équité 44
9. Références 45

Ce rapport recommande des mesures concrètes, en plus des dispositions modélisées de la CCLAT, que le gouvernement tunisien peut prendre pour renforcer une approche pangouvernementale du tabac et de ses conséquences sur le développement. Dans le cadre du projet CCLAT 2030, le Secrétariat de la CCLAT, le PNUD et l'OMS sont prêts à aider le gouvernement tunisien à réduire les fardeaux sociaux, économiques et environnementaux que le tabac continue de faire peser sur le pays.

1. Résumé

Vue d'ensemble

Le tabac constitue un problème de santé et de développement durable. La consommation et la production de tabac causent des décès et des maladies précoces, entraînent des coûts élevés pour la santé et des pertes économiques, élargissent les inégalités socio-économiques et entravent les progrès dans la réalisation des Objectifs de Développement Durable.

Ce rapport présente les conclusions d'une argumentation en faveur de l'investissement dans la lutte antitabac en Tunisie, déclarée priorité par le Gouvernement tunisien. Conformément à la Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT), la Stratégie Mondiale pour accélérer la lutte antitabac, il mesure les coûts et les avantages – en termes de santé et d'économie – de la mise en œuvre de sept mesures prioritaires de lutte antitabac. Les sept mesures sont les suivantes 1) augmenter les taxes sur le tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables *(article 6 de la CCLAT)*, 2) mettre en place des interdictions de fumer dans les lieux publics afin de protéger la population de la fumée du tabac *(article 8 de la CCLAT)*, 3) mettre en place des avertissements sanitaires graphiques rotatifs couvrant 50 pour cent des emballages *(article 11 de la CCLAT)*, 4) mettre en place des emballages neutres *(directives de l'article 11 de la CCLAT)*, 5) instituer des campagnes médiatiques de masse contre le tabagisme *(article 12 de la CCLAT)*, 6) promulguer et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage du tabac *(article 13 de la CCLAT)*, et 7) soutenir la réduction de la dépendance au tabac et encourager le sevrage en formant les professionnels de la santé à fournir des conseils pour arrêter de fumer *(article 14 de la CCLAT)*.

Constatations principales

En 2019, le tabagisme a causé 2 milliards de TND de pertes économiques. Ces pertes représentent 1,8% du PIB tunisien. Ces pertes annuelles comprennent a) 146 millions de TND de dépenses de santé, et b) 1,9 milliards de TND de pertes économiques indirectes dues à une mortalité prématurée et à des problèmes de santé ainsi qu'aux pauses-cigarette sur le lieu de travail. Les pertes économiques indirectes liées à l'usage actuel du tabac en Tunisie – 93 pour cent de tous les coûts liés au tabac – indiquent que l'usage du tabac entrave le développement de la Tunisie au-delà de la santé; un engagement multisectoriel est nécessaire pour une lutte antitabac efficace, et d'autres secteurs tirent un grand profit des investissements dans la lutte antitabac, grâce à une main-d'œuvre plus saine et plus productive.

Chaque année, le tabagisme tue plus de 13 200 Tunisiens, avec 49 pour cent de ces décès parmi la population âgée de moins de 70 ans (c'est-à-dire des décès prématurés). 18 pour cent des vies perdues à cause du tabagisme sont dues à l'exposition à la fumée secondaire.

En agissant maintenant, le Gouvernement tunisien peut réduire le fardeau national du tabagisme. Les conclusions du modèle d'investissement démontrent que l'adoption et la mise en œuvre de sept mesures de lutte antitabac de la CCLAT permettraient, au cours des 15 prochaines années de:

Éviter des pertes économiques de 5,7 milliards de TND. Sur ce total, 5,3 milliards de TND sont imputables à des pertes indirectes dues à une mortalité prématurée et à des problèmes de santé. Les mesures de lutte antitabac stimulent la croissance économique en garantissant que moins de personnes 1) meurent prématurément en raison de maladies attribuables au tabac, 2) s'absentent des journées au travail en raison d'un handicap ou d'une maladie, et 3) travaillent à une capacité réduite en raison des pauses-cigarettes ou des problèmes de santé liés au tabac.

Économiser 405 millions de TND en évitant les dépenses de santé imputables au tabac. Sur cette somme, le Gouvernement économiserait 234 millions de TND en dépenses de santé, les citoyens économiseraient 157 millions de TND en dépenses de santé à la charge du patient et 13,6 millions de TND seraient économisés sur d'autres sources de dépenses de santé.

Sauver 55 500 vies et réduire l'incidence des maladies. Les mesures de lutte antitabac recommandées par la CCLAT contribuent aux efforts déployés par la Tunisie pour atteindre la Cible 3.4 des ODD : réduire d'un tiers la mortalité prématurée (moins de 70 ans) due aux quatre principales MNT – maladies cardiovasculaires (MCV), diabète, cancers et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) – d'ici 2030. L'adoption des mesures de la CCLAT permettrait d'éviter plus de 13 700 décès prématurés dus aux quatre principales MNT d'ici 2030, soit l'équivalent d'environ 22 pour cent de la réduction de la mortalité prématurée nécessaire pour atteindre la Cible 3.4 de l'ODD.

Fournir des avantages économiques (5,7 milliards de TND) qui dépassent largement les coûts de mise en œuvre des 7 mesures de la CCLAT (90 millions de TND). L'augmentation des taxes sur les cigarettes a le retour sur investissement le plus élevé (499:1), suivie par la promulgation et l'application d'interdictions sur la publicité, la promotion et le parrainage du tabac (178:1), la mise en place d'étiquettes d'avertissements sanitaires graphiques (163:1), l'application des interdictions de fumer dans les lieux publics (109:1), les campagnes médiatiques (58:1), la mise en place de l'emballage neutre des produits du tabac (55:1) et le sevrage en formant des professionnels de la santé à fournir des conseils pour arrêter de fumer (3:1) .

L'augmentation des taxes sur les cigarettes en Tunisie apportera des avantages sociaux à tous, mais plus particulièrement à ceux qui ont un faible revenu. Ces derniers sont plus susceptibles d'arrêter de fumer lorsque le prix des cigarettes augmente, ce qui les aide à éviter les maladies et les dépenses de santé catastrophiques. Au cours de la première année de l'augmentation modélisée des taxes, plus de la moitié (53 pour cent) des décès évités par l'augmentation des taxes sur les cigarettes seront parmi les 40 pour cent les plus pauvres de la population. Les augmentations de la taxe sur les cigarettes profiteraient davantage aux pauvres si les recettes fiscales du gouvernement qui en résulteraient étaient réinvesties dans des priorités de développement national telles que la couverture de santé universelle, y compris les aides au sevrage tabagique, dans le cadre de la riposte et du relèvement équitable contre le COVID-19.

Ce rapport recommande des mesures concrètes, en plus des dispositions modélisées de la CCLAT, que le gouvernement tunisien peut prendre pour renforcer une approche pangouvernementale et pansociétale du tabac et de ses conséquences sur le développement. Dans le cadre du projet CCLAT 2030, le Secrétariat de la CCLAT, le PNUD et l'OMS sont prêts à aider le gouvernement tunisien à réduire les fardeaux sociaux, économiques et environnementaux que le tabac continue de faire peser sur le pays.

Recommandations

1. **Renforcer la planification et la coordination multisectorielles de la lutte antitabac.**
2. **Mettre à jour et renforcer les lois antitabac et veiller à ce qu'elles soient appliquées.**
3. **Augmenter les droits d'accise sur les produits du tabac pour éviter les pertes économiques et augmenter les recettes pour le développement.**
4. **Prendre des mesures pour empêcher l'ingérence de l'industrie dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques.**
5. **Sensibiliser le public et le gouvernement aux coûts réels du tabac et aux énormes avantages de la lutte antitabac pour le développement.**

Tableau ES1. Résumé des principaux résultats du modèle d'investissement pour la lutte antitabac en Tunisie

Chaque année, le tabagisme cause…	En 15 ans, mettre en œuvre de nouvelles mesures de lutte antitabac ou renforcer celles existantes, permettrait de…
Plus de **13 200 décès**	**Éviter** plus de 55 500 décès
146 millions de TND de **dépenses de santé**	**Économiser** 405 millions de TND en dépenses de santé
1,9 milliards de TND de **pertes économiques indirectes**	**Éviter** 5,3 milliards de TND de pertes économiques
Des **pertes économiques** équivalant à 1,8% du PIB	**Générer** des avantages économiques (5,7 milliards TND) qui dépassent largement les coûts (90 millions de TND) de mise en œuvre et d'application – un retour sur investissement de 63:1

2. Introduction

Le tabac est l'une des principales menaces pour la santé dans le monde et un facteur de risque majeur de maladies non transmissibles (MNT), incluant les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiovasculaires. En Tunisie, environ 25 pour cent de la population adulte utilisent actuellement une forme ou une autre de produits du tabac [1], ce qui entraîne plus de 13 200 décès par an [2]. Environ 49 pour cent de ces décès surviennent chez les moins de 70 ans [2].

Outre le coût pour la santé, le tabac impose un lourd fardeau économique. En 2012, dans le monde entier, les dépenses de santé consacrées au traitement des maladies et des traumatismes causés par le tabagisme représentaient près de six pour cent des dépenses de santé mondiales [3]. De plus, le tabagisme peut réduire la productivité en retirant définitivement ou temporairement des personnes du marché du travail en raison de problèmes de santé [4]. Lorsque des individus meurent prématurément, le résultat du travail qu'ils auraient produit pendant leurs années restantes est perdu. De plus, les personnes en mauvaise santé sont plus susceptibles de manquer des journées de travail (absentéisme) ou de travailler à capacité réduite (présentéisme) [5], [6].

Le tabagisme peut déplacer les dépenses des ménages qui auraient dû couvrir les besoins essentiels, notamment en matière d'alimentation et d'éducation [7]-[9], contribuant ainsi à enfoncer certaines familles dans la pauvreté et la faim [10], [11]. Il impose des problèmes sanitaires et socio-économiques aux pauvres, aux femmes, aux jeunes et aux autres populations vulnérables [12]. La production de tabac provoque des dommages environnementaux, notamment la dégradation des sols, la pollution de l'eau et la déforestation [13]-[15]. Compte tenu des vastes répercussions du tabac sur le développement et de la nature multisectorielle des interventions requises, une lutte antitabac efficace exige l'engagement de secteurs non sanitaires dans le cadre d'une approche pangouvernementale et pansociétale.

La prévalence actuelle du tabagisme en Tunisie et dans le monde est incompatible avec le développement durable. Dans le cadre de la cible 3.4 des Objectifs de Développement Durable (ODD), l'Agenda 2030 engage les États membres à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT (c'est-à-dire les décès entre 30 et 70 ans) d'ici 2030. L'accélération des progrès en matière de MNT nécessite une mise en œuvre renforcée de la CCLAT (cible 3.a des ODD). La lutte antitabac n'est pas seulement un moyen essentiel d'améliorer la santé de la population, elle constitue également une approche prouvée pour réduire la pauvreté et les inégalités, assurer la croissance économique et faire progresser le développement durable dans son ensemble. La lutte antitabac est un accélérateur des ODD car elle peut contribuer à de nombreux objectifs simultanément dans les domaines économique, social et environnemental. Cependant, il faut redoubler d'efforts pour enrayer l'épidémie de tabac, notamment en accélérant la mise en œuvre de la CCLAT.

La Tunisie a ratifié la CCLAT en 2010 [16]. La reconnaissance par la Tunisie de l'importance de la lutte antitabac est antérieure à la signature de la CCLAT, après avoir mis en œuvre sa première réglementation antitabac sur la publicité et le tabagisme dans les lieux publics il y a plus de deux décennies en 1998 [17]. La législation et les réglementations ultérieures se sont appuyées sur la loi de 1998, la plus récente étant une ordonnance de 2014 du Ministre de la Santé exigeant que les étiquettes d'avertissement occupent au moins 30 pour cent des emballages de tabac [17]. Malgré ces efforts, des mesures politiques supplémentaires peuvent être mises en place pour réduire la demande de tabac et les mesures existantes peuvent être renforcées pour se conformer aux obligations de la CCLAT.

L'intensification des politiques existantes et la mise en œuvre de nouvelles mesures peuvent réduire la prévalence du tabagisme et générer des avantages sanitaires et économiques. Par exemple, il existe des possibilités d'élargir les interdictions concernant les espaces publics sans fumée, qui autorisent actuellement des zones réservées aux fumeurs, et de renforcer l'application de la loi; les étiquettes d'avertissement sanitaire ne nécessitent actuellement pas d'images graphiques et la taille exigée est inférieure à celle imposée par la CCLAT; et les interdictions de publicité peuvent s'étendre aux publicités en ligne, sur les points de vente et aux autres types de publicité directe et indirecte. Pour tirer pleinement parti des avantages de ces mesures, il faut des efforts concertés et coordonnés de multiples secteurs du Gouvernement, ainsi que des responsables de haut niveau et un public averti.

En 2020, le Secrétariat de la CCLAT, le PNUD et l'OMS ont entrepris une mission conjointe virtuelle en Tunisie afin de lancer le modèle d'investissement dans le cadre du projet CCLAT 2030. Le projet CCLAT 2030 est une initiative mondiale financée par les gouvernements du Royaume-Uni, de Norvège et d'Australie pour aider 24 pays à renforcer la mise en œuvre de la CCLAT pour atteindre les ODD. La Tunisie est l'un de ces 24 pays à bénéficier de ce soutien.

Un modèle d'investissement analyse les coûts sanitaires et économiques de l'usage du tabac ainsi que les avantages potentiels de la mise en œuvre à plus grande échelle des mesures de la CCLAT. Il identifie quelles mesures de la CCLAT visant à réduire les demandes peuvent générer les plus importants bénéfices sur le plan sanitaire et économique en Tunisie (retour sur investissement ou ROI). En consultation avec le Gouvernement tunisien, le modèle d'investissement pour la Tunisie modélise l'impact des sept mesures clés suivantes de la CCLAT:

1. **Taxation des cigarettes pour rendre moins abordables les produits du tabac** *(article 6 de la CCLAT)*
2. **Interdiction de fumer dans tous les lieux publics pour protéger la population de la fumée du tabac** *(article 8 de la CCLAT)*
3. **Étiquettes d'avertissement sanitaire graphiques pour avertir des dangers de l'usage du tabac** *(article 11de la CCLAT)*
4. **Emballages neutres**[1] **des produits du tabac** *(directives de mise en œuvre de l'article 11 de la CCLAT: et article 13)*
5. **Campagnes médiatiques contre le tabagisme** *(article 12 de la CCLAT)*
6. **Interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac** *(article 13 de la CCLAT)*
7. **Réduction de la dépendance au tabac et soutien au sevrage tabagique en formant les professionnels de la santé à fournir des conseils pour arrêter de fumer** *(article 14 de la CCLAT)*

La **section 3** de ce rapport donne un aperçu de la lutte antitabac en Tunisie, y compris la prévalence du tabagisme ainsi que les difficultés et les opportunités. La **section 4** résume la méthodologie du modèle d'investissement (voir la section 8: *Méthodologie et l'Annexe Technique* séparé, disponibles sur demande, pour plus de détails). La **section 5** présente les principales conclusions de l'analyse économique. La **section 6** détaille les sous-analyses examinant les questions d'équité de l'augmentation des taxes sur les cigarettes et la contribution des mesures de lutte antitabac à la réalisation de la cible 3.4 de l'objectif de développement durable. Le rapport se termine à la **section 7** par des recommandations.

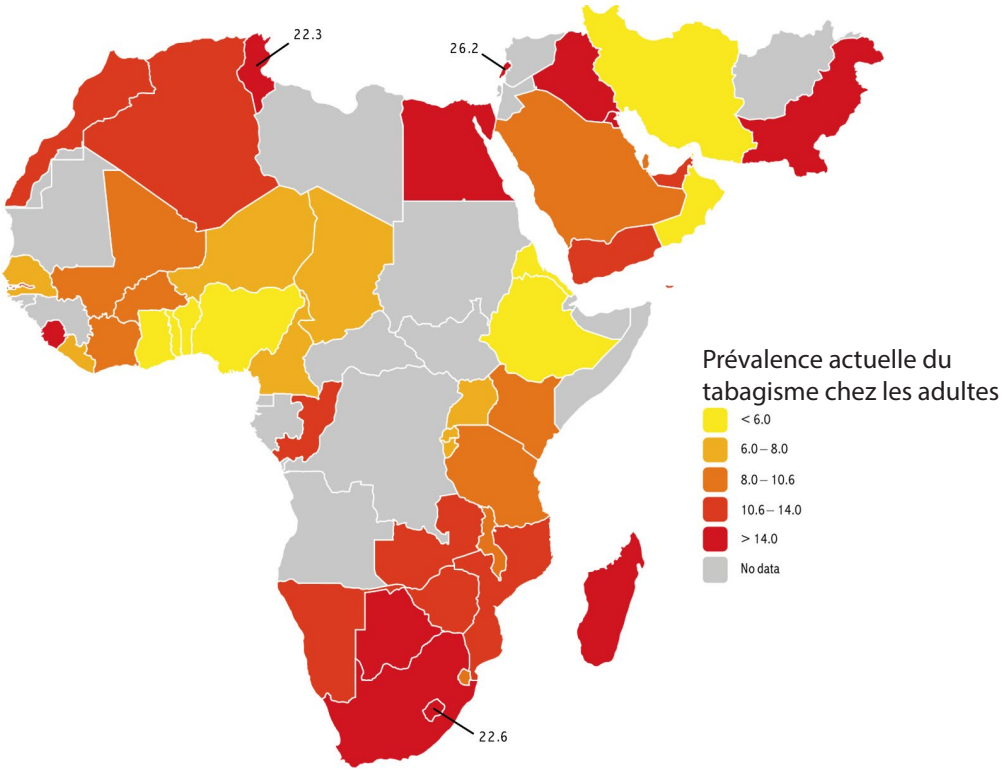
1 Les exigences d'emballage neutre interdisent l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou d'informations promotionnelles sur les emballages autres que les noms de marque et les noms de produits affichés dans une couleur et un style de police standard.

3. Lutte antitabac en Tunisie: situation et contexte

3.1 Prévalence du tabagisme, normes sociales et sensibilisation

Les tentatives d'atténuation du tabagisme en tant que problème de santé publique persistent en Tunisie depuis des décennies, avec le premier cadre tunisien de lutte antitabac, la loi n°98-17, introduite en 1998 [17]. Malgré cela, l'enquête sanitaire tunisienne de 2016 a révélé que 22,3 pour cent des adultes âgés de 15 ans et plus étaient des fumeurs de cigarettes [1] et qu'en moyenne, les fumeurs consomment près d'un paquet de cigarettes par jour. La prévalence du tabagisme en Tunisie est nettement plus élevée que dans presque tous les autres pays de la Méditerranée orientale et de l'Afrique pour lesquels des estimations comparables sont disponibles dans le rapport 2019 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, seuls le Liban et le Lesotho ont une prévalence plus élevée **(Figure 1)** [1], [18]. La prévalence du tabagisme chez les hommes tunisiens est significativement plus élevée que celle des femmes (43,3 et 2 pour cent, respectivement), ce qui la place dans le top 10 des pays où la prévalence du tabagisme masculin est la plus élevée au monde [1], [18]. Il est particulièrement préoccupant de constater que le taux de mortalité prématurée attribuable au tabac chez les hommes tunisiens a augmenté d'environ 20 pour cent depuis 2010 [19].

Fig. 1: Prévalence actuelle du tabagisme chez les adultes en Afrique et Méditerranée orientale *(Source: Enquête sanitaire en Tunisie 2016; Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2017. Remarque: les pays dont les données sur la prévalence du tabagisme n'ont pas été incluses dans le rapport de l'OMS ont été désignés par «No data».)*



Moins de 2 pour cent des Tunisiens utilisent soit le narguilé, soit le tabac sans fumée [1]. La consommation de tabac sans fumée est corrélée avec le statut socio-économique et le niveau d'éducation – la prévalence du tabac sans fumée est inexistante dans les ménages les plus riches, et inférieure à un pour cent pour ceux qui ont un niveau d'éducation plus élevé, contre 6,5 pour cent de ceux sans éducation [1].

L'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) de 2017 démontre la nécessité de renforcer les mesures de lutte antitabac ciblant la jeunesse tunisienne. Selon le GYTS de 2017, en Tunisie, un étudiant sur dix âgé de 13 à 15 ans fume actuellement du tabac, et parmi ceux qui fument des cigarettes, 76,1 pour cent ont déclaré pouvoir acheter des cigarettes – malgré leur âge – au cours des 30 derniers jours. La jeunesse tunisienne est également exposée passivement à la fumée de tabac. Près de la moitié des élèves dans le GYTS 2017 ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire à la maison, et 3 élèves sur 5 ont été exposés dans des lieux publics fermés [20]. Un quart des étudiants estiment que le tabagisme n'est pas nocif, soulignant la nécessité d'une sensibilisation accrue des jeunes tunisiens [20].

Les fumeurs tunisiens ont une qualité de vie significativement moins bonne en matière de santé que leurs homologues non-fumeurs pour des indicateurs tels que la fréquence de la consommation excessive d'alcool, l'anxiété et la dépression et le niveau d'activité physique [21]. Ils sont également plus susceptibles d'adopter des comportements à risque pour la santé et de sous-estimer le risque relatif de développer un cancer ou de faire face à un «déni du risque» [21]. Cependant, la majorité des fumeurs adultes et jeunes expriment le désir d'arrêter. Plus de la moitié des fumeurs adultes ont fait au moins une tentative d'arrêt, tandis qu'environ sept jeunes fumeurs sur dix ont tenté d'arrêter au cours de la dernière année [1], [20], ce qui suggère qu'un environnement favorable au sevrage et d'autres mesures de lutte antitabac peuvent aider les consommateurs dans la réalisation de leurs objectifs.

3.2 Statut des mesures de réduction de la demande de la lutte antitabac de la CCLAT

Des mesures fiscales et réglementaires strictes peuvent avoir une influence déterminante sur les normes sociétales en signalant à la population que l'usage du tabac est nocif, non seulement pour les utilisateurs mais aussi pour les personnes qui les entourent - y compris la famille, les collègues et les employés. Alors que la Tunisie a mis en œuvre certaines mesures de lutte antitabac, près de 2 millions de personnes continuent de fumer [1].

Le premier cadre juridique de la lutte antitabac en Tunisie a été défini par la loi n°98-17 de 1998, qui contient des dispositions réglementant la publicité directe et le tabagisme dans les lieux publics [21]. Elle a été complétée par le décret n°98-2248 de la même année, qui a élargi les lieux publics sans fumée [23], et par le décret n°2009-2611 de 2009, qui réglemente davantage le tabagisme dans les restaurants et les établissements touristiques [24].

Bien que la Tunisie remplisse certaines obligations au titre de la CCLAT, la mise en place de mesures supplémentaires – ou l'intensification des mesures existantes – peut amener la Tunisie à s'y aligner plus étroitement et contribuer à mettre fin à l'épidémie de tabagisme. La section ci-dessous résume l'état des mesures de lutte antitabac existantes et l'objectif de la CCLAT préconisé et analysé dans le cadre du modèle d'investissement.

Augmenter la taxation du tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables (article 6 de la CCLAT)

En Tunisie, les cigarettes sont plus abordables que dans les 60 pour cent des pays du monde [18]. En 2018, les droits d'accise (ad valorem et spécifiques) représentent environ 43 pour cent du prix de vente au détail de la marque de cigarettes la plus vendue [16]. Des taxes supplémentaires (taxe sur la valeur ajoutée [TVA] et impôt relatif au fonds pour l'emploi) se superposent de sorte que les taxes représentent en tout 72 pour cent du prix de vente au détail [16]. Après des années consécutives de prix stable des cigarettes, en mars 2020, le Ministère des Finances a annoncé une augmentation d'environ 10 pour cent des prix de cigarettes [25]. L'OMS recommande que les taxes représentent au moins 75 pour cent du prix de vente au détail des produits du tabac, avec au moins 70 pour cent du prix de vente composés de droits d'accise spécifiques. Pour atteindre – et dépasser – ces objectifs, le modèle d'investissement examine l'impact des augmentations fiscales continues qui génèrent des augmentations réelles d'environ 10 pour cent par an jusqu'en 2035.

Mettre en place et appliquer des interdictions de fumer dans tous les lieux publics pour protéger la population de la fumée du tabac (article 8 de la CCLAT)

Le décret tunisien n°98-2248 interdit de fumer dans de nombreux lieux publics, tels que les écoles, les établissements de santé, les établissements religieux et les bâtiments gouvernementaux [17]. Cependant, des zones réservées aux fumeurs sont autorisées. Bien qu'il existe un système pour traiter et enquêter sur les plaintes liées aux lois antitabac, il n'y a pas de fonds gouvernementaux consacrés à l'application de ces politiques [16]. Permettre de fumer dans des zones désignées ne protège pas les individus – y compris les employés de l'industrie hôtelière – de l'exposition passive à la fumée. De plus, autoriser le tabagisme dans des zones désignées signale l'acceptabilité du tabagisme en tant que norme sociale [23]. Le modèle d'investissement examine l'impact de l'adoption d'une interdiction complète de fumer dans tous les lieux publics, avec des niveaux élevés d'application.

Exiger que les produits du tabac et les emballages portent de grands avertissements sanitaires illustrant les effets nocifs de l'usage du tabac (article 11 de la CCLAT)

La loi tunisienne stipule que les paquets de cigarettes doivent contenir un avertissement clair et lisible qui couvre 30 pour cent de la zone d'affichage principale [17]. La composition des produits du tabac, y compris la teneur en nicotine et en goudron, doit également être mentionnée sur l'emballage en arabe et dans une autre langue [17]. Cependant, la loi n'impose pas d'avertissements graphiques (exigeant uniquement un avertissement sanitaire textuel) et n'exige pas que les avertissements sanitaires soient rotatifs, ce qui implique la possibilité que les avertissements perdent leur importance avec le temps. [16]. Le modèle d'investissement examine l'impact de l'obligation qu'au moins 50 pour cent de tous les emballages de tabac soient couverts d'étiquettes d'avertissement graphiques qui changent régulièrement.

Emballage neutre obligatoire de tous les produits du tabac (directives de mise en œuvre de l'article 11 de la CCLAT et article 13)

Emballage neutre – couleurs neutres, sans marque ni logos – n'est pas inclus dans la législation antitabac en vigueur en Tunisie. Le modèle d'investissement modélise l'impact de la mise en place et de l'application des exigences concernant l'emballage neutre.

Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux problèmes de lutte antitabac et aux méfaits du tabagisme grâce à des campagnes médiatiques (article 12 de la CCLAT)

Les campagnes d'information du public peuvent accroître la sensibilisation aux méfaits du tabagisme. Bien que la Tunisie ait récemment mené une campagne médiatique nationale contre le tabac, celle-ci n'incluait pas tous les éléments recommandés par l'OMS, tels que le pré-test du matériel, la recherche du public cible et l'évaluation de l'impact de la campagne [26]. Le lancement – et le maintien – d'une campagne médiatique utilisant les bonnes pratiques (examinée dans le modèle d'investissement) permettrait de promouvoir et de renforcer davantage la sensibilisation du public aux problèmes de lutte antitabac et aux méfaits du tabagisme.

Promulguer et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage du tabac (article 13 de la CCLAT)

La Tunisie interdit la publicité sur le tabac à la télévision et à la radio nationales et internationales, dans les publications locales, sur les panneaux d'affichage et la publicité extérieure [16], [26]. Il existe également des interdictions indirectes de la publicité sur le tabac par le biais du placement de produits à la télévision et dans les films, des remises promotionnelles et une distribution gratuite, avec des niveaux d'application variables [16]. Les autres formes de publicité et de promotion, telles que les publicités sur les lieux de vente, la publicité sur Internet et la plupart des formes de parrainage, ne sont pas réglementées. Le modèle d'investissement modélise l'impact de la mise en œuvre et de l'application d'une interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac (TAPS).

Soutenir la réduction de la dépendance au tabac et le sevrage tabagique: Offrir des conseils de sevrage au niveau des centres de soins primaires (article 14 de la CCLAT)

Une aide au sevrage tabagique est disponible dans la plupart des cliniques de santé, des centres de soins primaires et des hôpitaux [16]. Cependant, les professionnels de la santé ont des idées fausses persistantes sur les méfaits des cigarettes à faible teneur en goudron et en nicotine et sur le lien entre le tabac et le cancer [17], ce qui peut affecter leur volonté et leur capacité de fournir des conseils sur l'arrêt du tabac et de recommander une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). En effet, près de 95 pour cent des fumeurs tentent de cesser de fumer sans service de soutien [1]. Les conseils de sevrage fournis par des prestataires formés peuvent motiver les individus à cesser de fumer ou augmenter les tentatives de sevrage. Le modèle d'investissement examine l'impact de l'élargissement de la formation des prestataires de soins de santé afin qu'ils offrent des conseils sur le sevrage dans les centres de soins primaires.

Le Tableau 1 résume l'état actuel des mesures de la CCLAT sur la réduction de la demande et les compare aux objectifs de la CCLAT pour chaque mesure. Atteindre les objectifs de la CCLAT peut réduire davantage la consommation de tabac et ses effets sur le développement. L'impact de chaque mesure - individuellement et combinées- est décrit dans le **Tableau A3** de l'annexe.

Tableau 1. Résumé de l'état actuel des mesures de réduction de la demande de la CCLAT en Tunisie et objectifs de la CCLAT modélisés

Politique antitabac	Situation de base Tunisie*	Objectifs de la CCLAT modélisés
Augmenter les taxes sur le tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables *(article 6 de la CCLAT)*	En 2018, la part de la taxe équivaut à 72 pour cent du prix de vente au détail de la marque de cigarettes la plus vendue (les droits d'accise ad valorem et spécifiques représentent environ 43 pour cent du prix).	Augmenter les taxes sur les cigarettes à au moins 75 pour cent du prix de vente au détail et la part des droits d'accise à au moins 70 pour cent d'ici 2035. Mettre en place des augmentations régulières des taxes pour dépasser l'inflation et la hausse des revenus.
Mettre en place et faire respecter les interdictions de fumer dans tous les lieux publics afin de protéger la population de la fumée du tabac *(article 8 de CCLAT)*	Fumer dans de nombreux lieux publics est restreint, mais les zones fumeurs sont autorisées. Il n'existe pas d'interdiction complète de fumer dans les lieux publics.	Mettre en place une législation interdisant de fumer dans tous les lieux publics, avec des niveaux élevés d'application pour favoriser la conformité.
Ordonner que les produits du tabac et leurs emballages portent de grands avertissements sanitaires graphiques décrivant les effets nocifs du tabagisme *(article 11 de la CCLAT)*	Les avertissements de santé textuels doivent couvrir au moins 30 pour cent des paquets de cigarettes.	Exiger que les étiquettes d'avertissement sanitaire graphique couvrent 50 pour cent de l'emballage du tabac et que les étiquettes changent régulièrement pour garantir un impact continu.
Emballage neutre obligatoire pour tous les produits du tabac *(directives de l'article 11 de la CCLAT et article 13)*	L'emballage neutre n'est actuellement pas obligatoire.	Mettre en place et appliquer l'emballage neutre des produits du tabac.
Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux problèmes de lutte antitabac et aux méfaits du tabagisme grâce à des campagnes d'information médiatiques *(article 12 de la CCLAT)*	Une campagne médiatique nationale anti-tabac a été récemment diffusée en Tunisie; cependant, il n'incluait pas tous les composants recommandés par l'OMS.	Mettre en place une campagne médiatique anti-tabac à l'échelle nationale qui est recherchée et testée auprès d'un public cible et évaluée pour son impact.
Promulguer et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage du tabac - TAPS *(article 13 de la CCLAT)*	La plupart des formes de publicité nationale et internationale est interdite (par exemple, la télévision, la radio, les panneaux d'affichage, la presse écrite). Cependant, d'autres formes de publicité, de promotion et de parrainage - telles que les publicités sur les points de vente et la publicité sur Internet - ne sont pas interdites.	Promulguer et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage du tabac.
Soutenir la réduction de la dépendance au tabac et le sevrage tabagique: Offrir des conseils de sevrage au niveau des centres de soins primaires *(article 14 de la CCLAT)*	Une aide au sevrage tabagique est disponible dans certains établissements de santé et hôpitaux.	Élargir la formation des prestataires de soins de santé pour qu'ils puissent identifier les utilisateurs de tabac et fournir des conseils sur le sevrage ; intensifier la fourniture de services de sevrage tabagique au niveau des centres soins primaires.
*Les informations de cette colonne sont tirées du profil pays de la Tunisie sur le tabac par l'OMS [16].		

3.3 Usage du tabac et épidémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 met à rude épreuve les systèmes de santé du monde entier et l'impact socio-économique de l'épidémie est immense. Les personnes vivant avec des MNT préexistantes, y compris celles causées par le tabagisme, sont probablement plus vulnérables à devenir gravement malades du COVID-19 [27]. Une analyse des données probantes menée par l'OMS le 12 mai 2020 a conclu qu'à l'époque, les preuves disponibles suggéraient que le tabagisme était associé à une gravité accrue de la maladie et au décès chez les patients hospitalisés atteints de COVID-19. Cependant, des recherches supplémentaires doivent être menées. Des études bien conçues sur la population sont cependant nécessaires pour répondre aux questions concernant l'hospitalisation, la gravité du COVID-19 et le risque d'infection par le SARS-CoV-2 chez les fumeurs [28].

3.4 L'industrie du tabac en Tunisie

L'ingérence de l'industrie du tabac dans l'élaboration des politiques est une menace majeure pour la lutte antitabac dans le monde. En Tunisie, la société d'État Régie Nationale des Tabacs et des Allumettes (RNTA) détient le monopole du secteur du tabac. La RNTA fabrique ses propres produits, détient le droit exclusif d'importer et de revendre des produits du tabac internationaux et a le monopole du marché de gros des produits du tabac. Au moment de la rédaction du présent modèle, environ 90 pour cent des produits du tabac consommés en Tunisie sont d'origine nationale et 10 pour cent sont importés [29]. La RNTA peut également importer et distribuer des dispositifs de vapotage et des cigarettes électroniques [30]. Selon les données de 2021, l'entreprise possède deux sites de production et emploie 2 000 salariés au total [29]. Les employés de la RNTA sont syndiqués et se sont montrés prêts à faire grève s'ils estiment qu'une proposition de politique est préjudiciable, par exemple, il y a eu une grève lorsque la privatisation de l'entreprise et l'augmentation des prix du tabac ont été discutées en 2017 [31]. En revanche, l'industrie internationale du tabac semble avoir relativement peu de pouvoir en Tunisie, compte tenu du monopole de la RNTA. British American Tobacco (BAT), Philip Morris International (PMI) et Japan Tobacco International n'occupent que de petits locaux dans le pays [32], [33].

Il est tout à fait possible de faire d'importants progrès dans la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS dans des contextes où l'industrie du tabac appartenant à l'État est très présente, par exemple l'Éthiopie possède une entreprise nationale du tabac (Japan Tobacco International détient désormais une participation majoritaire) et a adopté en 2009 une des législations antitabac les plus strictes en Afrique [34]. Un leadership et une gouvernance efficaces sont particulièrement essentiels dans de telles circonstances pour orienter fermement les discussions nationales vers une position forte en matière de santé, et veiller à ce que des discussions formelles aient lieu au sein d'un mécanisme de coordination national dédié pour garantir une transparence totale [35]. Outre les exigences relatives aux principales mesures de réduction de la demande de la CCLAT de l'OMS, la nouvelle loi éthiopienne réglemente les interactions des responsables gouvernementaux avec l'industrie du tabac conformément aux recommandations des Directives pour la mise en œuvre de l'article 5.3 de la Convention [34].

3.5 Commerce illicite

Le commerce illicite constitue une menace sérieuse pour les recettes fiscales du tabac. En 2013, la Banque mondiale a constaté que le commerce informel de cigarettes pour la Tunisie a probablement lieu à la frontière avec l'Algérie et non avec la Libye [36]. Le rapport de la Banque a révélé que dans une région frontalière avec l'Algérie, environ 7 pour cent de tous les véhicules font de la contrebande de cigarettes, et que les cigarettes de marque internationale coûtent cinq fois plus cher en Tunisie qu'en Algérie. Dans l'étude, un dirigeant syndical de la RNTA déclare qu'environ 40 pour cent des revenus tirés des cigarettes, soit 500 millions de TND, sont perdus en raison du commerce informel [36]. Le commerce illicite réduit les avantages des augmentations de la taxe sur le tabac car il permet aux consommateurs de tabac de passer à des produits moins chers facilement disponibles sur le marché. La taxation du tabac peut être optimisée pour réduire les risques de commerce illicite et de substitution des produits par les consommateurs, par exemple grâce à des droits d'accise spécifiques uniformes parallèlement à une administration rigoureuse des droits de douane et d'accise, à des mesures pour lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac, à un engagement de haut niveau et à une solide gouvernance de la lutte antitabac en général. L'adoption et la mise en œuvre du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac est une approche particulièrement importante. La Tunisie a signé le protocole en 2013 mais ne l'a pas encore ratifié [37].

3.6 Planification et coordination nationales multisectorielles de la lutte antitabac

Une planification et une coordination multisectorielles efficaces de la lutte antitabac, conformément à l'article 5 de la CCLAT, sont essentielles à pratiquement toutes les obligations de la CCLAT, y compris celles dans le modèle d'investissement. Ils sont particulièrement importants dans les contextes où l'industrie du tabac appartient au gouvernement. En Tunisie, le Ministère de la Santé a mené des efforts pour réduire la consommation de tabac [38]. Le Ministère de la Santé finance et supervise le programme national de lutte antitabac qui est intégré dans sa Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention et Contrôle des MNT 2018-2025. Un comité national multisectoriel de lutte antitabac a été créé sous la coordination du Ministère de la Santé, en partenariat avec le Ministère des Finances, le Ministère du Commerce, le Ministère de l'Intérieur, le ministère de l'Éducation et des organisations de la société civile. Le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé sont responsables de l'application des lois et des règles de lutte antitabac existantes. Le Ministère des Finances est chargé de fixer les prix, les taxes et les droits d'importation pour les produits du tabac; en conséquence, il peut avoir un impact sur le volume des marchandises importées et la compétitivité des produits du tabac produits localement. Le Ministère des Finances détient deux sièges au conseil d'administration de la RNTA. Diverses organisations à but non lucratif ont soutenu les interventions antitabac en Tunisie à travers des actions et des campagnes éducatives auprès de la population [39]. Il s'agit de la Société Tunisienne de Pneumologie, de la Ligue Nationale de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, de l'Association Tunisienne de Lutte contre le Cancer (ATCC) et de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB). La Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU) a soutenu les interventions antitabac dans les écoles [16].

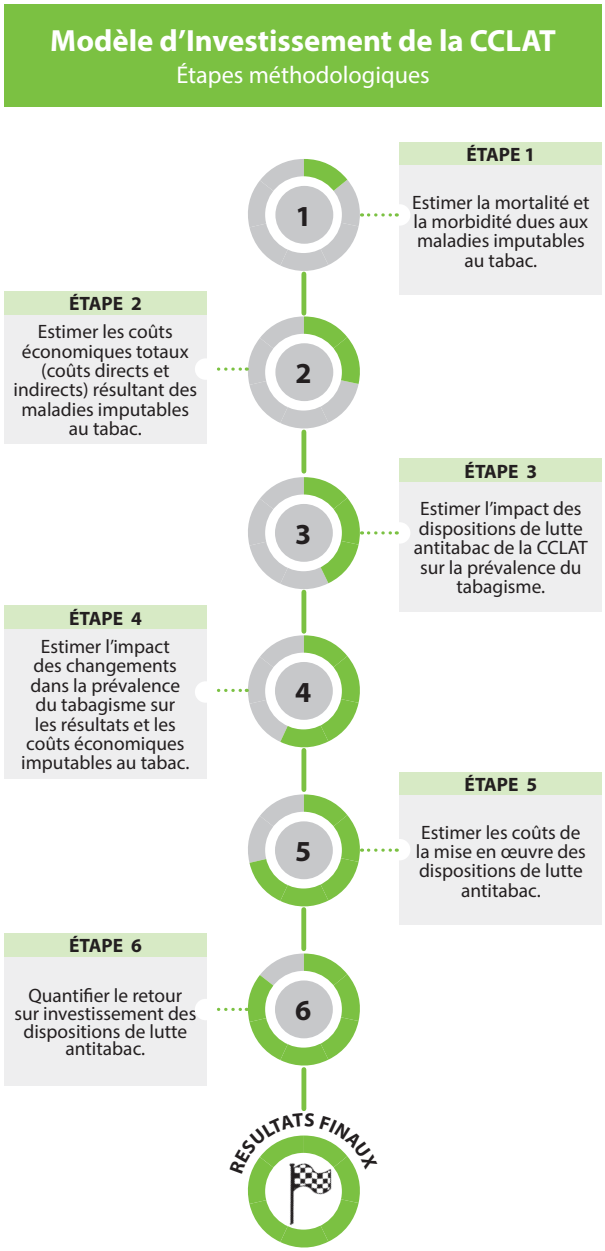
4. Méthodologie

L'objectif du modèle d'investissement est de quantifier le fardeau sanitaire et économique actuel du tabagisme en Tunisie (dans le contexte des mesures antitabac actuellement en place) et d'estimer l'impact que l'application de nouvelles mesures antitabac – ou l'intensification des mesures existantes – auraient sur la réduction de ce fardeau.

RTI International a développé un modèle statique pour mener à bien le modèle d'investissement et pour exécuter les étapes méthodologiques de la **Figure 2**. Cette méthodologie a été utilisée pour les précédents modèles d'investissement nationaux de la CCLAT dans le cadre du projet CCLAT 2030.

Les outils et méthodes utilisés pour exécuter ces étapes sont décrits dans l'annexe du présent rapport. Les lecteurs intéressés sont également invités à se reporter à *l'Annexe technique*[2] séparée du présent rapport pour un compte rendu plus détaillé de la méthodologie. L'équipe en charge du modèle d'investissement a travaillé avec des partenaires en Tunisie pour collecter des données nationales pour le modèle. Lorsque les données n'étaient pas disponibles auprès du Gouvernement ou d'autres sources nationales, l'équipe a utilisé des données nationales, régionales et mondiales accessibles au public provenant de sources telles que l'OMS, la base de données de la Banque mondiale, l'Institut des mesures et évaluations en matière de santé (IHME), l'étude sur la Charge Mondiale de Morbidité (GBD) et de littératures académiques.Dans le modèle d'investissement, les coûts et les avantages monétisés sont rapportés de manière constante en dinars tunisiens (TND) de 2019 et actualisés à un taux annuel de 5 pour cent.

Fig. 2: Étapes du modèle d'investissement



2 Disponible sur demande.

5. Results

5.1 Le fardeau actuel du tabagisme: coûts sanitaires et économiques[3]

Le tabagisme nuit à la croissance économique. En 2019, le tabagisme a causé plus de 13 200 décès en Tunisie, dont 49 pour cent chez les moins de 70 ans. Ces décès représentent 217 600 années de vie perdues, qui sont des années perdues au cours desquelles ces personnes auraient fait partie de la population active. Les pertes économiques dues à la mortalité prématurée liée au tabac en 2019 sont estimées à 1,6 milliard de TND.

Bien que les coûts de la mortalité prématurée soient élevés, les conséquences du tabagisme commencent bien avant le décès. Comme les individus souffrent de maladies attribuables au tabac (par exemple, maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, cancers), des soins médicaux coûteux sont nécessaires pour les traiter. Les dépenses en traitement médical pour les maladies causées par le tabagisme ont coûté 84,5 millions de TND au Gouvernement en 2019 et ont amené les citoyens tunisiens à dépenser 56,9 millions de TND en dépenses de santé à la charge des patients (POO). Les organismes privés d'assurance et les institutions à but non lucratif au service des ménages ont dépensé 4,9 millions de TND pour le traitement des maladies attribuables au tabac en 2019. Au total, les dépenses de santé attribuables au tabagisme se sont élevées à 146,3 millions de TDN.

En plus des frais de santé, à mesure que les individus tombent malades, ils sont plus susceptibles de manquer des journées de travail (absentéisme) ou d'être moins productifs au travail (présentéisme). En 2019, le coût de l'absentéisme excessif dû aux maladies liées au tabac était de 51,6 millions de TND et le coût du présentéisme dû au tabagisme était de 139,4 millions de TDN.

Enfin, même dans leurs années de vie saine, les travailleurs qui fument sont plus susceptibles de subir une perte de productivité que les travailleurs qui ne fument pas. Les fumeurs prennent environ dix minutes supplémentaires par jour pendant les pauses que les employés non-fumeurs [40]. Si le salaire moyen des travailleurs est évalué à dix minutes, l'effet cumulatif de 1,2 million de fumeurs employés prenant dix minutes par jour pour les pauses-cigarettes équivaut à une perte de productivité de 98,7 millions de TND par an.

Au total, le tabagisme a causé 2 milliards[4] de TND de pertes économiques en 2019, soit environ 1,8 pour cent du PIB de la Tunisie en 2019. La figure 3 décompose les coûts directs et indirects. La **figure 4**, la **figure 5** et la **figure 6** illustrent les pertes de santé annuelles dues au tabagisme.

3 Pour évaluer le fardeau actuel de l'usage du tabac, les coûts économiques de la mortalité prématurée comprennent le coût des décès prématurés dus à toute forme d'exposition au tabac (y compris fumer, la fumée secondaire et l'utilisation d'autres types de produits du tabac). Seuls les coûts attribuables au fait de fumer (et non attribuables au tabac en général) sont calculés pour les dépenses de santé, l'absentéisme, le présentéisme et les pauses cigarettes. Si d'autres formes de tabac peuvent également entraîner des pertes dans ces catégories, aucune donnée n'est disponible pour déterminer précisément ces pertes.

4 Les composantes pourraient ne pas totaliser exactement 2 milliards de TND en raison de l'arrondissement.

Le fardeau actuel du tabagisme

Fig. 3: Répartition de la part des coûts économiques directs et indirects (milliards de TND) en 2019

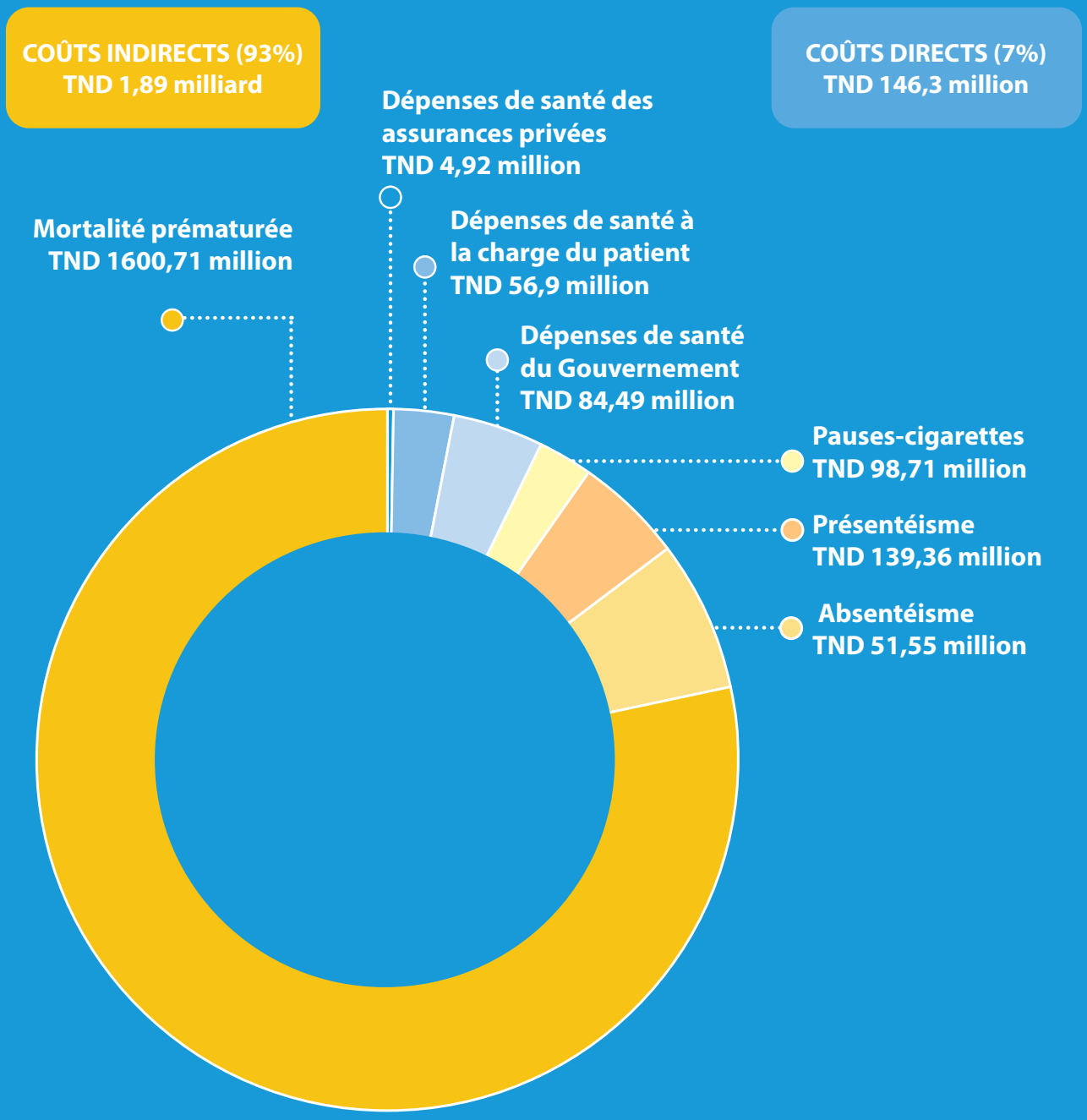


Fig. 4: Décès attribuables au tabac par maladie en Tunisie, 2019 *(Les résultats proviennent de l'étude sur la charge mondiale de morbidité (GBD) de l'IHME. Les autres causes comprennent le cancer du côlon et du rectum, le cancer de l'estomac, l'asthme, le cancer du pancréas, le cancer des lèvres et de la cavité buccale, la leucémie, le cancer du nasopharynx, le cancer de l'œsophage, l'ulcère gastroduodénal, l'anévrisme de l'aorte, le cancer du sein, le cancer du foie, le cancer de la prostate, le cancer du rein, la tuberculose , autre cancer du pharynx, fibrillation et flutter auriculaires, cancer du col de l'utérus, vésicule biliaire et maladies biliaires, maladie artérielle périphérique et sclérose en plaques.)*

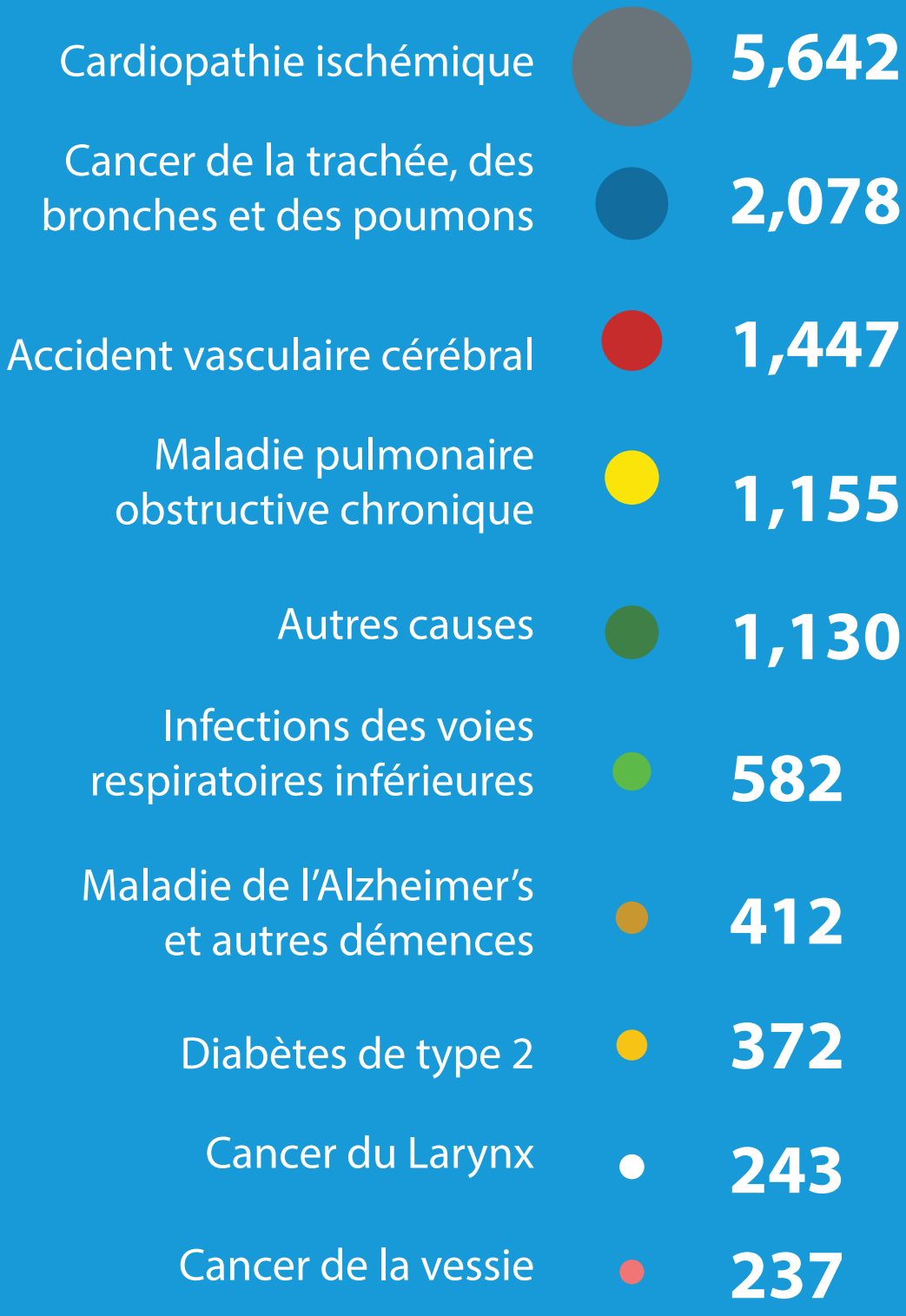


Fig. 5: DALYs, YLDs et YLLs attribuables au tabac en Tunisie, par genre,[5] 2019

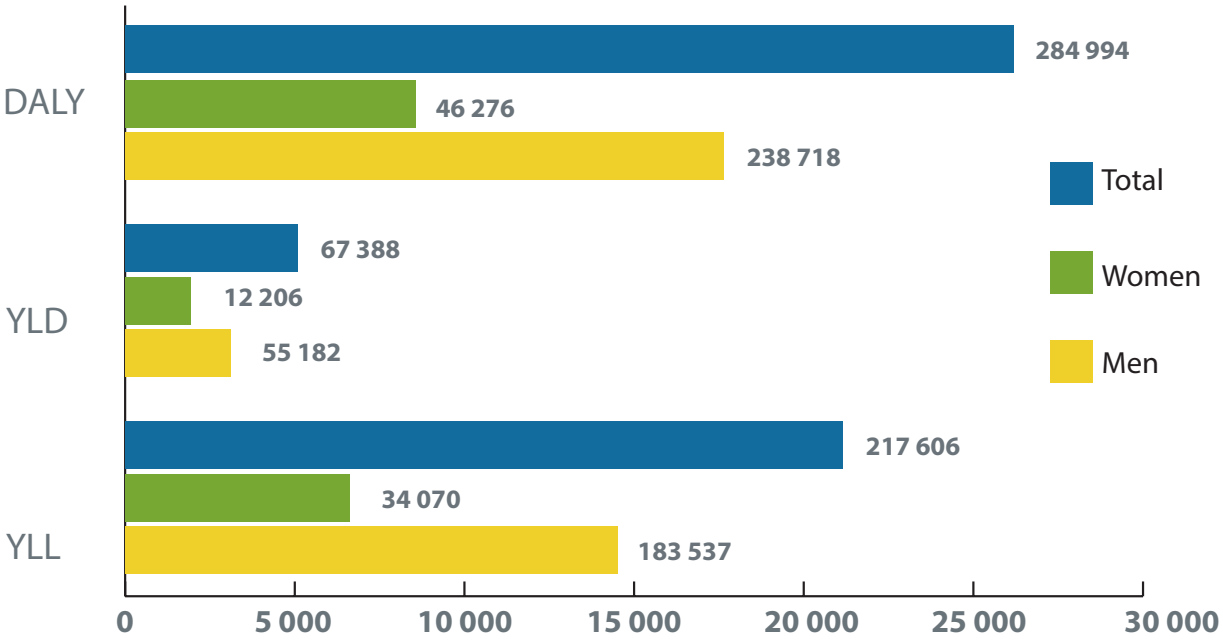
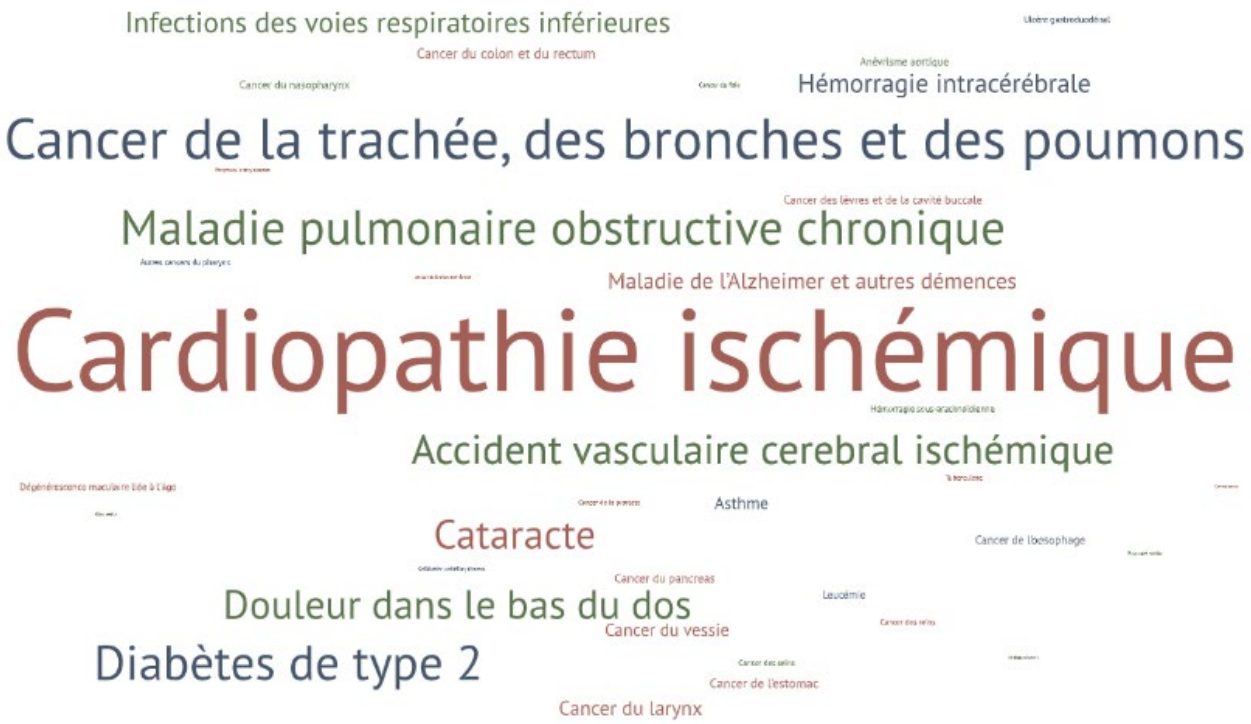


Fig. 6: Espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI ou DALYs), par cause[6]



5 DALY fait référence à l'espérance de vie corrigée de l'incapacité, les années YLD sont «des années vécues avec une santé moins qu'idéale… [Les années YLD sont] mesurées en prenant la prévalence d'une condition [de la maladie] multipliée par la pondération de l'incapacité pour cette condition. Les pondérations de l'incapacité reflètent la gravité de différentes conditions ». Les YLL sont "calculées en soustrayant l'âge au décès de l'espérance de vie la plus longue possible pour une personne de cet âge." Les DALY "sont égales à la somme des YLL et des YLD. Une DALY équivaut à une année perdue de vie en bonne santé.» Source: IHME. (2018). Questions fréquemment posées. Extrait de http://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY?

6 La taille des mots correspond au nombre de DALYs engendrées par cette maladie.

5.2 Mise en place des mesures visant à réduire le fardeau du tabagisme

La mise en place de nouvelles mesures de lutte antitabac – ou l'intensification et une meilleure application des mesures existantes – peut réduire le fardeau national du tabagisme. Grâce à ces actions, la Tunisie peut obtenir des retombées sanitaires et économiques significatives et commencer à réduire les 2 milliards de TND de pertes économiques annuelles directes et indirectes liées au tabagisme.

Les deux sous-sections suivantes présentent les avantages pour la santé et l'économie résultant de sept mesures politiques de la CCLAT pour 1) augmenter la taxation des cigarettes afin de rendre les produits du tabac moins abordables ; 2) mettre en place des interdictions de fumer dans les espaces publics; 3) mettre en place des étiquettes d'avertissement graphiques; 4) mettre en place un emballage neutre des produits du tabac; 5) lancer des campagnes médiatiques contre le tabagisme; 6) étendre et appliquer les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac; et 7) soutenir la réduction de la dépendance au tabac et encourager le sevrage en formant les professionnels de la santé à fournir des conseils pour arrêter de fumer.

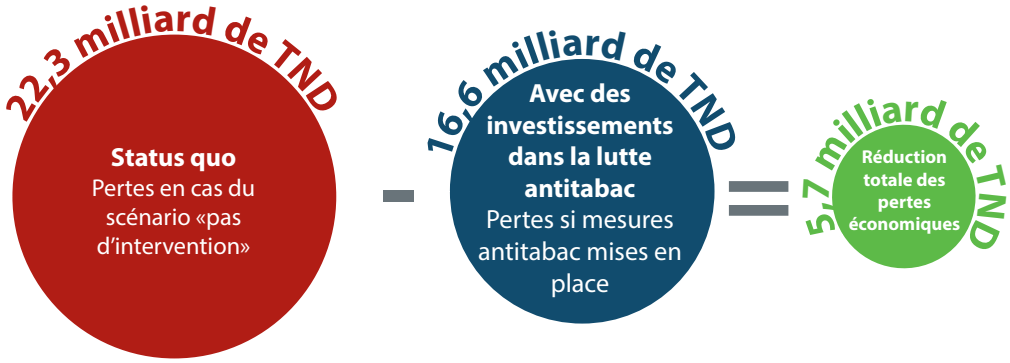
5.3 Avantages pour la santé – vies sauvées

La mise en place d'un ensemble complet de mesures de lutte antitabac (comprenant les sept mesures énumérées ci-dessus) réduirait la prévalence du tabagisme, ce qui entraînerait des avantages substantiels pour la santé maintenant et dans le futur. Plus précisément, l'adoption de cet ensemble réduirait la prévalence du tabagisme de 46 pour cent (en termes relatifs) sur 15 ans, ce qui permettrait de sauver 55 500 vies de 2021 à 2035, soit 3 700 vies par an.

5.4 Avantages économiques – coûts évités

En mettant en œuvre l'ensemble des mesures antitabac, la Tunisie éviterait 25 pour cent des pertes économiques que devrait entraîner le tabagisme au cours des 15 prochaines années. La **figure 7** illustre dans quelle mesure la Tunisie peut réduire les pertes économiques qu'elle devrait subir en vertu du statu quo.

Fig. 7: Pertes économiques liées au tabac sur 15 ans: que se passera-t-il si la Tunisie ne fait rien, par opposition à une mise en œuvre de mesures antitabac par le Gouvernement pour réduire la demande de tabac?

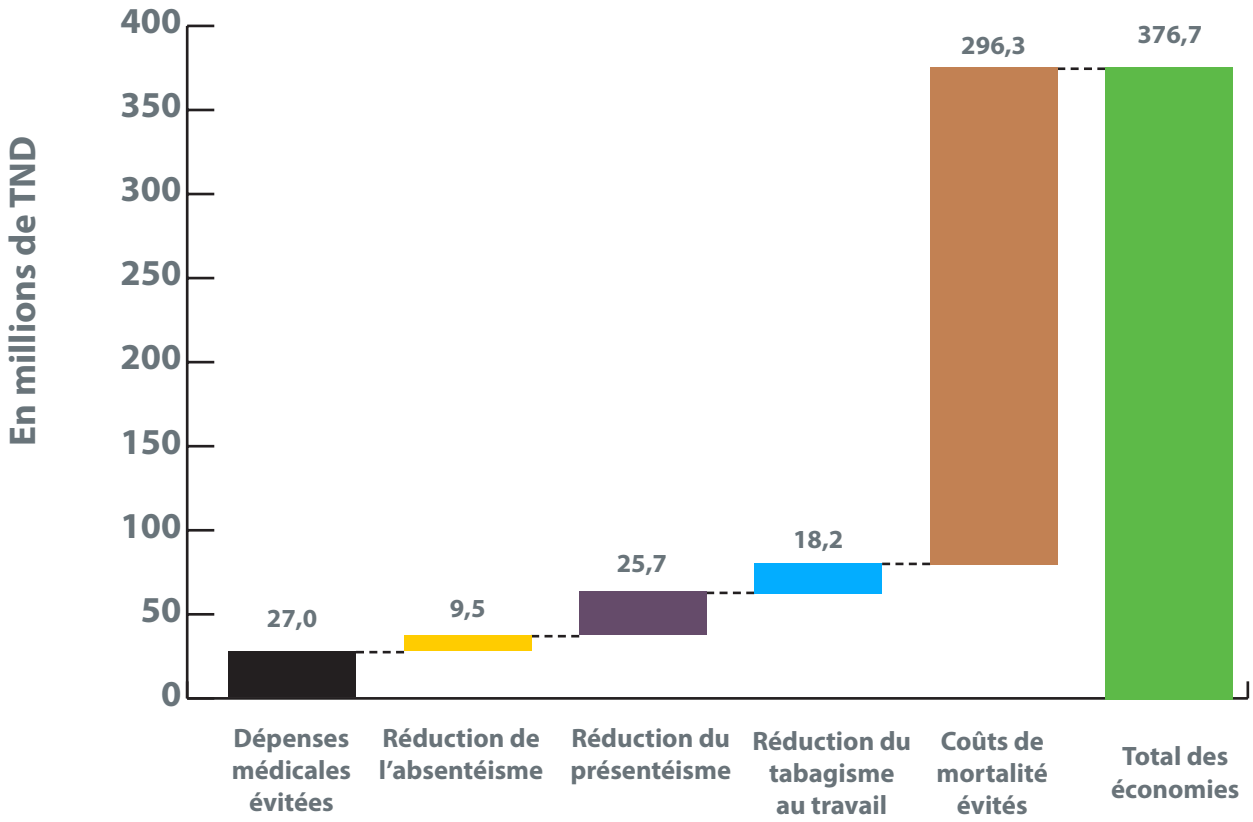


Au total, en 15 ans, la Tunisie économiserait environ 5,7 milliards de TND qui seraient autrement perdus si elle n'appliquait pas l'ensemble de mesures antitabac recommandées. Ces coûts évités équivalent à environ 376,7 millions de TND de pertes économiques évitées par an.

Avec une meilleure santé, moins de personnes seront traitées pour des complications dues à la maladie, ce qui se traduit par des économies directes pour le Gouvernement et les citoyens. Une meilleure santé conduit également à une productivité accrue. Moins de personnes en âge de travailler quittent prématurément le marché du travail pour cause de décès. Les employés manquent moins de jours de travail (absentéisme) et sont moins gênés par les complications de santé au travail (présentéisme). Enfin, comme la prévalence du tabagisme diminue, moins de personnes prennent des pauses-cigarette sur le lieu de travail.

La **figure 8** décompose les sources d'économies annuelles provenant de la mise en place de l'ensemble des mesures antitabac. Les économies annuelles les plus importantes résultent de l'évitement de la mortalité prématurée (296,3 millions de TND). La deuxième source la plus élevée provient des dépenses de santé évitées (27 millions de TND), suivies de la réduction du présentéisme (25,7 millions de TND), du nombre réduit de pauses-cigarette (18,2 millions de TND) et de la réduction de l'absentéisme (9,5 millions de TND).

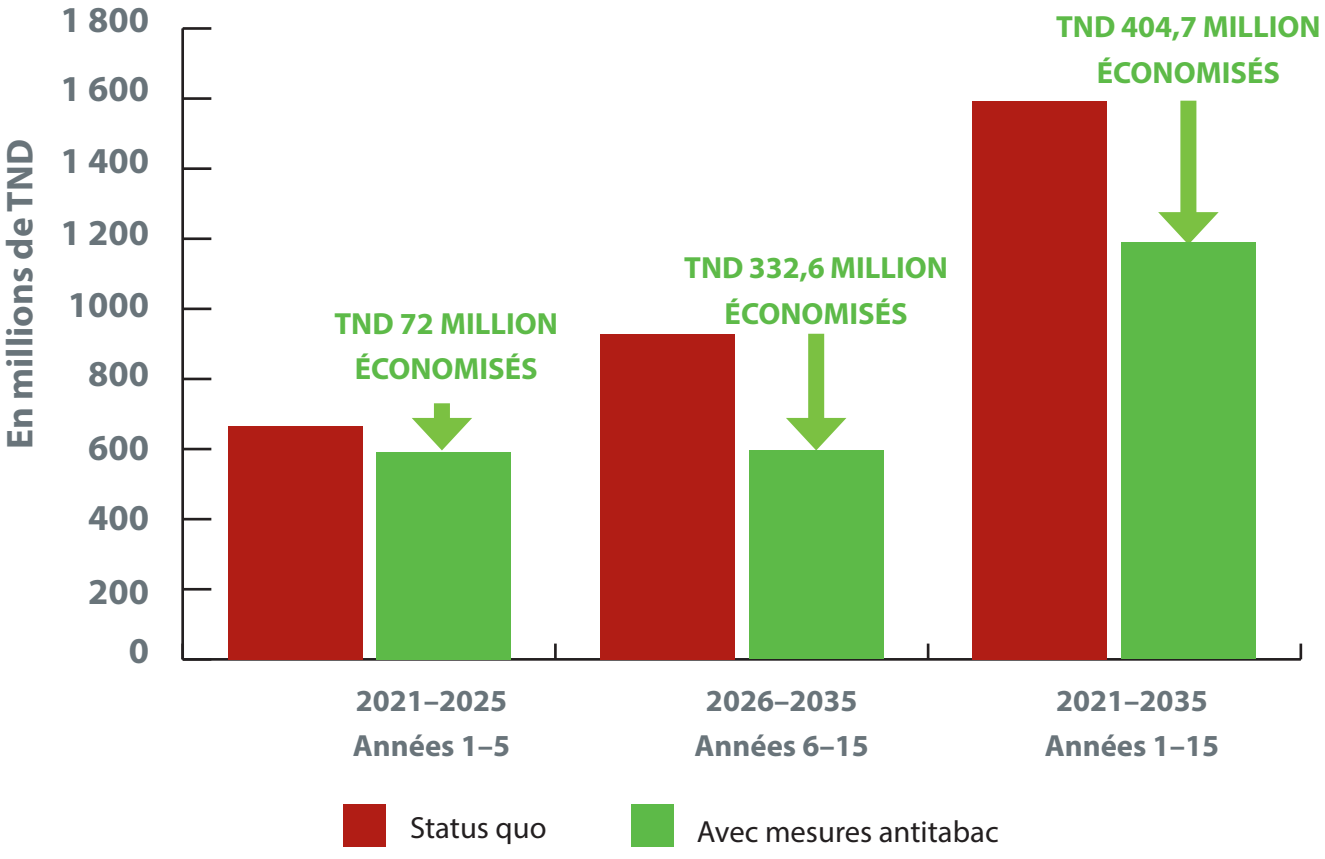
Fig. 8: Sources des économies annuelles réalisées grâce à la mise en œuvre de l'ensemble des mesures antitabac



La mise en œuvre de l'ensemble de mesures antitabac réduit les dépenses de santé des citoyens et du Gouvernement. À l'heure actuelle, le total des dépenses annuelles consacrées aux soins médicaux privés et publics en Tunisie s'élève à environ 7,7 milliards de TND [41], dont 1,9 pour cent est directement lié au traitement des maladies dues au tabagisme [3] (≈ 146,3 millions de de TND).

D'une année à l'autre, l'ensemble d'interventions réduit la prévalence du tabagisme, ce qui entraîne moins de maladie et, par conséquent, moins de dépenses en soins de santé (voir la **figure 9**). Sur l'horizon de 15 ans de l'analyse, l'ensemble des interventions évite en moyenne 404,7 millions de TND de dépenses de santé, soit 27 millions de TND par an. Sur ce montant, 58 pour cent des économies sont réalisées par le Gouvernement et 39 pour cent par des citoyens qui auraient payé de leur poche les soins médicaux. Le reste de l'épargne va à l'assurance privée et à d'autres sources de dépenses de santé. Ainsi, rien que par les coûts des soins médicaux réduits, le gouvernement économiserait environ 233,7 millions de TND sur 15 ans. Parallèlement, le Gouvernement parviendrait à réduire le fardeau des dépenses de santé imposé par le tabac aux citoyens tunisiens, en soutenant les efforts visant à réduire les difficultés économiques des familles. Plutôt que de dépenser pour le traitement des maladies évitables et de dépenser régulièrement pour les produits du tabac, ces familles seraient en mesure d'investir davantage dans la nutrition, l'éducation et d'autres intrants productifs pour assurer un meilleur avenir.

Fig. 9: Coûts (et économies) liés aux soins médicaux privés et publics sur 15 ans



5.5 Le retour sur investissement

Un investissement est considéré comme rentable d'un point de vue économique si les avantages résultant de sa réalisation dépassent ses coûts. Une analyse du retour sur investissement (ROI) mesure l'efficacité des investissements antitabac en divisant les avantages économiques tirés de la mise en œuvre des investissements antitabac de la CCLAT par les coûts des investissements. Pour le modèle d'investissement en Tunisie, le ROI de chaque intervention a été évalué à court terme (période de cinq ans), afin de l'aligner sur les cycles de planification et politiques, et à moyen terme (période de 15 ans) pour l'aligner aux ODD et au-delà. Le ROI indique le retour sur investissement pour chaque intervention et pour l'ensemble des mesures. L'avantage est la capacité de mesurer quelles interventions sont censées avoir le plus grand impact.

Le **tableau 2** présente les coûts, les avantages et le retour sur investissement par intervention, ainsi que pour toutes les interventions combinées. À l'exception de la formation des professionnels de la santé à fournir des conseils pour arrêter de fumer (une intervention au niveau individuel avec des coûts de personnel initiaux plus élevés), les interventions génèrent un retour sur investissement supérieur à un au cours des cinq premières années, ce qui signifie que même à court terme, les avantages de la mise en œuvre des interventions dépassent les coûts. En fonction de l'intervention, au cours des cinq premières années, le Gouvernement récupérera entre 0,6 à 179 fois son investissement. Le retour sur investissement de chaque intervention continue de croître au fil du temps, reflétant l'efficacité croissante des mesures politiques à mesure qu'elles passent des étapes de planification et de développement à la mise en œuvre intégrale.

Tableau 2: Retour sur investissement, par politique antitabac/intervention (en milliards de TND)

Retour sur investissement, par politique antitabac/intervention	5 premières années (2021-2025)			Total 15 années (2021-2035)		
	Coût total (milliards)	Avantage Total (milliards)	ROI	Coût Total (milliards)	Avantage Total (milliards)	ROI
Ensemble des mesures antitabac * *(toutes les politiques/ interventions mises en œuvre simultanément)*	38,4	1,006.6	**26**	89.7	5,650.7	**63**
Augmenter les taxes sur les cigarettes *(Article 6 de la CCLAT)*	2,9	516,5	**179**	6,1	3,036,8	**500**
Protéger la population de la fumée de tabac *(Article 8 de la CCLAT)*	5,9	190,3	**32**	12,1	1,318,1	**109**
Étiquettes d'avertissement graphiques *(Article 11 de la CCLAT)*	2,8	143,1	**51**	6,1	996,6	**163**
Emballage neutre *(Articles 11 et 13 de la CCLAT)*	2,8	48,0	**17**	6,1	337,7	**55**
Campagnes médiatiques *(Article 12 de la CCLAT)*	4,1	81,2	**20**	9,9	569,2	**58**
Interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage *(Article 13 de la CCLAT)*	2,8	158,0	**57**	6,2	1,098,2	**178**
Sevrage: conseils pour cesser de fumer *(Article 14 de la CCLAT)*	13,2	7,4	**0,6**	34,4	95,4	**3**

* L'impact combiné de toutes les interventions n'est pas la somme des interventions individuelles. Pour évaluer l'effet combiné des interventions, selon Levy et ses collaborateurs (2018), «les ampleurs d'effet [sont appliquées] sous la forme de réductions relatives constantes; c'est-à-dire que pour les politiques i et j à effet PRi et PRj, (1-PR ii) x (1-PR j) [est] appliqué à la prévalence actuelle du tabagisme [35]. Les coûts de l'ensemble des mesures incluent les coûts des politiques examinées, ainsi que les coûts programmatiques pour mettre en œuvre et superviser un programme complet de lutte antitabac.

Sur une période de 15 ans, l'augmentation des taxes devrait générer le retour sur investissement le plus élevé (500:1).[7] La promulgation et l'application d'interdictions sur la publicité, la promotion et le parrainage sur le tabac devraient avoir le deuxième meilleur retour sur investissement (178:1), suivis des étiquettes d'avertissement graphiques (163:1), des interdictions de fumer dans les lieux publics (109:1), des campagnes médiatiques (58:1), de la mise en place de l'emballage neutre des produits du tabac (55:1) et le sevrage en formant des professionnels de la santé à fournir des conseils pour arrêter de fumer (3:1). Les résultats du retour sur investissement (ROI) représentent un amalgame de facteurs locaux qui affectent les coûts et les avantages d'une intervention ou d'un ensemble d'interventions donné. Il s'agit notamment de l'ensemble de services et des politiques d'un pays, ainsi que de ses plans d'extension des services. Les résultats de l'analyse du modèle d'investissement en Tunisie montrent un retour sur investissement élevé par rapport à de nombreux autres pays. Il y a plusieurs raisons à cela, y compris une prévalence du tabagisme initialement élevée qui laisse la place à des gains importants à réaliser et des dépenses de santé globales relativement élevées qui entraînent des coûts de santé attribuables au tabac plus élevés.

7 Arrondi à l'entier le plus proche.

6. Examiner les impacts supplémentaires: équité et les ODD

Le modèle d'investissement examine comment l'augmentation des taxes sur les cigarettes impacterait les fumeurs à faible revenu en Tunisie, favorisant l'équité et les contributions qu'une mise en œuvre plus accentuée de la CCLAT (Cible 3.a des ODD) apporterait à la réalisation par la Tunisie des ODD dans son ensemble, y compris la Cible 3.4 sur la réduction d'un tiers d'ici 2030 de la mortalité prématurée due aux MNT.

6.1 Analyse d'équité: avantages de l'augmentation des taxes sur les cigarettes pour les populations à faible revenu

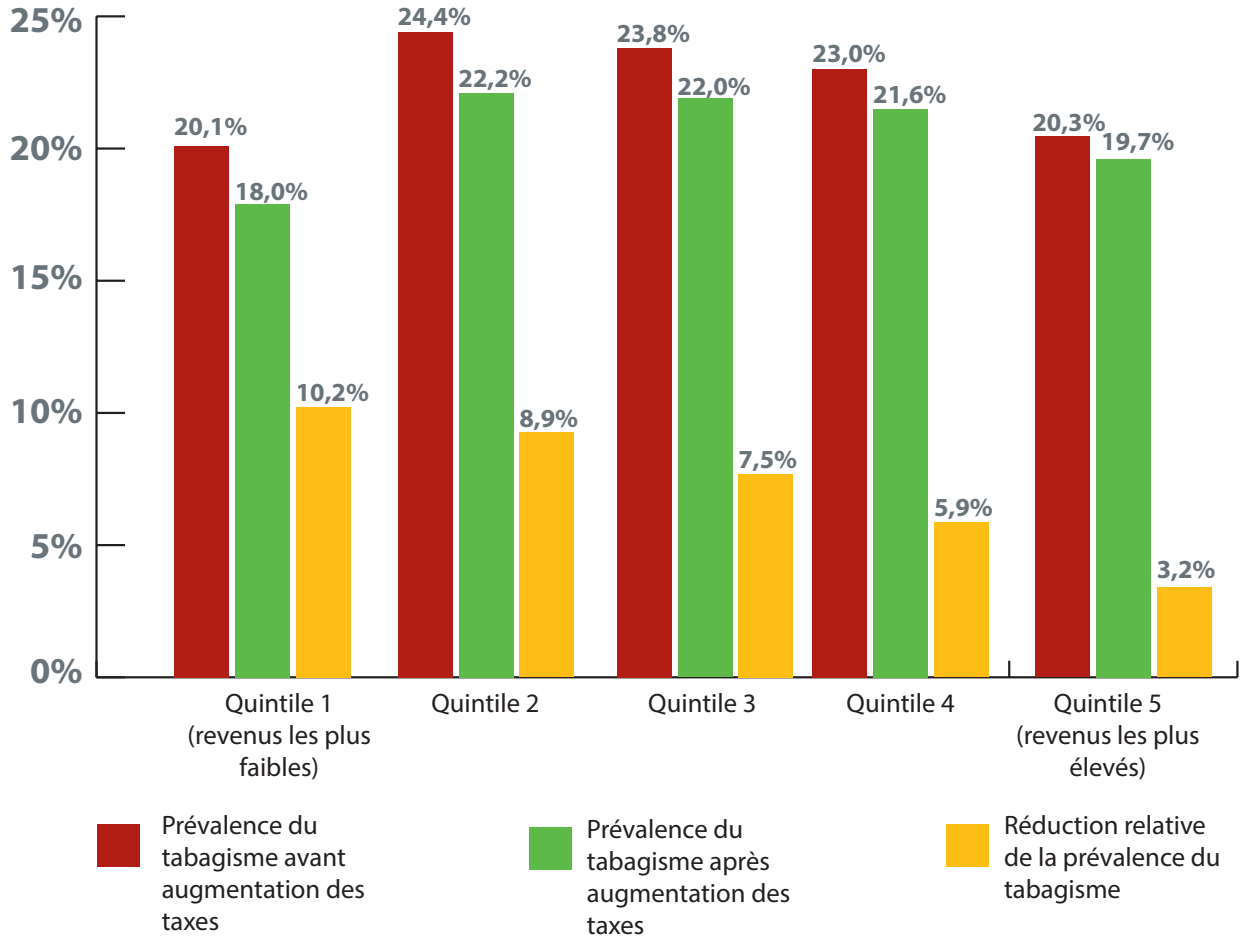
On pense souvent à tort que les taxes sur les produits du tabac peuvent nuire de manière disproportionnée les consommateurs de tabac à faible revenu, car le fardeau fiscal représente une proportion de leurs revenus supérieure à celle des consommateurs de tabac plus riches. Au contraire, il a été démontré que les personnes à faible revenu bénéficieraient en réalité davantage de la hausse des taxes sur les cigarettes [43]. Par rapport aux fumeurs plus riches, les fumeurs à faible revenu sont plus susceptibles d'arrêter de fumer lorsque les taxes sont augmentées [44], ce qui signifie qu'ils bénéficient davantage de la réduction ultérieure des problèmes de santé liés au tabac et des frais médicaux qui en résultent. Au Liban [45], par exemple, une augmentation de 50 pour cent du prix des cigarettes devrait permettre d'éviter 23 000 nouveaux cas de pauvreté en 50 ans, et ce même niveau d'augmentation permettrait d'éviter 2,1 millions de dépenses de santé catastrophiques en Inde, 440 000 au Bangladesh et 250 000 au Vietnam [46].

Pour examiner dans quelle mesure une augmentation de la taxe sur les cigarettes pourrait être considérée comme favorable aux pauvres en Tunisie, le modèle d'investissement entreprend une analyse d'équité. L'analyse divise la population tunisienne en cinq groupes égaux, en fonction du revenu, où le quintile 1 est composé des 20 pour cent de la population ayant les revenus les plus faibles et le quintile 5 est composé des 20 pour cent les plus riches. Au sein de chaque groupe de revenus, l'analyse examine l'impact d'une augmentation hypothétique des taxes qui fait augmenter le prix du paquet moyen de cigarettes d'environ 29 pour cent (0,8 TND, soit environ 0,30 USD). Ceci est représentatif de la première année d'augmentation des taxes qui est modélisée dans le modèle d'investissement. Les élasticités de la demande moyennes de la prévalence des revenus du tabac dans un ensemble de pays à revenu faible ou intermédiaire sont utilisées pour évaluer la réaction des différents groupes économiques aux variations de prix.

En Tunisie, il n'y a pas de grandes différences dans la prévalence de la cigarette entre les quintiles de revenu, bien que le deuxième quintile de revenu le plus pauvre enregistre le taux le plus élevé de fumeurs (24,4 pour cent) [1].[8] Les résultats de l'analyse montrent que tous les quintiles de revenu réduisent le tabagisme en réponse aux mesures fiscales, mais comme les personnes à faible revenu sont plus sensibles aux variations de prix, l'augmentation de la taxe sur les cigarettes entraîne la plus forte baisse de prévalence parmi les quintiles de revenu les plus pauvres.

La **figure 10** montre la prévalence de la cigarette dans chaque quintile de revenu avant et après l'augmentation des impôts, ainsi que l'évolution relative de la prévalence de la cigarette.

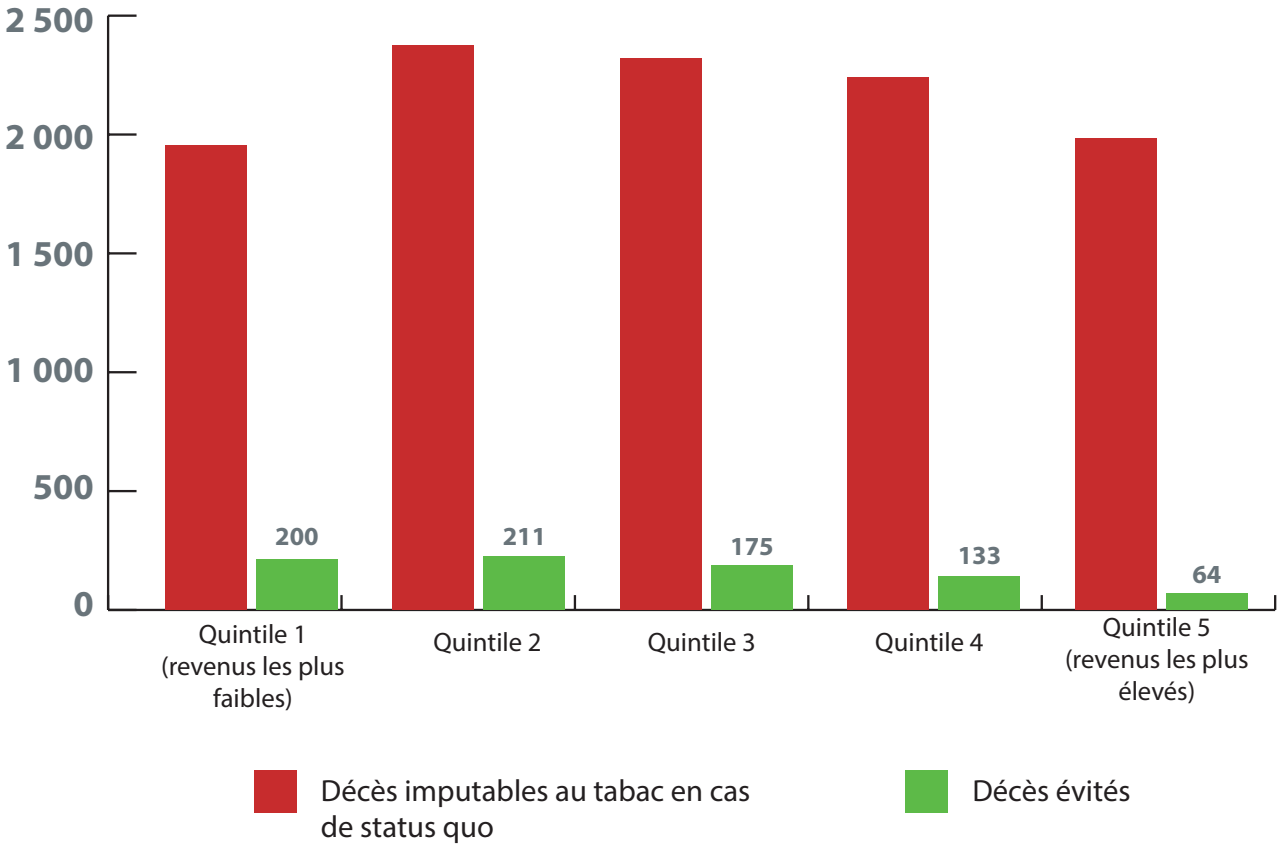
Fig. 10: Prévalence de la cigarette avant et après augmentation des taxes, par quintile de revenu



8 Seule la prévalence globale du tabagisme (y compris le tabagisme et le narguilé) était disponible par quintile de revenu dans l'Enquête Sanitaire de la Tunisie. Pour estimer la prévalence de la cigarette par quintile de revenu, la prévalence globale du tabagisme par quintile a été ajustée en utilisant un facteur d'échelle de la prévalence de la cigarette divisée par la prévalence globale du tabagisme.

La baisse des taux d'utilisation de la cigarette se traduit par des gains de santé. Avant l'augmentation de la taxe sur les cigarettes, sur près de 10 900 décès attribuables à la cigarette observés en 2019, 40 pour cent concernaient les 40 pour cent de la population ayant les revenus les plus faibles (quintiles 1 et 2). Toutefois, étant donné que l'augmentation des taxes sur les cigarettes ferait baisser le plus la prévalence de la cigarette dans les deux quintiles les plus pauvres, les avantages pour la santé reviendraient de manière disproportionnée aux Tunisiens à revenus faibles. L'analyse de l'équité révèle que plus de la moitié (53 pour cent) des plus de 800 décès qui seraient évités au cours de la première année d'augmentation des taxes modélisée dans le modèle de l'investissement feraient partie des 40 pour cent ayant les revenus les plus faibles, comme le montre la **figure 11**.

Fig. 11: Décès en cas de statu quo et décès évités par augmentation de l'impôt, par quintile de revenu



6.2 Les Objectifs de Développement durable et la CCLAT

L'adoption et le renforcement des sept mesures visant à réduire la demande de tabac permettront à la Tunisie de réaliser la cible 3.A des ODD de renforcer la mise en œuvre de la CCLAT. De plus, agir maintenant contribuera aux efforts déployés par la Tunisie pour atteindre la Cible 3.4 des ODD: réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée par MNT d'ici 2030. Ces gains en matière de santé soutiendront le développement plus largement, y compris la réduction de la pauvreté et des inégalités (ODD 1 et 10, respectivement) et la croissance économique (ODD 8).

En Tunisie en 2019, plus de 17 000 décès prématurés de personnes âgées de 30 à 70 ans ont été causés par les quatre principales MNT (MCV, diabète, cancer et MPOC) [47]. Près d'un tiers (31 pour cent) de ces décès prématurés sont dus au tabagisme [47]. La mise en œuvre des mesures de la CCLAT identifiées dans le modèle d'investissement réduirait la prévalence du tabagisme - facteur de risque déterminant de l'incidence des MNT - prévenant 13 774 décès prématurés dus aux quatre principales MNT au cours des 10 prochaines années (2021 à 2030). La prévention de ces décès représente l'équivalent d'environ 22 pour cent de la réduction nécessaire de la mortalité prématurée pour que la Tunisie atteigne la cible 3.4 des ODD.

La Cible 3.4 des ODD

D'ici à 2030, les mesures de la CCLAT vont:

Réduire la prévalence du tabagisme de 43 pour cent par rapport aux niveaux actuels.

Réduire les coûts économiques liés au tabagisme de 3,5 milliards de TND, y compris une économie de 251,8 millions de TND sur les dépenses de santé.

Générer des économies (3,5 milliards de TND) dépassant largement les coûts (67,4 millions de TND), avec un retour sur investissement global de 52:1.

7. Conclusion et recommandations

Chaque année, le tabagisme coûte 2 milliards de TND en pertes économiques et entraîne des pertes substantielles en matière de développement humain. Heureusement, le modèle d'investissement montre qu'il est possible de réduire le fardeau social et économique du tabac en Tunisie. L'adoption des dispositions multisectorielles recommandées en matière de lutte antitabac permettrait de sauver 3 700 vies chaque année et réduirait l'incidence des maladies, permettant ainsi de réduire les coûts médicaux et les pertes de productivité. Sur le plan économique, ces avantages sont considérables et s'élèveraient à 5,7 milliards de TND au cours des 15 prochaines années. En outre, les gains économiques du renforcement de la lutte antitabac en Tunisie dépassent largement les coûts de mise en œuvre (5,7 milliards de TND de gains contre seulement 89,7 millions de TND de coûts).

En investissant dès maintenant dans les sept mesures de la CCLAT modélisées dans le cadre de ce modèle d'investissement, la Tunisie réduirait non seulement la consommation de tabac, améliorerait la santé, réduirait les dépenses publiques en matière de santé et ferait développer l'économie, mais elle réduirait également les difficultés des Tunisiens. De nombreux pays réinvestissent les économies réalisées sur les dépenses publiques de santé et les recettes provenant de la hausse des taxes sur le tabac dans des priorités de développement nationales telles que la couverture de santé universelle, que le gouvernement tunisien s'est engagé à réaliser. L'augmentation des recettes provenant des taxes sur le tabac est également une source de financement innovante dans le contexte de riposte et de relèvement du COVID-19.

Le modèle d'investissement a identifié plusieurs investissements importants dans la lutte antitabac que la Tunisie peut entreprendre. Il offre des arguments économiques et sociaux convaincants en faveur de la mise en œuvre des mesures fondamentales de la CCLAT. Partager largement ce rapport - avec les dirigeants politiques et les parlementaires, les secteurs gouvernementaux, les organisations de la société civile et les entreprises privées, les établissements universitaires, les partenaires de développement et le public - peut renforcer les efforts de lutte antitabac pangouvernementale et pansociétale. Outre les sept mesures de lutte antitabac examinées, il est plus probable que tous les avantages du modèle d'investissement se concrétiseront si les actions suivantes sont menées:

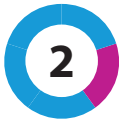
Renforcer la planification et la coordination multisectorielles de la lutte antitabac

Une planification et une coordination multisectorielles plus solides conformément à l'article 5 de la CCLAT sont essentielles pour faire avancer les recommandations du modèle d'investissement et faire progresser la mise en œuvre de la CCLAT en Tunisie, en particulier étant donné l'appartenance de l'industrie du tabac au gouvernement.

La Tunisie a une base solide sur laquelle bâtir. Il dispose d'un programme national de lutte antitabac qui est intégré dans sa stratégie nationale multisectorielle pour la prévention et le contrôle des MNT 2018-2025. Il pourrait utiliser les conclusions du modèle d'investissement de la CCLAT pour renforcer ce programme et revigorer sa mise en œuvre, sa communication et son suivi, tout en engageant d'autres secteurs à intégrer la CCLAT dans les instruments de planification du développement pertinents, y compris les plans sectoriels, les cadres de planification et de financement des ODD et les plans de riposte et de relèvement du COVID-19.

Le comité multisectoriel tunisien de lutte antitabac pourrait également être renforcé conformément aux directives et meilleures pratiques disponibles dans l'article 5.2a, y compris, mais sans s'y limiter, assurer un leadership politique de haut niveau, que les représentants du comité occupent des postes de haut niveau dans leurs institutions respectives et consultation entre les secteurs gouvernementaux et les parties prenantes [48]. L'histoire de la Tunisie en matière d'engagement de la société civile dans la lutte antitabac est un atout à exploiter. Compte tenu de l'industrie du tabac appartenant au gouvernement, il est particulièrement essentiel d'utiliser le comité multisectoriel de lutte contre le tabagisme comme un forum pour avoir des communications officielles en toute transparence. La Tunisie gagnerait à élaborer un code de conduite explicite pour tous les membres actuels et futurs du comité sur la manière dont ils interagissent et s'engagent avec le secteur du tabac.

La riposte et le relèvement du COVID-19 créent un élan pour rassembler les secteurs et engager le leadership national dans la promotion d'une population plus saine et plus résiliente grâce à une mise en œuvre plus forte de la CCLAT. Les taxes optimisées sur le tabac améliorent non seulement la santé, mais génèrent également des revenus importants pour atténuer les effets du COVID-19 et mieux reconstruire.



Mettre à jour et renforcer les lois antitabac et veiller à ce qu'elles soient appliquées

La Tunisie a été sélectionnée pour le projet CCLAT 2030 en raison de son engagement à renforcer sa législation antitabac et à l'aligner davantage sur la Convention, avec un accent particulier sur la mise en œuvre et l'application des mesures visant à protéger le public de la fumée du tabac et à mettre en garde contre les dangers liés au tabac. Les conclusions du modèle d'investissement de la CCLAT montrent clairement que les avantages pour la santé et l'économie de ces changements législatifs sont énormes. Après augmentation des taxes sur les cigarettes, les politiques modélisées ayant le meilleur retour sur investissement sont les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac (178:1), les étiquettes d'avertissement graphiques (163:1) et la protection des personnes contre l'exposition à la fumée du tabac (109:1).). Ces mesures sont également susceptibles d'avoir un impact significatif sur

la protection des jeunes contre le tabagisme. Il est recommandé que le Ministère de la Santé dirige le processus de révision et de modification du cadre juridique, politique et réglementaire actuel de la lutte antitabac en Tunisie afin de tirer pleinement parti des avantages modélisés dans le modèle d'investissement. La Tunisie devrait envisager de ratifier le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, afin d'assurer le plein accès à la coopération internationale entre les Parties au Protocole ainsi qu'à l'échange des meilleures pratiques et technologies. Les problèmes de mise en œuvre nécessitent une attention, des investissements et des actions spécifiques. C'est un domaine sur lequel le comité multisectoriel de lutte antitabac pourrait se concentrer, en examinant par exemple la meilleure façon de sensibiliser le public et les entreprises, de renforcer les capacités des forces de l'ordre et de garantir des sanctions strictes pour dissuader le non-respect.

Augmenter les droits d'accise sur les produits du tabac pour éviter les pertes économiques et augmenter les recettes pour le développement

Le prix est l'un des principaux facteurs affectant la consommation de produits du tabac. Le modèle d'investissement démontre que l'augmentation des taxes sur les cigarettes conformément aux recommandations de l'OMS - au moins 75 pour cent du prix de détail des produits du tabac, avec au moins 70 pour cent composé d'une taxe d'accise spécifique - donnerait le meilleur retour sur investissement au cours des cinq prochaines années (179:1) et les quinze prochaines (500:1). Les Tunisiens ayant un revenu faible en bénéficieraient le plus - l'analyse de l'équité révèle que plus de la moitié (53 pour cent) des plus de 800 décès qui seraient évités au cours de la première année d'augmentation des impôts modélisée dans le modèle d'investissement feraient partie des 40 pour cent les plus pauvres de la population. Lorsque les taxes sur le tabac sont augmentées, les revenus augmentent parce que la réduction des ventes n'est pas proportionnelle à l'augmentation des prix, et beaucoup continuent d'acheter des produits du tabac. Des droits d'accise spécifiques uniformes sont considérés comme pratique exemplaire car ils sont les plus faciles et les moins coûteux à administrer et apportent les meilleurs résultats sanitaires et fiscaux. La Tunisie devrait fortement considérer les directives disponibles pour optimiser les taxes sur le tabac [49] - [51].

Les gains en termes de revenus et les dépenses de santé évitées grâce à l'augmentation et à l'optimisation des taxes sur le tabac peuvent être utilisés pour aider à financer la santé et le développement en Tunisie, y compris dans le contexte de la mise en place de la couverture de santé universelle et du soutien à la riposte et au relèvement du COVID-19. Certains pays réinvestissent les revenus supplémentaires provenant de l'augmentation des taxes sur le tabac dans la mise en œuvre de la CCLAT, notamment en soutenant des moyens de subsistance économiques alternatifs pour les producteurs de tabac. Pour compléter les augmentations de taxes, la Tunisie gagnerait à investir dans la lutte contre le commerce illicite des produits du tabac, notamment en renforçant les systèmes de suivi et de traçabilité tels que les timbres fiscaux numériques. C'est un autre domaine qu'un comité multisectoriel de lutte antitabac doté de ressources fiables pourrait développer.

Prendre des mesures pour empêcher l'ingérence de l'industrie dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques

L'industrie du tabac reste l'un des plus grands obstacles à la mise en œuvre complète de la CCLAT à l'échelle mondiale. La Tunisie est confrontée à une difficulté supplémentaire en ayant une industrie du tabac qui appartient au gouvernement. Cependant, les obstacles peuvent être surmontés pour protéger la santé et l'économie de la Tunisie contre les méfaits liés au tabac. Il est tout à fait possible de faire d'importants progrès dans la mise en œuvre de la CCLAT dans des contextes où l'industrie du tabac est très présente, c'est le cas de l'Éthiopie [34]. Les partenariats entre le Ministère de l'Industrie et le Ministère du Commerce aux côtés du Ministre de la Santé et du Ministre des Finances sont essentiels. Dans de telles circonstances, un leadership et une gouvernance efficaces sont particulièrement essentiels pour orienter fermement les discussions nationales vers une position forte en matière de santé, et veiller à ce que des discussions formelles aient lieu au sein du mécanisme national de coordination de la lutte antitabac pour garantir une transparence totale [35].

L'article 5.3 de la CCLAT est essentiel pour protéger la santé et l'économie de la Tunisie contre l'ingérence de l'industrie du tabac. Cet article, que la Tunisie est légalement tenue de mettre en œuvre en tant que Partie à la CCLAT, stipule que «En définissant et en mettant en œuvre des politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties doivent agir pour protéger ces politiques des intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac conformément à la législation nationale. » Les Directives recommandent que «les Parties ayant une industrie du tabac appartenant à l'État veillent à ce que tout investissement dans l'industrie du tabac ne les empêche pas d'appliquer pleinement la CCLAT.» Les directives indiquent clairement que les industries du tabac appartenant à l'État devraient être traitées comme toute autre industrie du tabac en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac, et que ces efforts devraient être séparés de la supervision ou de la gestion de l'industrie du tabac [52]. Il est donc recommandé à la Tunisie de:

- bannir l'industrie et les groupes de façade de tous les comités qui décident ou discutent de sujets liés à la santé publique, y compris les politiques de lutte antitabac;
- mettre en place des lois qui réglementent l'interaction entre le gouvernement et l'industrie et leurs groupes de façade;
- rendre obligatoire la divulgation de toutes les interactions avec les agents publics;
- interdire toutes les formes de responsabilité sociale des entreprises et de parrainage par l'industrie, et;
- soutenir l'éducation et la formation des fonctionnaires à tous les niveaux au titre de l'article 5.3 de la CCLAT

Le secrétariat de la CCLAT et la boîte à outils du PNUD à l'intention des Parties pour mettre en œuvre l'article 5.2(a) de la CCLAT comprennent des directives, de bonnes pratiques et des modèles pour soutenir les mécanismes nationaux de coordination de la lutte antitabac dans la lutte contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques [48].

Sensibiliser le public et le gouvernement aux coûts réels du tabac et aux énormes avantages de la lutte antitabac pour le développement

Le modèle d'investissement montre clairement que la santé publique et la prospérité économique sont les deux faces d'une même médaille, et qu'une lutte antitabac renforcée apporterait d'énormes avantages économiques à la Tunisie grâce à l'amélioration de la santé et du bien-être. Mieux informer le public et toutes les branches du gouvernement non seulement des dangers du tabac mais aussi des avantages socio-économiques de la lutte antitabac peut renforcer l'application des réglementations existantes et accroître l'acceptation d'une législation plus stricte conformément à l'engagement de la Tunisie. Si le retour sur investissement projeté dans les campagnes de sensibilisation antitabac à l'échelle nationale modélisées dans le modèle d'investissement est inférieur au retour sur investissement des autres interventions, il reste élevé, avec 20 TND d'ici la cinquième année pour chaque TND investi actuellement, et 58 TND par an d'ici la quinzième année.

Sur la base des conclusions du modèle d'investissement, il est recommandé que le Ministère de la Santé élabore un plan de communication comprenant une campagne médiatique soutenue à l'échelle nationale. Le plan de communication pourrait inclure une collaboration avec les secteurs concernés du gouvernement et de la société civile pour sensibiliser les principaux messagers tels que les enseignants, les professionnels de la santé et les forces de l'ordre ainsi que les défenseurs de la jeunesse. L'engagement d'éminentes personnalités publiques telles que des politiciens, des célébrités, des athlètes, des influenceurs sur les médias sociaux, pourrait être une stratégie efficace pour faire passer des messages sur la lutte antitabac. Afin d'atteindre des populations spécifiques qui ont des taux élevés de consommation de tabac ou qui risquent davantage de commencer à fumer, des campagnes adaptées pourraient être lancées.

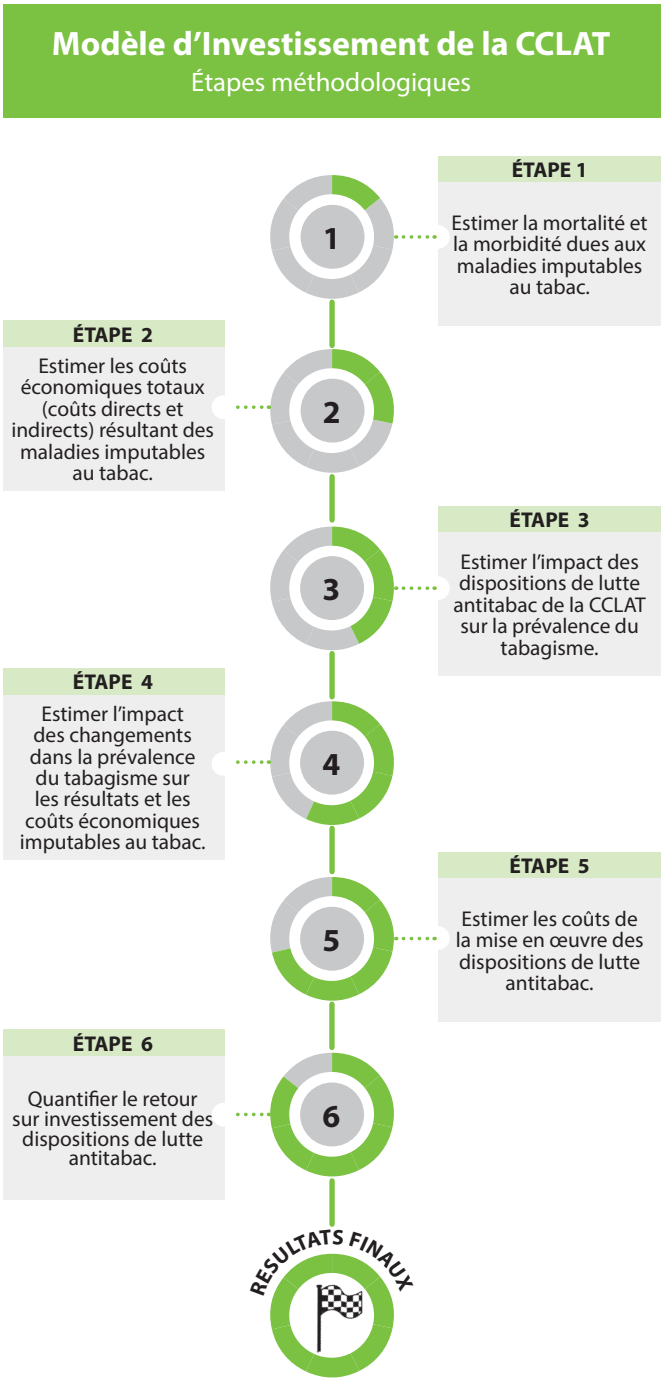
En complément de la sensibilisation aux méfaits du tabagisme et aux avantages d'une lutte antitabac renforcée, sont aussi efficaces les avertissements sanitaires graphiques et les emballages neutres ainsi que l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'abordabilité des services de sevrage tabagique, tous modélisés dans ce modèle d'investissement. Le contexte du COVID-19 et les liens entre le tabagisme, les MNT et les pires conséquences du COVID-19 - sur les individus et les capacités globales du système de santé - offrent un point d'entrée pour redoubler les efforts de communication pour la lutte antitabac.

8. Annexe: Méthodologie

8.1 Vue d'ensemble

L'analyse économique comprend deux éléments: 1) évaluer le fardeau actuel du tabagisme et 2) examiner dans quelle mesure les dispositions de la CCLAT peuvent le réduire. Les deux premières étapes méthodologiques décrites dans la **figure A1** servent à évaluer le fardeau actuel du tabagisme, tandis que les étapes méthodologiques 3-6 évaluent l'impact, les coûts et les avantages de la mise en œuvre ou de l'intensification des dispositions de la CCLAT visant à réduire la demande de tabac. Les outils et méthodes utilisés pour effectuer ces étapes méthodologiques sont décrits en détail ci-dessous.

Fig. A1: Étapes du modèle d'investissement



8.2 PREMIÈRE COMPOSANTE: FARDEAU ACTUEL

La composante 'fardeau actuel' fournit un aperçu du fardeau actuel du tabagisme sur le plan sanitaire et économique en Tunisie.

ÉTAPE 1

Estimer la mortalité et la morbidité dues aux maladies liées au tabac.

Le modèle d'investissement est alimenté par des données spécifiques à chaque pays sur la mortalité et la morbidité attribuables au tabagisme, issues de l'Étude sur la charge mondiale de morbidité (GBD) de 2019 [2], [53]. L'étude estime dans quelle mesure le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac secondaire contribuent à l'incidence de 37 maladies, d'années de vie saine perdues et de décès, dans 195 pays.

ÉTAPE 2

Estimer le total des coûts économiques (coûts directs et indirects) associés aux maladies liées au tabac.[9]

Ensuite, le modèle estime le coût économique total des maladies et des décès dus au tabagisme, en tenant compte des coûts directs et indirects. Direct fait référence aux dépenses de santé attribuables au tabac. Par indirect, on entend la valeur des vies perdues à cause de la mortalité prématurée imputable au tabac et des pertes de productivité de la main-d'œuvre: absentéisme, présentéisme et pauses excessives dues au tabagisme.

Coûts directs — Les coûts directs comprennent les dépenses publiques attribuables au tabac (payées par le gouvernement), privées (assurances, dépenses personnelles) et autres dépenses de santé. La proportion des coûts de santé attribuables au tabagisme a été obtenue à partir de Goodchild et al. (2018), qui estiment la fraction attribuable au tabagisme (SAF) des dépenses de santé pour la plupart des pays, dont la Tunisie [3]. Le SAF pour la Tunisie fourni par Goodchild et al. (2018) est de 1,9 pour cent [3]. Pour calculer la part des dépenses de santé attribuables au tabagisme supportées par les entités publiques, à but non lucratif et privées, il a été supposé que chaque entité supporterait des coûts de soins de santé attribuables au tabagisme correspondant à sa contribution aux dépenses totales de santé. Les dépenses de santé ont été obtenues à partir de la base de données mondiale sur les dépenses de santé de l'OMS (GHED) [41].

9 Pour évaluer le fardeau actuel du tabagisme, les coûts économiques de la mortalité prématurée comprennent le coût des décès prématurés dus à toute forme d'exposition au tabac (y compris fumer, l'exposition à la fumée secondaire et l'utilisation d'autres types de produits du tabac). Seuls les coûts attribuables au fait de fumer (non attribuables au tabac en général) sont calculés pour les dépenses de santé, l'absentéisme, le présentéisme et les pauses-cigarette. Si d'autres formes de tabac peuvent également entraîner des pertes dans ces catégories, aucune donnée n'est disponible pour déterminer précisément ces pertes.

Coûts indirects — Les coûts indirects représentent la valeur monétaire du temps perdu, de la capacité de production ou de la qualité de vie résultant de maladies liées au tabac. Les coûts indirects augmentent lorsque le tabagisme entraîne un décès prématuré, éliminant ainsi les contributions économiques et sociales uniques qu'un individu aurait pu fournir au cours de ses années de vie restantes. De plus, l'usage du tabac entraîne des pertes de productivité. Comparés aux non-consommateurs de tabac, les personnes qui en utilisent sont plus susceptibles de chômer leurs journées de travail (absentéisme), d'être moins productives au travail en raison de maladies liées au tabac (présentéisme) et de prendre des pauses supplémentaires pendant les heures de travail pour fumer.

- *Le coût économique de la mortalité prématurée due au tabagisme* — La mortalité prématurée est évaluée selon l'approche du capital humain, qui attribue une valeur économique à chaque année de vie perdue. En utilisant les données de la GBD sur l'âge auquel les décès attribuables au tabac surviennent, le modèle calcule le nombre total d'années de vie perdues à cause du tabac, dans l'ensemble de la population. Chaque année de vie est évaluée à 1,4 fois le PIB par habitant, selon «l'approche du revenu intégral» employée par Jamison et al (2013) [54].

- *Coûts de productivité* — Les coûts de productivité comprennent les coûts liés à l'absentéisme, au présentéisme et aux pauses excessives dues au tabagisme. Le modèle intègre des estimations issues de la littérature académique sur le nombre de jours de travail supplémentaires manqués en raison du tabagisme actif (2,9 jours par an) [55]. Les pertes de présentéisme sont obtenues de la même façon, dans le cadre de recherches qui montrent que les fumeurs en Chine, aux États-Unis et dans cinq pays européens souffrent d'environ 22 pour cent de plus d'incapacité au travail en raison de problèmes de santé par rapport aux non-fumeurs [56]. La perte de productivité due aux pauses-cigarette est évaluée sous l'hypothèse conservatrice selon laquelle les fumeurs qui travaillent prennent dix minutes de pauses supplémentaires par jour [40].

8.3 DEUXIÈME COMPOSANTE: SCÉNARIOS DE POLITIQUE/ D'INTERVENTION

Cette composante estime les effets des mesures de lutte antitabac de la CCLAT sur la mortalité et la morbidité, ainsi que sur les coûts économiques totaux (directs et indirects) associés à la consommation de tabac.

Le modèle d'investissement utilise un modèle statique pour estimer l'impact total des mesures de lutte antitabac, ce qui signifie qu'en dehors de la prévalence du tabagisme, les variables ne changent pas tout au long de l'horizon temporel de l'analyse. Le modèle suit une population dont la taille ou la composition (âge/sexe) ne varie pas dans le temps dans deux scénarios: un scénario de statu quo dans lequel la prévalence du tabagisme est maintenue aux taux actuels, et un scénario d'intervention dans lequel la prévalence du tabagisme est réduite selon l'impact des mesures de lutte antitabac mises en œuvre ou intensifiées. Des études publiées ont utilisé des modèles statiques similaires pour estimer l'impact des mesures de lutte antitabac sur la mortalité et d'autres impacts [59], [60], et elles ont obtenu des résultats similaires à ceux obtenus en utilisant des modèles dynamiques qui intègrent

les changements démographiques futurs et des cycles plus détaillés d'initiation, d'arrêt et de rechute.. Dans le modèle d'investissement, la mortalité et la morbidité, ainsi que les coûts économiques calculés dans le scénario d'intervention, sont comparés au scénario du statu quo afin de déterminer dans quelle mesure les mesures de lutte antitabac peuvent réduire les coûts sanitaires et économiques.

ÉTAPE 3

Estimer l'impact des dispositions de lutte antitabac de la CCLAT sur la prévalence du tabagisme.

La sélection des mesures prioritaires de la CCLAT modélisées dans le modèle d'investissement est conforme à la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac élaborée à la suite d'une décision prise à la septième session de la Conférence des Parties (COP7) de la CCLAT. Au titre de l'objectif 1.1 de la stratégie, les Parties cherchent à accélérer la mise en œuvre de la CCLAT en fixant des priorités claires là où elles seront susceptibles d'avoir le plus grand impact sur la réduction du tabagisme. Cela inclut la mise en œuvre prioritaire de mesures tarifaires et fiscales *(article 6 de la CCLAT)* et de mesures à durée limitée de la Convention, y compris l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics *(article 8 de la CCLAT)*, les avertissements sanitaires graphiques et les emballages neutres du tabac *(directives de l'article 11 de la CCLAT et article 13)* et les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac *(article 13 de la CCLAT)*. En outre, étant donné l'importance de la sensibilisation au changement de comportement et à l'élaboration des normes culturelles, le modèle d'investissement inclut l'organisation de campagnes médiatiques contre le tabagisme *(article 12 de la CCLAT)*. Les impacts de la mise en œuvre des dispositions de la CCLAT sont tirés de la littérature. L'impact de l'application de la législation sur l'environnement sans fumée, la mise en place de l'emballage neutre, de l'intensification des interdictions de la publicité et la conduite de campagnes médiatiques sont tirées de Levy et al. (2018) [42] et Chipty (2016) [59], tels qu'adaptés dans le Résumé sur l'usage du tabac de l'Annexe 3 du Plan d'action mondial de lutte contre les MNT de l'OMS 2013-2020 [60], et ajustés en fonction des évaluations des taux de référence de mise en œuvre de la Tunisie . Il est supposé que des conseils pour arrêter de la part des professionnels des centres de soins primaires augmentent les taux de sevrage de 60 pour cent [61] par rapport aux taux de référence (hypothèse: 43 pour cent des adultes font au moins une tentative d'abandon par an [moyenne de la tranche inférieure et supérieure des pays à revenu intermédiaire [62]) pour les personnes qui reçoivent les conseils.

À l'exception des taxes – dont l'impact dépend du moment choisi pour augmenter les taux d'imposition (décrit ci-dessous) – l'impact total des mesures est échelonné sur une période de cinq ans. La période d'application progressive suit les hypothèses de l'OMS [63] selon lesquelles deux ans de planification et d'élaboration sont nécessaires pour que les politiques soient opérationnelles, suivis de trois ans de mise en œuvre partielle reflétant le temps nécessaire à la mise en œuvre des politiques, jusqu'à la mise en œuvre complète et à l'application.

Taxes sur le tabac - L'impact de l'augmentations des taxes sur la prévalence du tabagisme a été estimé à l'aide d'un outil Excel développé pour analyser l'impact des augmentations de taxes sur une cohorte de population fixe. L'outil contient des données, notamment sur la prévalence actuelle du tabagisme, la

structure fiscale et les taux d'imposition appliqués, les prix des cigarettes, les élasticités de la demande et les projections d'inflation et de revenu (voir le **tableau A1**).

Tableau A1. Paramètres clés utilisés dans l'analyse des recettes fiscales

Parameter name	Value	Source
Élasticité-prix de la demande	-0,5	[44]
Élasticité de prévalence de la demande	-0,25	Hypothèse - moitié de l'élasticité-prix [65]
Élasticité-prix-revenu de la demande	0,32	[66]
Élasticité de la demande de prévalence du revenu	0,16	Hypothèse - la moitié de l'élasticité-prix du revenu
Taux de croissance projeté du revenu réel *	3,2%	[67]

* La croissance projetée du revenu réel est utilisée comme indicateur de la croissance des salaires. Le Fonds monétaire international prévoit [67] une croissance du PIB réel de 3,2% par an en moyenne jusqu'en 2025

L'élasticité-prix de la demande - changement du montant de la demande totale résultant d'un changement de prix.
L'élasticité de prévalence de la demande par rapport à la prévalence - changement de la quantité de demande résultant d'un changement de prix attribué à l'arrêt du tabac ou des personnes ne commencent pas à fumer (les réductions de la demande dues à une consommation réduite ne sont pas comprises).
L'élasticité-prix-revenu de la demande - changement de la demande totale résultant d'un changement de revenu.
L'élasticité de la demande de prévalence du revenu - variation du montant de la demande résultant d'une variation du revenu attribué aux personnes qui commencent à fumer (les augmentations de la demande dues à une consommation accrue ne sont pas comprises).

Le modèle d'investissement examine un scénario d'augmentation des taxes dans lequel la Tunisie choisit de décréter de fortes augmentations. Dans le scénario hypothétique, les augmentations de taxe génèrent des augmentations réelles du prix des cigarettes d'environ 10 pour cent par an en moyenne de 2023 à 2035. L'impact de ces augmentations sur la prévalence du tabagisme est déterminé par des élasticités qui prévalent: dans quelle mesure les individus changent son utilisation d'un produit (par exemple, diminuent la consommation ou cessent de consommer) en raison des variations du prix d'un produit du tabac. Les changements sont calculés suivant Joosens et collègues (2009) [68], qui utilisent une fonction log-log pour garantir que de fortes augmentations de prix n'entraînent pas de réductions invraisemblables de la consommation ou de la prévalence. Ci-dessous, **l'équation A1** fournit un exemple de calculs pour déterminer l'impact d'un changement de prix sur la prévalence du tabagisme, compte tenu des changements de revenus.

Equation A1.

$$\Delta SP_i = SP_{i-1} * ((EXP\left(\varepsilon p * LN(op_{np})\right)) - 1 - \left[\frac{1+\epsilon_i\left(\frac{GDP_2-GDP_1}{GDP_2+GDP_1}\right)}{1-\epsilon_i\left(\frac{GDP_2-GDP_1}{GDP_2+GDP_1}\right)}\right]$$

Où:
SP = prévalence du tabagisme (nombre de fumeurs) au cours de l'année i
Ɛp = élasticité de la prévalence
Op_np = le rapport entre l'ancien prix d'un paquet de cigarettes et le nouveau prix après augmentation des taxes
Ɛi = élasticité du revenu
GDP = PIB annuel (utilisé comme indicateur de l'augmentation des salaires)

Il existe plusieurs limites à l'analyse fiscale. Premièrement, l'outil fiscal suppose que le prix et la structure fiscale de la marque de cigarettes la plus vendue sont représentatifs du marché et qu'il n'intègre pas d'autres segments de marché (cigarettes haut de gamme ou bas de gamme). Des modèles plus détaillés qui tiennent compte du passage d'un segment à l'autre ou d'un produit à l'autre (par exemple, le passage aux cigarettes roulées à la main) saisiraient des nuances utiles pour encadrer la politique fiscale sur le tabac et estimer l'impact. Deuxièmement, l'analyse suppose une répercussion complète des augmentations fiscales. Cette hypothèse reflète une approche «intermédiaire», mais, en réalité, l'industrie du tabac peut augmenter ou diminuer les prix en réaction à l'augmentation des prix. Troisièmement, nous n'avons pas obtenu d'estimations spécifiques à la Tunisie des élasticités des prix et des revenus.

Les ampleurs d'effet de toutes les mesures politiques examinées dans le modèle d'investissement sont présentées dans le **tableau A2**. Des informations supplémentaires sur leur dérivation peuvent être trouvées dans *l'Annexe technique*.[10]

Tableau A2. Ampleurs d'effet: réduction relative de la prévalence du tabagisme actuel grâce à une politique/ intervention antitabac, sur une période de 15 ans

Politique antitabac de la CCLAT/Intervention	Réduction relative de la prévalence du tabagisme actuel	
	5 premières années (2021–2025)	Plus de 15 ans (2021–2035)
Ensemble des mesures antitabac* *(toutes les politiques/interventions mises en œuvre simultanément)*	**28,8%**	**45,9%**
Augmenter les taxes sur les cigarettes *(CCLAT Art.6)*	13,9%	24,9%
Mettre en place et renforcer l'application et le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail *(CCLAT Art.8)*	5,5%	9,2%
Ordonner que les emballages de produits du tabac portent de grands avertissements sanitaires graphiques *(CCLAT Art. 11)*	4,2%	6,9%
Emballage neutre des produits du tabac *(Directives de l'art.11 de la CCLAT)*	1,4%	2,3%
Mener une campagne médiatique de sensibilisation à la lutte antitabac *(CCLAT Art.12)*	2,3%	3,9%
Promulguer des interdictions complètes de publicité, de promotion et de parrainage *(Art. 13 de la CCLAT)*	4,6%	7,7%
Sevrage: Conseils pour arrêter de fumer *(CCLAT Art. 14)*	0,3%	1,0%

* L'impact combiné de toutes les interventions n'est pas la somme des interventions individuelles. Selon Levy et ses collaborateurs (2018), «les ampleurs d'effet [sont appliquées] sous forme de réductions relatives constantes; c'est-à-dire que pour les politiques i et j à effet PRi et PRj, (1-PR ii) x (1-PR j) [est] appliqué à la prévalence actuelle du tabagisme »[42].

10 Disponible sur demande.

ÉTAPE 4

Évaluer l'impact des modifications de la prévalence du tabagisme sur les conséquences du tabac sur la santé et les coûts économiques attribuables au tabac.

Pour analyser l'impact des mesures politiques sur la réduction du fardeau sanitaire et économique du tabagisme, le modèle d'investissement calcule et compare deux scénarios. Dans le scénario du statu quo, les efforts actuels sont «gelés», ce qui signifie qu'en 2035 (fin de l'analyse), il n'y a pas de changement par rapport aux dispositions de lutte antitabac actuellement en vigueur. Dans le scénario « intervention », la Tunisie applique de nouvelles mesures antitabac ou intensifie les mesures existantes, pour réduire la prévalence du tabagisme. La différence de résultats sanitaires et économiques entre les scénarios statu quo et intervention représente les gains que la Tunisie peut réaliser en prenant des mesures ciblées pour réduire l'usage du tabac.

Les effets marginaux des politiques sont calculés en utilisant le scénario du statu quo comme groupe de comparaison. Pour calculer les effets marginaux, le modèle soustrait le résultat (décès imputables à un facteur de risque, dépenses de santé, etc.) dans le scénario d'intervention du même résultat dans le scénario du statu quo. La différence entre les deux résultats est la quantité de changement dans le résultat associé à la politique.

Effets marginaux = Résultat du scénario de base — Résultat du scénario intervention

Les effets marginaux sont calculés comme suit pour chaque résultat:

- **Impact sur la santé:** pour calculer les réductions de la mortalité et de la morbidité dues à la mise en œuvre des mesures politiques, les changements prévus dans la prévalence du tabagisme sont appliqués directement aux résultats attribuables au facteur de risque de GBD du scénario du statu quo. Cela signifie que le modèle ajuste les résultats attribuables aux facteurs de risque pour la mortalité et la morbidité tels que rapportés par GBD en fonction des changements relatifs d'une année à l'autre de la prévalence du tabagisme pour chaque résultat.

- **Pour les dépenses de santé,** le modèle applique aux SAF les changements relatifs annuels prévus de la prévalence du tabagisme pour chaque scénario d'intervention. Les SAF sont ajustés dans des proportions égales au changement relatif de la prévalence du tabagisme pour chaque scénario d'intervention

- **Les impacts du tabagisme en milieu de travail** sont recalculés en substituant la prévalence réelle (statu quo) du tabagisme par la prévalence annuelle du tabagisme estimée pour chacun des scénarios d'intervention modélisés.

ÉTAPE 5

Estimer les coûts financiers de la mise en œuvre des politiques et des interventions de lutte antitabac modélisées, à la fois individuellement et collectivement.

Les coûts financiers de la mise en œuvre de nouvelles mesures pour le gouvernement – ou de l'intensification ou de l'application des mesures existantes – sont estimés à l'aide de l'outil de calcul des coûts de l'OMS pour les MNT. Des explications complètes sur les coûts et les hypothèses intégrées dans l'outil de calcul des coûts des MNT de l'OMS sont disponibles [63].

L'outil utilise une approche «ascendante» ou «basée sur les ingrédients». Dans cette méthode, chaque ressource requise pour mettre en œuvre la mesure de lutte antitabac est identifiée, quantifiée et valorisée. L'outil estime le coût de la surveillance, des ressources humaines – pour la gestion du programme, du transport, des activités de plaidoyer, de la promulgation et de l'application de la législation – des formations et des réunions, des médias, des fournitures et du matériel, et d'autres composantes. Dans l'outil, les coûts augmentent différemment au cours des quatre phases distinctes de mise en œuvre: planification (année 1), développement (année 2), mise en œuvre partielle (années 3 à 5) et mise en œuvre complète (années 6 et suivantes).

Parmi ces catégories, l'outil contient les coûts par défaut de 2011, qui proviennent de l'étude de coûts WHO CHOICE. Selon Shang et de ses collègues, l'outil est mis à jour pour refléter les coûts de 2019 en mettant à jour plusieurs paramètres: le taux de change du dollar américain à la monnaie locale (2019), le taux de change de la parité de pouvoir d'achat (PPA) (2019), le PIB par habitant (USD, 2019), le PIB par habitant (PPA, 2019), population (total et part de la population âgée de 15 ans et plus, 2019), taux d'activité de la population active (2019), essence par litre et dépenses publiques de santé exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé (2018) [69]. Sauf indication contraire du Gouvernement ou d'autres paramètres nationaux dans le pays, les données proviennent de la base de données de la Banque mondiale, à l'exception des données sur la part des dépenses de santé du Gouvernement et les chiffres sur la population. La part des dépenses publiques consacrées à la santé exprimée en pourcentage des dépenses totales de santé provient de la base de données de l'OMS sur les dépenses de santé, et les chiffres relatifs à la population proviennent des Perspectives de la Population des Nations Unies.

ÉTAPE 6

Quantifier le retour sur investissement (ROI) des différentes politiques et interventions de lutte antitabac modélisées, à la fois individuellement et collectivement.

L'analyse du retour sur investissement (ROI) mesure l'efficacité des investissements dans la lutte antitabac en divisant la valeur monétaire actualisée des gains de santé générés par les investissements par leurs coûts respectifs actualisés.

Les ROI ont été calculés pour chacune des sept politiques de lutte antitabac modélisées et pour les sept interventions ensemble. Les estimations des étapes 3 et 4 ont été utilisées pour calculer le retour sur investissement à des intervalles de 5 et 15 ans.

$$\textbf{Retour sur Investissement (ROI)} = \frac{\text{Avantages de l'intervention/Politique}}{\text{Coûts de la mise en place de l'intervention/Politique}}$$

8.4 Analyse d'équité

Pour évaluer l'impact de l'augmentation de la taxation des cigarettes sur différents groupes de revenus, le modèle a estimé les réactions de différents groupes de revenus aux variations de prix, c'est-à-dire leur élasticité par rapport à la consommation du tabac. Aucune étude examinant l'élasticité de la participation au tabagisme en Tunisie n'a été recensée. Au lieu de cela, une moyenne des pays à revenu faible et intermédiaire identifiée par le Manuel de prévention du cancer du Centre International de Recherche sur le Cancer Volume 14: Efficacité des politiques de lutte contre le tabac en matière de fiscales et de prix a été utilisée [44]. La plupart des études sur l'effet des augmentations de prix sur la prévalence du tabagisme divisent la population en quintiles de revenu, c'est-à-dire en cinq groupes égaux contenant chacun 20 pour cent de la population, par niveau de revenu. Dans le cas de certaines études utilisant des tertiles de revenu (trois groupes), le tertile 1 a été attribué au quintile 1, le tertile 2 au quintile 3 et le tertile 3 au quintile 5. Ensuite, le quintile 2 a été donné comme la moyenne des tertiles 1 et 2, et le quintile 4 a été donné comme la moyenne des tertiles 2 et 3. L'élasticité moyenne globale est de -0,27, ce qui signifie que si les prix augmentent de 100 pour cent, la prévalence du tabagisme devrait diminuer de 27 pour cent. L'élasticité moyenne pour chaque quintile du Manuel du CIRC et les élasticités ajustées sont présentées dans le **tableau A3** ci-dessous.

Tableau A3: Élasticités moyennes utilisées dans l'analyse d'équité du modèle d'investissement

	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5
Élasticité Moyenne des études identifiées dans le Manuel du CIRC	-0,38	-0,33	-0,28	-0,22	-0,12

9. Références

[1] "Tunisian Health Examination Survey, 2016." Government of Tunisia, 2019, Accessed: Feb. 10, 2021. [Online]. Available: http://www.santetunisie.rns.tn/images/rapport-final-enquete2020.pdf.

[2] C. J. L. Murray et al., "Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," The Lancet, vol. 396, no. 10258, pp. 1223–1249, Oct. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.

[3] M. Goodchild, N. Nargis, and E. Tursan d'Espaignet, "Global economic cost of smoking-attributable diseases," Tob Control, vol. 27, no. 1, pp. 58–64, Jan. 2017, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305.

[4] L. Chaker et al., "The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review," Eur J Epidemiol, vol. 30, no. 5, pp. 357–95, May 2015, doi: 10.1007/s10654-015-0026-5.

[5] A. Anesetti-Rothermel and U. Sambamoorthi, "Physical and Mental Illness Burden: Disability Days among Working Adults," Population Health Management, vol. 14, no. 5, pp. 223–230, Apr. 2011, doi: 10.1089/pop.2010.0049.

[6] P. S. Wang et al., "Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys," J. Occup. Environ. Med., vol. 45, no. 12, pp. 1303–1311, Dec. 2003, doi: 10.1097/01.jom.0000100200.90573.df.

[7] M. J. Husain, B. K. Datta, M. K. Virk-Baker, M. Parascandola, and B. H. Khondker, "The crowding-out effect of tobacco expenditure on household spending patterns in Bangladesh," PLoS ONE, vol. 13, no. 10, p. e0205120, Oct. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0205120.

[8] R. M. John, "Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India," Soc Sci Med, vol. 66, no. 6, pp. 1356–1367, Mar. 2008, doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.020.

[9] G. Paraje and D. Araya, "Relationship between smoking and health and education spending in Chile," Tob Control, vol. 27, no. 5, pp. 560–567, Sep. 2018, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-053857.

[10] J. de Beyer, C. Lovelace, and A. Yürekli, "Poverty and tobacco," Tob Control, vol. 10, no. 3, pp. 210–211, Sep. 2001, doi: 10.1136/tc.10.3.210.

[11] D. Efroymson et al., "Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh," Tob Control, vol. 10, no. 3, pp. 212–217, Sep. 2001, doi: 10.1136/tc.10.3.212.

[12] L. Greaves et al., "What Are the Effects of Tobacco Policies on Vulnerable Populations?," Can J Public Health, vol. 97, no. 4, pp. 310–315, Jul. 2006, doi: 10.1007/BF03405610.

[13] World Health Organization, Tobacco and its environmental impact: an overview. 2017.

[14] M. Zafeiridou, N. S. Hopkinson, and N. Voulvoulis, "Cigarette Smoking: An Assessment of Tobacco's Global Environmental Footprint Across Its Entire Supply Chain," Environ Sci Technol, vol. 52, no. 15, pp. 8087–8094, 07 2018, doi: 10.1021/acs.est.8b01533.

[15] "The Environmental Burden of Cigarette Butts," Tobacco Control, vol. 20, no. Suppl 1, May 2011, Accessed: Oct. 22, 2020. [Online]. Available: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/Suppl_1.

[16] "WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: Tunisia." World Health Organization, Accessed: Feb. 11, 2021. [Online]. Available: https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tun.pdf.

[17] C. Harizi, F. El-Awa, H. Ghedira, C. Audera-Lopez, and R. Fakhfakh, "Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Tunisia: Progress and challenges," Tob. Prev. Cessation, vol. 6, no. December, pp. 1–8, Dec. 2020, doi: 10.18332/tpc/130476.

[18] World Health Organization, "WHO report on the global tobacco epidemic, 2019," Geneva, Switzerland, 2019. [Online]. Available: http://www.who.int/tobacco/.

[19] Global Burden of Disease Collaborative Network, "Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results," Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, United States, 2021. Accessed: Apr. 17, 2020. [Online]. Available: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

[20] "Tunisia Factsheet - Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 2017." Tunisia Ministry of Public Health, WHO, CDC, 2017, Accessed: Feb. 10, 2021. [Online]. Available: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/355.

[21] J. Maatoug, "Clustering of Risk Factors With Smoking Habits Among Adults, Sousse, Tunisia," Prev Chronic Dis, vol. 10, 2013, doi: 10.5888/pcd10.130075.

[22] "Law No. 98-17 on Prevention of Harmful Effects of Smoking." Government of Tunisia, Accessed: Feb. 14, 2021. [Online]. Available: https://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Tunisia/Tunisia%20-%20Smoke-Free%20Public%20Transportation.pdf.

[23] "Decree No. 98-2248: Identifying Smoke-Free Public Places." Government of Tunisia, Nov. 16, 1998, [Online]. Available: https://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Tunisia/Tunisia%20-%20Identifying%20Smoke-Free%20Public%20Places.pdf.

[24] "Decree No. 2009-2611: Fixing the Places Assigned to Collective Use in which Smoking is Prohibited." Tunisia Ministry of Public Health, Sep. 14, 2009, Accessed: Feb. 14, 2021. [Online]. Available: https://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Tunisia/Tunisia%20-%20Decree%20No.%202009-2611%20%20-%20national.pdf.

[25] "Cigarettes : Augmentation des prix de vente au public," La Presse de Tunisie, Mar. 16, 2020. https://lapresse.tn/53172/cigarettes-augmentation-des-prix-de-vente-au-public/ (accessed Apr. 13, 2021).

[26] "Tunisia Country Profile | The Tobacco Atlas," Tobacco Atlas. https://tobaccoatlas.org/country/tunisia/ (accessed Feb. 10, 2021).

[27] World Health Organization, "Information note on COVID-19 and NCDs." World Health Organization, Mar. 23, 2020, Accessed: Mar. 14, 2021. [Online]. Available: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds.

[28] World Health Organization, "Smoking and COVID-19: scientific brief, 30 June 2020." World Health Organization, Jun. 30, 2020, Accessed: Mar. 14, 2021. [Online]. Available: https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895.

[29] "La régie Nationale des Tabac et des Allumettes - RNTA." http://www.rnta.tn/ (accessed Apr. 19, 2021).

[30] "TUNISIE : Le monopole de la RNTA sur l'e-cigarette est une catastrophe.," Vapoteurs.net, Oct. 16, 2018. http://www.vapoteurs.net/tunisie-le-monopole-de-la-rnta-sur-le-cigarette-est-une-catastrophe/ (accessed Apr. 19, 2021).

[31] "Tunisie : les employés de la Régie nationale des tabacs et des allumettes dans la rue – Jeune Afrique," JeuneAfrique.com, Aug. 03, 2017. https://www.jeuneafrique.com/463398/economie/tunisie-les-employes-de-la-regie-nationale-des-tabacs-et-des-allumettes-dans-la-rue/ (accessed Apr. 19, 2021).

[32] "Tunisia - EN." https://www.pmi.com/markets/tunisia/en (accessed Apr. 19, 2021).

[33] "British American Tobacco - Tunisia." https://www.bat.com/group/sites/UK__9D9KCY.nsf/vwPagesWebLive/DO9FCMUP (accessed Apr. 19, 2021).

[34] UN Tobacco Control, "Ethiopia: parliament passing one of the strongest tobacco control legislations in Africa." https://untobaccocontrol.org/impldb/ethiopia-parliament-passing-one-of-the-strongest-tobacco-control-legislations-in-africa/ (accessed Apr. 19, 2021).

[35] "WHO | New joint report about Tobacco Control Governance in sub-Saharan Africa," WHO. http://www.who.int/fctc/mediacentre/news/2016/Tobacco-Control-Governance-in-sub-Saharan-Africa/en/ (accessed Apr. 19, 2021).

[36] L. Ayadi, N. Benjamin, S. Bensassi, and G. Raballand, Estimating Informal Trade across Tunisia's Land Borders. The World Bank, 2013.

[37] "United Nations Treaty Collection." https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en (accessed Apr. 19, 2021).

[38] "Ministère de la santé publique - Ministère de la santé publique." http://www.santetunisie.rns.tn/fr/?option=com_content&view=article&id=28 (accessed Apr. 19, 2021).

[39] R. Fakhfakh, M. Hsairi, and N. Achour, "Epidemiology and prevention of tobacco use in Tunisia: a review," Preventive Medicine, vol. 40, no. 6, pp. 652–657, Jun. 2005, doi: 10.1016/j.ypmed.2004.09.002.

[40] M. Berman, R. Crane, E. Seiber, and M. Munur, "Estimating the cost of a smoking employee," Tob Control, vol. 23, no. 5, pp. 428–433, Sep. 2014, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050888.

[41] World Health Organization, "Global Health Expenditures Database." online, 2020, [Online]. Available: http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/.

[42] D. T. Levy, J. Tam, C. Kuo, G. T. Fong, and F. Chaloupka, "The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard," J Public Health Manag Pract, vol. 24, no. 5, pp. 448–457, Oct. 2018, doi: 10.1097/PHH.0000000000000780.

[43] A. Fuchs, P. Marquez, S. Dutta, and F. Gonzalez Icaza, "Is Tobacco Taxation Regressive? Evidence on Public Health, Domestic Resource Mobilization, and Equity Improvements," The World Bank Group, Washington, DC, 2019. [Online]. Available: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31575.

[44] International Agency for Research on Cancer, Ed., IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control, volume 14, Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control. Lyon: IARC, 2011.

[45] N. Salti, E. Brouwer, and S. Verguet, "The health, financial and distributional consequences of increases in the tobacco excise tax among smokers in Lebanon," Soc Sci Med, vol. 170, pp. 161–169, 12, doi: 10.1016/j.socscimed.2016.10.020.

[46] Global Tobacco Economics Consortium, "The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: compartmental model study," BMJ, vol. 361, p. k1162, Apr. 2018.

[47] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "The Global Burden of Disease Results Tool." University of Washington, Seattle, WA, 2019, [Online]. Available: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

[48] "WHO | Toolkit for Parties to implement Article 5.2 (a) of the WHO FCTC," WHO. http://www.who.int/fctc/implementation/cooperation/5-2-toolkit/en/ (accessed Mar. 30, 2021).

[49] "WHO | WHO technical manual on tobacco tax administration," WHO. https://www.who.int/tobacco/publications/tax_administration/en/ (accessed Apr. 19, 2021).

[50] "Taxes on tobacco." https://www.sdfinance.undp.org/content/sdfinance/en/home/solutions/taxes-on-tobacco.html (accessed Apr. 19, 2021).

[51] "Guidelines for Implementation of Article 6 of the WHO FCTC."

[52] World Health Organization, "Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control." [Online]. Available: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3.pdf.

[53] T. Vos et al., "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," The Lancet, vol. 396, no. 10258, pp. 1204–1222, Oct. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

[54] D. T. Jamison et al., "Global health 2035: a world converging within a generation," The Lancet, vol. 382, no. 9908, pp. 1898–1955, Dec. 2013, doi: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4.

[55] S. A. Troelstra, P. Coenen, C. R. Boot, J. Harting, A. E. Kunst, and A. J. van der Beek, "Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis," Scand J Work Environ Health, vol. 46, no. 1, pp. 5–18, 1, doi: 10.5271/sjweh.3848.

[56] C. L. Baker, N. M. Flores, K. H. Zou, M. Bruno, and V. J. Harrison, "Benefits of quitting smoking on work productivity and activity impairment in the United States, the European Union and China," Int J Clin Pract, vol. 71, no. 1, Jan. 2017, doi: 10.1111/ijcp.12900.

[57] D. Levy, D. B. Abrams, J. Levy, and L. Rosen, "Complying with the framework convention for tobacco control: an application of the Abridged SimSmoke model to Israel," Isr J Health Policy Res, vol. 5, Sep. 2016, doi: 10.1186/s13584-016-0101-8.

[58] D. T. Levy, H. Fouad, J. Levy, A. D. Dragomir, and F. El Awa, "Application of the Abridged SimSmoke model to four Eastern Mediterranean countries," Tob Control, vol. 25, no. 4, pp. 413–421, 2016, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052334.

[59] T. Chipty, "Study of the Impact of the Tobacco Plain Packaging Measure on Smoking Prevalence in Australia," Analysis Group, Inc., 2016. [Online]. Available: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx.

[60] "Tobacco Interventions for the Appendix 3 of the Global Action Plan for Non Communicable Disease." World Health Organization, 2017, [Online]. Available: https://www.who.int/ncds/governance/tobacco_use.pdf?ua=1.

[61] D. T. Levy, A. L. Graham, P. L. Mabry, D. B. Abrams, and C. T. Orleans, "Modeling the impact of smoking-cessation treatment policies on quit rates," Am J Prev Med, vol. 38, no. 3 Suppl, pp. S364-372, Mar. 2010, doi: 10.1016/j.amepre.2009.11.016.

[62] American Cancer Society Inc and Vital Strategies, "Solution: Quitting," 2020. https://tobaccoatlas.org/topic/quitting/#.

[63] D. Chisholm, D. Abegunde, S. Mendis, and World Health Organization, Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.

[64] U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, "The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21.," U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, and World Health Organization, Bethesda, MD and Geneva, NIH Publication No. 16-CA-8029A, 2016. Accessed: Oct. 22, 2020. [Online]. Available: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21.

[65] M. Goodchild, A. M. Perucic, and N. Nargis, "Modelling the impact of raising tobacco taxes on public health and finance," in Bull World Health Organ, vol. 94, 2016, pp. 250–7.

[66] N. Nargis, M. Stoklosa, C. Shang, and J. Drope, "Price, Income, and Affordability as the Determinants of Tobacco Consumption: A Practitioner's Guide to Tobacco Taxation," Nicotine Tob Res, vol. 23, no. 1, pp. 40–47, Jan. 2021, doi: 10.1093/ntr/ntaa134.

[67] International Monetary Fund, "Real GDP Growth - Annual percent change," World Economic Outlook Dataset. https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD (accessed Dec. 17, 2020).

[68] L. Joossens and International Union against Tuberculosis and Lung Disease, How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenue and save lives. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2009.

[69] C. Shang et al., "Country-specific costs of implementing the WHO FCTC tobacco control policies and potential financing sources," PLoS One, vol. 13, no. 10, Oct. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0204903.

Argumentation en faveur de l'investissement dans la mise en œuvre de la CCLAT en Tunisie

Préparé par
Ministère de la Santé de la Tunisie
RTI International
Programme des Nations Unies pour le Développement
Secrétariat de la CCLAT de l'OMS
Organisation Mondiale de la Santé

Décembre 2021

Funded by UK Government