

Pleins feux sur la CCLAT: Les Politiques de Développement et le Tabac

Articles 22 et 26 de la CCLAT

NUMÉRO CINQ/JANVIER 2010



La Convention-Cadre pour la Lutte AntiTabac (CCLAT) de l'Organisation Mondiale de la Santé est le premier traité mondial international de santé publique. Elle définit des objectifs juridiquement contraignants et des principes, qui ont été ratifiés par des pays ou des entités telles que la Communauté européenne (connues en tant que Parties), et qui ont, par conséquent, accepté de les mettre en œuvre. Ce traité protège les générations d'aujourd'hui et de demain contre les risques de dégradation de la santé et contre les conséquences socio-économiques et environnementales de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, en promouvant des politiques fondées sur des preuves.

A quelle vitesse la consommation de tabac en Afrique, en Asie et en Amérique latine augmente-t-elle?

L'Inde, la Chine, l'Indonésie, le Brésil et le Bangladesh sont parmi les pays où le nombre de consommateurs de tabac est le plus élevé au monde. Des rapports montrent que la consommation de tabac augmente également rapidement en Afrique. Selon l'OMS, la consommation de tabac en Afrique croît de 4,3 % par an¹.

FAITS ET CHIFFRES CLÉS DES MÉFAITS DU TABAC DANS LES PAYS LES MOINS AVANCÉS ET EN DÉVELOPPEMENT

- Aux Philippines, en 2003, les ménages les plus pauvres dépensaient plus en tabac que pour l'éducation, la santé et l'habillement cumulés².
- Au Népal, en 2000, les ménages les plus pauvres dépensaient près de 10 % de leurs revenus en produits du tabac³.
- En Égypte, plus de 10 % des dépenses des ménages à faibles revenus sont consacrés au tabac⁴.
- Les ménages les plus pauvres au Mexique, qui représentent 20 % de la population, dépensent environ 11 % des revenus du ménage en tabac⁵.
- En Ouganda, 50 % des hommes fument alors que 80 % de la population vit avec moins de \$1 par jour⁶.
- En mars 2007, le journal britannique *The Guardian* indiquait que les pays en développement avaient permis l'augmentation de la valeur des actions de British American Tobacco et donc de ses dividendes⁷. En février, le *Financial Times* rapportait les propos de M. Camilleri, Directeur général d'Altria, qui indiquait que « les meilleures opportunités pour son entreprise résidaient dans les pays en développement comme la Chine ou l'Inde »⁸.
- Un jeune Nigérien sur cinq fume des cigarettes tandis que le nombre de jeunes femmes fumeuses a été multiplié par dix dans les années 1990⁹.

Quel sera l'impact de la consommation croissante du tabac?

Les maladies liées au tabac tuent déjà 5,4 millions de personnes par an dans le monde. Si les modèles actuels de consommation de tabac perdurent, ce dernier sera la cause de 8 millions de décès d'ici 2030, dont 80 % surviendront dans les pays en développement. Un fumeur régulier sur 2 meurt prématurément des suites de son tabagisme, dont la moitié avant l'âge de 65 ans. Une étude menée en Inde a révélé que la consommation de tabac était à l'origine d'un taux important de décès chez les hommes âgés de 30 à 69 ans, ayant participé à cette étude. Plus précisément, le tabac est responsable de 38 % des décès de tuberculose (TB), 31 % des décès par maladies respiratoires, 20 % des décès par accident vasculaire et 32 % des décès par cancer¹⁰.

GLOSSAIRE

Maladies non-transmissibles : il existe différents types de maladies non-transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, les problèmes de santé mentale, le diabète mellitus, les maladies respiratoires chroniques et les troubles musculo-squelettiques. Ces cas ne résultent pas d'une infection précise. Cet ensemble important de maladies renvoie à des facteurs de risque bien connus comme par exemple : le tabac, un régime alimentaire déséquilibré ou la qualité de l'air, etc., définissant par là même les caractéristiques et possibilités d'action. Au niveau international, le terme est utilisé par l'OMS et par la Commission européenne au niveau international. Au niveau international, le terme « maladies chroniques » est également utilisé pour décrire ce groupe de maladies.

Facteur de risque : fait référence à un attribut, à un comportement ou à l'exposition d'une personne et à l'augmentation de la probabilité de développer une maladie non-transmissible.

Les articles 22 et 26 de la CCLAT : La CCLAT reconnaît que la coopération technique et les ressources financières constituent des éléments déterminants dans l'application du Traité. De plus, les Parties doivent promouvoir la coopération dans les domaines scientifiques, techniques et juridiques en tenant compte des besoins des pays en développement pour établir et renforcer les stratégies nationales de contrôle du tabac. De plus, les parties doivent promouvoir le recours à tous les mécanismes et programmes de financement disponibles (les canaux multilatéraux, bilatéraux, régionaux et sous-régionaux) pour promouvoir le développement et le renforcement de ces stratégies.

Qui sont les plus gros fumeurs?

Les plus pauvres. Des études montrent que les populations pauvres sont les plus susceptibles de fumer¹¹. Fumer exacerbe la pauvreté car l'argent dépensé dans le tabac n'est pas utilisé pour les besoins fondamentaux tels que la nourriture, un logement, l'éducation et les soins de santé¹². Une étude réalisée en Chine rurale a révélé que pour 100 yuans dépensés en tabac les dépenses en éducation baissaient de 30 yuans, les dépenses de santé de 15 yuans, les dépenses en agriculture de 14 yuans, et les dépenses en nourriture de 10 yuans¹³. De plus, au travers de stratégies agressives et en raison de réglementations laxistes, l'industrie du tabac explore de nouveaux marchés et cible de plus en plus par ses méthodes marketing et de promotion de ses produits les groupes les plus vulnérables, notamment les femmes et les jeunes¹⁴.

Quel est le lien entre la consommation de tabac et les maladies non-transmissibles?

Fumer est un facteur aggravant de risques pour les maladies non-transmissibles. La consommation de tabac est à l'origine des maladies des poumons, de plusieurs types de cancers, de maladies du cœur, et des accidents vasculaires cérébraux. La plupart des facteurs de risque des maladies non-transmissibles peuvent être évités par des politiques de prévention. Il a été estimé que leur élimination réduirait de 80 % les maladies du cœur, de 80 % les accidents vasculaires cérébraux, de 80 % les diabètes de type 2 et de 40 % les cancers, dans la région Afrique définie par l'OMS. Selon la Banque mondiale, les maladies non-transmissibles comptent déjà parmi les causes principales de mortalité, à l'exception de l'Afrique sub-saharienne¹⁵.

Quel sera le poids des maladies non-transmissibles?

Des études montrent que le vieillissement de la population, la croissance économique et les changements dans les modes de vie des pays en développement entraîneront un déplacement dans la répartition des causes de décès. Ces dernières évolueront des maladies transmissibles, maladies périnatales et infantiles vers les maladies non-transmissibles, et elles passeront de sujets d'âge jeune vers des personnes d'âge plus avancé¹⁶. Si l'augmentation de l'espérance moyenne de vie est positive, les services de santé devront faire face à de nouveaux défis étant donné que les maladies non-transmissibles exigent un traitement à long terme et régulier tout au long de la vie. Les services de santé déjà surchargés seront confrontés à un double fardeau, à savoir : les maladies non-transmissibles qui augmentent tandis que les besoins imposés par les maladies transmissibles demeurent.

Quel est le prix de l'inaction?

Sauf si une action urgente est prise, plus d'un milliard de personnes seront tuées par la consommation de tabac au cours de ce siècle¹⁷. Les effets du tabac peuvent mettre des années, voire des décennies, à se développer. Par conséquent, les répercussions globales de la consommation de tabac ne seront perçues que lorsque l'épidémie due au tabac aura atteint son pic. Les conséquences sont cependant déjà tout-à-fait visibles. En 2000, trois maladies liées au tabac (les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers) ont coûté au gouvernement indien quelques 5,8 milliards \$. La perte de productivité due aux décès précoces liés au tabac atteint déjà 2,4 milliards \$ en Chine¹⁸. Les coûts médicaux dus aux maladies liées au tabac ont plongé dans la pauvreté plus de 50 millions de personnes en Chine. La consommation de tabac coûte déjà 590 millions \$ (en coûts directs) au Nigeria¹⁹.

LA PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE (TB) ET LE CONTRÔLE DU TABAC EN ASIE DU SUD-EST (BUREAU OMS SEARO)

La relation entre consommation de tabac et un ensemble de conséquences relatives à la TB incluant des infections, le développement de maladies, les résultats du traitement, les rechutes ainsi que la mortalité a souvent été négligé. Cependant, des études récentes montrent que celles-ci sont clairement liées. La nouvelle stratégie STOP TB reconnaît que la prévention des facteurs de risque les plus fréquents telles la lutte contre le tabac et la pauvreté, permet de contribuer de manière significative au contrôle de la TB, dont l'un des composants est l'Approche Pratique de la Santé Pulmonaire (PAL). Pal est une approche globale utilisée pour prendre en charge des patients présentant des symptômes respiratoires dans les services de santé en soins primaires. Les patients ayant accès à des soins sont plus susceptibles de changer de comportement. C'est pourquoi conseiller d'arrêter de fumer peut être très efficace et avoir un impact à long terme, à la fois sur la TB, et sur le contrôle du tabac.

Deux projets pilotes sont actuellement en cours de réalisation au Népal et en Indonésie.

Source: OMS, SEARO, <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section2469/Section2475.htm> 12 juillet 2009

Quelle est la solution?

L'épidémie du tabagisme est provoquée par l'homme et elle est totalement évitable. Néanmoins, seulement 5 % de la population mondiale sont complètement protégés par des politiques qui ont montré leur efficacité, dans les pays qui les ont mis en œuvre, pour réduire de manière significative la consommation de tabac. Il a été prouvé que des interventions efficaces peu coûteuses, ne nécessitant pas des investissements élevés en capital et pouvant être intégrées dans les structures existantes, seraient susceptibles de lutter contre les maladies non-transmissibles dans les pays en développement. La CCLAT recommande la mise en place de mesures sociales, économiques et juridiques fondées sur des preuves et qui sont des éléments essentiels pour prévenir et diminuer la consommation de tabac avec dans son sillage une réduction de la morbidité et de la mortalité qui lui sont liées. Ces mesures sont mises en avant dans la CCLAT et la stratégie MPOWER²⁰ de l'OMS.

Qui a ratifié le Traité?

A ce jour, 168 pays ont ratifié le traité, la grande majorité étant des pays en développement. Les pays qui ont ratifié le traité sont juridiquement liés par ses dispositions. La ratification rapide de la CCLAT montre la prise de conscience et la volonté des gouvernements de lutter contre les problèmes liés au tabagisme.

Comment l'application du traité sera-t-elle financée?

Les ressources financières jouent un rôle important dans la réalisation des objectifs de la CCLAT, même si des investissements élevés ne sont pas forcément requis. Des dispositions ont ainsi été intégrées afin de garantir au traité les financements nécessaires pour pouvoir être mis en œuvre concrètement. D'après l'article 26 « *Chaque Partie fournit un appui financier en faveur des activités nationales* ». Aux termes de cet article, les Parties s'engagent également à promouvoir, le cas échéant, le recours aux canaux multilatéraux et bilatéraux pour promouvoir l'application de la CCLAT dans les pays en développement.

LE FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

La Roumanie a introduit en 2007 une « taxe pour la santé » visant à l'augmentation de son budget en matière de santé. La « taxe pour la santé » aussi connue sous l'expression « la taxe du péché » ajoute 0,2 € au prix total d'un paquet de cigarettes qui sont inclus dans les droits de consommation. Le recours à un montant fixé sur le prix du paquet permet de maintenir les revenus provenant des taxes sur le tabac qui sont reversées au ministère des Finances tout en créant une nouvelle source de revenus pour la santé. En termes administratifs, l'aspect le plus important est que cette « taxe pour la santé » est collectée directement par le ministère de la Santé. La Roumanie compte 20 millions d'habitants dont au moins cinq millions sont des fumeurs. En 2007 et en 2008, la « taxe pour la santé » a recueilli environ 300 millions € par an. Ce montant était destiné à financer plusieurs mesures, comme le renforcement du système de santé et les programmes nationaux de santé, y compris le nouvel équipement de haute performance pour les hôpitaux et les ambulances, ainsi qu'un programme national contre la TB. Le contrôle du tabac a également profité de la mise en place de la taxe pour la santé, des programmes de prise en charge totale pour arrêter de fumer et pour la prévention contre le tabac ont été financés. Il est clair que la création de la « taxe pour la santé » n'a pas entraîné de réduction des recettes fiscales des produits du tabac. Au contraire, celles-ci ont augmenté en 2007 et en 2008.

Source: Ministry of Health, Romania

L'aide officielle au développement peut-elle appuyer la mise en œuvre de la CCLAT?

Oui. Dès lors que les pays récipiendaires ont inscrit la consommation de tabac comme une priorité essentielle de leur stratégie de développement, l'Union européenne et les États membres peuvent organiser un soutien visant à fournir une aide technique et financière aux pays pauvres et en voie de développement grâce à divers programmes multilatéraux et bilatéraux.

De quel type d'assistance ces pays ont-ils besoin?

La CCLAT prévoit un cadre général d'actions contre le tabagisme mais les gouvernements nationaux et les organisations de la société civile doivent, de leur côté, garantir que les dispositions du traité sont effectivement mises en œuvre et appliquées. Des programmes techniques devront être mis en place pour transposer le traité dans les législations nationales et pour construire et renforcer les capacités au niveau national. Ainsi, l'assistance technique et tout soutien seront nécessaires tant au niveau gouvernemental qu'au niveau de la société civile, pour la formation et la coopération dans les domaines scientifiques, techniques et juridiques.

Le contrôle du tabac peut-il contribuer à réduire la pauvreté et à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)?

Oui. La consommation de tabac empêche les familles de subvenir à leurs besoins fondamentaux et le tabac entraîne des maladies. Dans la plupart des pays africains où les données sont disponibles, le coût de 20 cigarettes Marlboro, ou d'une marque équivalente, représente plus de la moitié d'une journée de salaire. En Inde, au Vietnam et en Indonésie, un paquet de 20 cigarettes Marlboro, ou de marque équivalente, coûte le prix de plus d'1 kg de riz²². Au Bangladesh, il coûte plus du double. De plus, la culture du tabac est nuisible pour l'environnement et les agriculteurs se retrouvent souvent endettés²³. Une recherche récente, publiée par « Plan International », réalisée auprès d'enfants travaillant dans des exploitations agricoles de tabac au Malawi, montre les conséquences sur le plan physique et psychologique de ce travail chez des enfants, dont certains sont à peine âgés de cinq ans ainsi que les conséquences pour les familles²⁴. Le tabagisme prive les familles d'une part importante de leurs revenus qui pourrait être utilisée pour acheter de la nourriture, payer les frais d'éducation et les soins de santé.

Le contrôle du tabac peut-il contribuer au financement des systèmes de santé?

Oui. Les taxes sur les produits du tabac se sont révélées être l'intervention la plus efficace pour prévenir le tabagisme. Historiquement, les taxes sur les produits du tabac ont été une source stable de revenus pour les gouvernements. Une augmentation de 10 % des impôts sur le tabac permet de réduire la consommation de tabac en général de 4 % dans les

ÉTUDE DE CAS: PROMOUVOIR LES ALTERNATIVES À LA CULTURE DU TABAC AU KENYA

La culture du tabac nécessite des techniques d'exploitation intensives et l'utilisation massive de produits chimiques appauvrissant les ressources du sol et contaminant les cours d'eau. La culture du tabac n'est une activité rentable pour les exploitants agricoles déjà fortement endettés.

Le Kenya est un pays de culture du tabac et les terres qui y sont consacrées continuent de s'étendre aux dépens des cultures agricoles traditionnelles et des activités d'élevage. Une large part de la production de tabac au Kenya est située dans la région Sud de Nyanza. Le projet du Groupe de Recherche sur le Contrôle du Tabac est de tester la volonté des exploitants d'adopter le bambou comme culture de substitution et d'évaluer la dynamique du marketing dans le secteur du bambou. La formation est dispensée aux exploitants sur la culture du bambou et sur les compétences de gestion des exploitations. Le projet est toujours en cours mais il a d'ores et déjà conduit à une réduction de la culture du tabac dans la région.

La promotion d'alternatives économiquement durables à la culture du tabac contribue à rendre l'agriculture plus compétitive et plus productive tout en favorisant l'utilisation durable des ressources naturelles.

Source: Groupe de Recherche sur le Contrôle du Tabac au Kenya, www.tobaccotobamboo.com 12 juillet 2009

pays développés, et d'environ 8 % dans les pays en développement, tandis que les recettes fiscales sur le tabac augmentent d'environ 7 %. A une époque où des approches novatrices sont nécessaires pour le financement des services de santé et des initiatives en matière de santé, les taxes sur le tabac peuvent potentiellement accroître les fonds pour la prévention et les systèmes de santé. La plupart des réglementations dans le monde comportent déjà des dispositions de taxation des produits du tabac. Des structures sont déjà en place pour la mise en œuvre et la collecte de ces taxes. De plus, il existe un large soutien politique en faveur de la CCLAT qui inclut des dispositions sur la fiscalité du tabac.

La CCLAT peut-elle contribuer au développement rural, à la croissance économique et au développement durable?

L'article 17 de la CCLAT statue que les Parties doivent promouvoir, le cas échéant, des solutions de remplacement économiquement viables à la culture du tabac. Les travaux en lien avec cet article seront présentés aux Parties à la CCLAT en 2010. L'expérience actuelle de pays comme le Brésil et le Kenya montre l'existence de plusieurs alternatives rentables et durables à la culture du tabac. Ces alternatives rendent l'agriculture plus compétitive et plus productive tout en promouvant parallèlement l'utilisation durable des ressources naturelles.

Le contrôle du tabac devrait-il devenir une priorité mondiale pour la santé?

Oui. Des études montrent que les maladies non-transmissibles représentent un poids important pour les gouvernements et la société dans son ensemble, dans les pays en développement. Pourtant, les maladies non-transmissibles et leurs facteurs de risque ne sont actuellement pas considérés comme une priorité mondiale pour la santé. C'est pourquoi, jusqu'à présent, le financement a été limité. La lutte contre ces maladies et leurs facteurs de risques associés doit faire l'objet d'un réel soutien politique.

Existe-t-il des initiatives politiques?

Plusieurs initiatives politiques reconnaissent déjà l'accroissement du poids de ces maladies non-transmissibles au niveau des pays en développement.

- La Convention-cadre de l'OMS sur le Contrôle du Tabac
- Le Plan d'action de l'OMS pour la stratégie mondiale en faveur de la prévention et du contrôle des maladies non-transmissibles adopté en 2008, dans lequel plusieurs indicateurs identifiés sont liés aux politiques de contrôle efficace du tabac.
- Le programme de la Commission européenne « Investir dans les ressources humaines » note que « Le fardeau des maladies non transmissibles devient de plus en plus pesant dans les pays en développement, et il est prévu que les maladies liées au tabagisme augmentent de manière sensible dans les prochaines années ».
- La communication de la Commission européenne

sur « la santé et la réduction de la pauvreté dans les pays développés », 2002.

L'UE et ses États membres ont-ils un rôle à jouer?

L'UE et ses États membres ont joué un rôle important dans les négociations sur le texte de la CCLAT. Comme les principaux donateurs dans le monde fournissent plus de 50 % de l'Aide Officielle au Développement mondiale, l'UE et ses États membres peuvent continuer à jouer un rôle de leader et, sur la base de sa large expérience dans la réduction de la consommation du tabac, soutenir et promouvoir la collaboration dans les domaines scientifiques, techniques et juridiques. Par le biais de ses programmes multilatéraux et bilatéraux, l'UE et ses États membres peuvent fournir l'assistance technique requise et contribuer à la réduction du poids des maladies non-transmissibles dans les pays en développement et dans leurs propres systèmes de santé.

Le prochain réexamen des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) offre la possibilité de mettre en lumière la relation existante entre la pauvreté et l'accroissement des maladies non-transmissibles, ainsi que celle de reconnaître qu'une action efficace pour lutter contre ces maladies peut contribuer à atteindre les buts et les objectifs des OMD. En période de crise économique et à mi-chemin des objectifs adoptés en 2000, un partenariat véritable et complet en matière de santé devrait être mis en place afin de garantir que les objectifs visés par les OMD soient remplis et afin de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la santé dans les pays en développement.

Le Parlement européen a-t-il un rôle à jouer?

Le Parlement européen peut en effet jouer un rôle essentiel dans la promotion d'une approche holistique de la santé. Par ses divers forums, le Parlement européen peut exprimer ses points de vue par l'intermédiaire de résolutions, en adressant des questions écrites à la Commission européenne, et en s'assurant que le budget de l'UE reflète concrètement les principes de l'UE et contribue à réduire la pauvreté et à améliorer la santé partout dans le monde.

L'association **Smoke Free Partnership (SFP)** est un partenariat stratégique, indépendant et flexible conclu entre le European Respiratory Society, Cancer Research UK, l'Institut National du Cancer et le Réseau européen du cœur. Elle a pour but de promouvoir la lutte antitabac et les travaux de recherche politique au niveau de l'UE et des États-membres, en collaboration avec les autres organisations de l'UE en charge de la santé et les réseaux de lutte antitabac de l'UE.

Rédacteurs: Margarida Silva
Éditeurs: Antoine Deutsch et Emmanuelle Beguinot

Smokefree Partnership
49-51 rue du Treves, 1040 Brussels, Tel: +32 2 238 53 63
www.smokefreepartnership.eu

Sources:

- 1 Action on Smoking and Health, BAT's footprint in Africa, Londres, 2008
- 2 ECOSOC/UNESGWA/WHO Western Asia Ministerial Meeting 'Addressing noncommunicable diseases and injuries: major challenges to sustainable development in the 21st century', document de réflexion 'Non-communicable diseases, poverty and development agenda', 5 mai 2009. <http://www.un.org/ecosoc/newfunc/pdf/Discussion%20Paper%20on%20NCDs%20-%205%20May%202009.pdf>
- 3 Idem
- 4 OMS, « Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme », Genève, 2008
- 5 Idem
- 6 Action on Smoking and Health, BAT's footprint in Africa, Londres, 2008
- 7 <http://business.guardian.co.uk/story/0,2023953,00.html?gusrc=rss&feed=24,22> juin 2009
- 8 <http://search.ft.com/ftArticle?queryText=Altria&aje=true&id=070201001072,22> juin 2009
- 9 Action on Smoking and Health, BAT's footprint in Africa, Londres, 2008
- 10 Jha P et al., "A nationally representative case-control study of smoking and death in India", *New England Journal of Medicine*, 358: 1137-1147, 2008
- 11 The Oxford Health Alliance, "Chronic disease: an economic perspective", Londres, 2006.
- 12 OMS, « Les objectifs du Millénaire pour le développement et le contrôle du tabac », Genève, 2005.
- 13 The Oxford Health Alliance, "Chronic disease: an economic perspective", Londres, 2006.
- 14 Jha P et al., "A nationally representative case-control study of smoking and death in India", *New England Journal of Medicine*, 358: 1137-1147, 2008.
- 15 The Oxford Health Alliance, "Chronic disease: an economic perspective", Londres, 2006.
- 16 Commission européenne, Programme thématique « Investir dans les ressources humaines », Bruxelles, 2008.
- 17 OMS, « Les objectifs du Millénaire pour le développement et le contrôle du tabac », Genève, 2005
- 18 Voir les notes n° 2, 4 et 5.
- 19 American Cancer Society & World Lung Foundation, *The tobacco Atlas*, 3^{ème} édition, Atlanta, 2009.
- 20 OMS, « Les objectifs du Millénaire pour le développement et le contrôle du tabac », Genève, 2005
- 21 Idem.
- 22 Idem.
- 23 Action on Smoking and Health, BAT's footprint in Africa, London, 2008
- 24 <http://planinternational.org/files/global/publications/protection/Plan%20Malawi%20child%20labour%20and%20tobacco%202009.pdf> - Le rapport du « Partenariat International pour la Santé sur le Financement International Innovant pour les systèmes de Santé » a indiqué que la taxation du tabac était la mesure la plus rentable pour recueillir un financement des systèmes de santé.
- 25 OMS, « Les objectifs du Millénaire pour le développement et le contrôle du tabac », Genève, 2005.
- 26 Voir notes n° 1, 4 et 5.
- 27 Commission européenne, Programme thématique « Investir dans les ressources humaines », Bruxelles, 2008.
- 28 OMS, « 2008-2013 Plan d'action pour une stratégie mondiale en faveur de la prévention et du contrôle des maladies non-transmissibles », Genève, 2008. <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>, 22 juin 2009
- 29 Commission européenne, Programme thématique « Investir dans les ressources humaines », Bruxelles, 2008.

