



Dossier d'investissement
pour la lutte antitabac au

BURKINA FASO

Argumentation en faveur de l'investissement
dans la mise en oeuvre de la CCLAT



Programme des Nations Unies pour le développement, 2024.

Certains droits sont réservés. Ce travail est disponible sous Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme indiqué ci-dessous. L'utilisation de ce document ne doit pas donner à penser que le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), soutiennent une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo du PNUD n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez placer votre œuvre sous la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous créez une traduction de cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : "Cette traduction n'a pas été créée par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). Le PNUD n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais est l'édition authentique et contraignante".

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence est menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. PNUD. Dossier d'investissement pour la lutte antitabac au Burkina Faso. Programme des Nations unies pour le développement; 2024. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Publications. Les publications du PNUD sont disponibles à l'adresse <https://www.undp.org/publications>.

Matériel de tiers. Si vous souhaitez réutiliser des éléments de ce travail qui sont attribués à un tiers, tels que des tableaux, des figures ou des images, il vous incombe de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la violation de tout élément appartenant à un tiers dans l'ouvrage incombe exclusivement à l'utilisateur.

Avertissements généraux. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du PNUD aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives pour lesquelles il n'existe pas encore d'accord complet.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par le PNUD de préférence à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, les noms des produits brevetés sont signalés par une majuscule initiale.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par le PNUD pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, qu'elle soit explicite ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas le PNUD ne pourra être tenu responsable des dommages résultant de son utilisation.



**Dossier d'investissement
pour la lutte antitabac au**

BURKINA FASO

**Argumentation en faveur de l'investissement
dans la mise en oeuvre de la CCLAT**

Cas d'investissement pour la lutte antitabac au Burkina Faso

Près de

4 700

Burkinabè meurent chaque année des suites de maladies liées au tabac soit **2%** de tous les décès du pays.



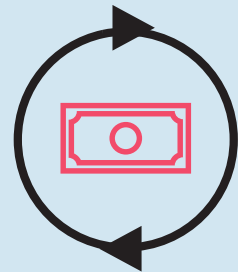
Investir maintenant dans cinq interventions recommandées évitera plus de

18 600 décès

et plus de

XOF 151 milliards

de pertes économiques d'ici 2037.



Les pertes économiques attribuables au tabac sont environ

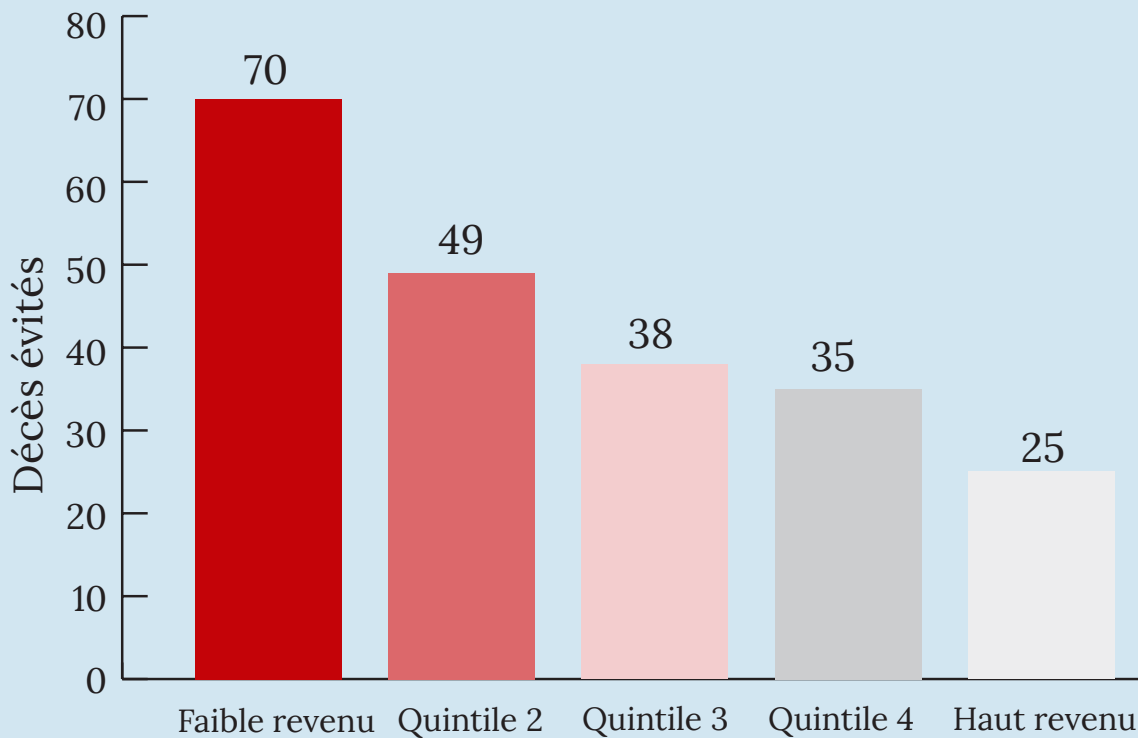
1,6 fois plus importantes

que les recettes publiques perçues.

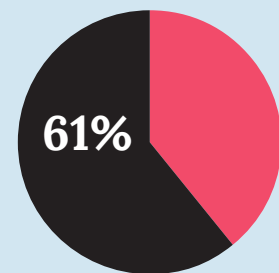


Les chiffres sont sujets à des arrondis.

Décès évités grâce à l'augmentation des impôts, par quintile de revenu au cours de la première année d'augmentation modélisées (2025)



Recettes fiscales du gouvernement sur le tabac en % du fardeau du tabagisme.



Le tabac coûte **XOF 57 milliards par an** à l'économie du burkina faso, équivalent à **0,5% du PIB annuel**.

Coûts par fumeur adulte **XOF 62.188**

Les chiffres sont sujets à des arrondis.

Remerciements

Ce rapport a été réalisé grâce aux efforts de collaboration du Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Burkina Faso, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Secrétariat de la Convention), et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Ce rapport a été rendu possible grâce au projet FCTC 2030, généreusement financé par les gouvernements de l'Australie, de la Norvège et du Royaume-Uni.

Parmi les contributeurs figurent François Drabo, Eric Doye, René Guissou, Théodore Kangoye, Etienne Koanda, Ouattara Ma, Narcisse Nare, Vincent Nebie, Boezemwendé Ouoba/Kabore, Georges Ouedrago, Karim Yogo, Valentine Zoungrana et Emmanuele Zoure du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Burkina Faso; Rowan Ahmed, Daisy Lanvers, Brice Millogo, Emily Roberts, Amitrajit Saha et Dudley Tarlton du PNUD; Adriana Blanco Marquizo, Andrew Black, Patrick Musavuli et Ryan Forrest du secrétariat de la Convention; Ould Sidi Mohamed Mohamed, Sako Binta et Ouattara Ma de l'OMS.

Zsuzsanna Schreck a réalisé la conception graphique et la mise en page du rapport. Salif Nikiema d'Afrique Contre le Tabac (ACONTA) a apporté une contribution supplémentaire. Esteban Robles Dávila, Abdulwaheed Ismaila et Fatima Imelda Ky ont contribué à la recherche et à la rédaction du rapport. Anjaramamy Rasolondranaly et les bénévoles des Nations Unies (UNVs) du bureau national du PNUD : Da Dadiplone, Aly Hesham, Raïssa Kouadio, Cannelle Kraft, Espérance Mukiza, Zakaria Nana and Armel Otekpo ont fait la traduction à français.

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	6
2. Lutte contre le tabac au burkina faso : situation et contexte	10
2.1 Prévalence du tabagisme, normes sociales et sensibilisation	10
2.2 Législation, stratégie et coordination nationales de la lutte antitabac	14
2.3 Le statut des mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS	16
2.4 Le tabagisme et la pandémie de COVID-19	23
2.5 Suivi de l'impact de la lutte antitabac	24
2.6 Financement de la lutte antitabac	24
2.7 Présence et interférence de l'industrie du tabac.....	24
2.8 Commerce illicite des produits du tabac	26
2.9 Le tabac et l'environnement	26
2.10 Organisations de la société civile	27
3. Méthodologie	28
4. Résultats	29
4.1 Le fardeau actuel du tabagisme : coûts sanitaires et économiques	29
4.2 Mise en œuvre des mesures politiques visant à réduire le fardeau du tabagisme.....	33
4.2.1 <i>Bienfaits pour la santé – vies sauvées</i>	34
4.2.2 <i>Avantages économiques – coûts évités</i>	34
4.2.3 <i>Le retour sur investissement</i>	37
5. Examen des impacts supplémentaires : equite et odd	40
5.1 Analyse de l'équité : avantages pour les populations à faible revenu de l'augmentation des taxes sur les cigarettes.....	40
5.2 Les objectifs de développement durable et la Convention-cadre de l'OMS	42
Recommandations	43
6. Conclusions et recommandations	44
Annexe: méthodologie	51
A1.1 Aperçu	51
A1.2 Premier volet : fardeau actuel.....	52
A1.3 Deuxième volet : scénarios de politique/intervention	54
A1.4 Analyse de l'équité	66
A1.5 Résumé de l'état des mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS	67
Références	72

Ce dossier d'investissement dans la lutte antitabac met en évidence les coûts énormes du tabac au Burkina Faso et l'ensemble des actions politiques recommandées qui apporteront des avantages substantiels au pays en termes d'économie et de santé publique. La mise en œuvre de politiques efficaces de lutte antitabac issues de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac peut jouer un rôle important dans le renforcement du développement durable au Burkina Faso.





Résumé

Aperçu général

Le tabac est une menace importante pour la santé et le développement durable. Il est à l'origine de décès prématurés et de maladies évitables qui entraînent des coûts de santé élevés et des pertes économiques, creusent les inégalités socio-économiques et entravent les progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).

Ce rapport résume les coûts et les avantages – en termes de santé et d'économie – de la mise en œuvre de six actions politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (la Convention-cadre de l'OMS) qui se concentrent sur la réduction de la demande. Ces six actions sont les suivantes :

- 1) **Réformer les structures des droits d'accise sur le tabac et augmenter les taxes sur le tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables** (*article 6 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 2) **Faire respecter les lieux publics et les lieux de travail non-fumeurs pour protéger les personnes des méfaits de la fumée du tabac** (*article 8 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 3) **Mettre en œuvre le conditionnement neutre des produits du tabac** (*directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13*).
- 4) **Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions relatives à la lutte antitabac, y compris les risques pour la santé de l'usage du tabac et de la fumée du tabac, la dépendance et les avantages du sevrage** (*article 12 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 5) **Promulguer et faire respecter une interdiction totale de toute forme de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (TAPS)** (*article 13 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 6) **Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant les professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer** (*article 14 de la Convention-cadre de l'OMS*).

Principales conclusions du dossier d'investissement

En 2019, le tabagisme au Burkina Faso cause environ 57 milliards XOF de pertes économiques. Ces pertes sont équivalentes à 0,5 % du produit intérieur brut (PIB) du Burkina Faso. Elles comprennent : a) **6,6 milliards XOF** de dépenses directes de santé pour traiter les maladies liées au tabac, b) une mortalité due au tabac évalué à **12 milliards XOF**, et c) **38 milliards XOF** de réduction de la productivité au travail due à l'absentéisme et au présentéisme. Les pertes de productivité dues au tabagisme actuel au **Burkina Faso**, qui représentent **47 %** de l'ensemble des coûts économiques liés au tabac, montrent comment le tabagisme entrave le développement du **Burkina Faso** au-delà de la santé. Un engagement multisectoriel est nécessaire pour lutter efficacement contre le tabagisme, et d'autres secteurs bénéficient considérablement de la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac qui créent des communautés plus saines et une main-d'œuvre plus productive.

Chaque année, le tabagisme tue près de 4 700 Burkinabés, 76 % de ces décès étant prématurés, chez les personnes âgées de moins de 70 ans. Environ 35 % des vies perdues à cause du tabagisme sont dues à l'exposition au tabagisme passif. Les décès dus au tabac sont tout à fait évitables.

En agissant maintenant, le Gouvernement du Burkina Faso peut réduire le fardeau national du tabagisme. Les conclusions du dossier d'investissement montrent que la mise en œuvre et l'application de six mesures politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS, fondées sur des données probantes, permettraient, au cours des 15 prochaines années (2023-2037) de :

Sauver plus de 18 600 vies et réduire l'incidence des maladies. Cela contribuerait aux efforts du Burkina Faso pour atteindre la cible 3.4 des ODD, qui vise à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles (MNT) d'ici à 2030. L'adoption des six mesures clés de la Convention-cadre de l'OMS permettrait d'éviter les **décès prématurés** dus aux quatre principales MNT – maladies cardiovasculaires, diabète, cancer et maladies respiratoires chroniques, l'équivalent d'environ 5 % de la réduction nécessaire de la mortalité prématurée pour atteindre la cible 3.4 de l'ODD.

Éviter 151 milliards XOF de pertes économiques, provenant de :

- **102 milliards XOF dus aux pertes de productivité sur le lieu de travail.** Les actions de lutte antitabac devraient stimuler la croissance économique car moins de personnes 1) manquent des jours de travail pour cause d'invalidité ou de maladie et 2) travaillent à capacité réduite en raison de problèmes de santé liés au tabagisme.
- **17,6 milliards XOF d'économies grâce à l'évitement des dépenses de santé liées au tabac.** Sur ce montant, le gouvernement économiserait **9,8 milliards XOF** en dépenses de santé, les citoyens économiseraient **6,1 milliards XOF** en frais de santé à leur charge, le reste des économies revenant à d'autres payeurs.
- **32 milliards XOF en coûts économiques évités grâce à la mortalité due au tabac.**

Assurer un retour sur investissement (ROI) de 10:1.¹ Cela signifie que les avantages économiques (**151 milliards XOF**) dépassent largement les coûts de mise en œuvre des six mesures de la Convention-cadre de l'OMS (**15 milliards XOF**). Pour chaque mesure individuelle, l'augmentation des taxes sur les cigarettes aura le retour sur investissement le plus élevé (**56:1**), suivie par l'application des interdictions de publicité, de promotion et de parrainage (**36:1**), la promotion et le renforcement de la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac (**36:1**), l'application de l'emballage neutre des produits du tabac (**13:1**), l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail (**4:1**) et l'aide au sevrage en formant les professionnels de la santé à prodiguer des conseils brefs pour arrêter de fumer (**0,2:1**).

Outre ces principales conclusions, le dossier d'investissement a examiné séparément les implications en termes d'équité de l'augmentation des taxes sur les cigarettes et la mise en place de réformes pour améliorer les structures des droits d'accise sur le tabac. L'augmentation des taxes sur les cigarettes au Burkina Faso profitera à tous, mais plus particulièrement aux pauvres. Les personnes à faible revenu sont plus susceptibles d'arrêter de fumer lorsque le prix des cigarettes augmente, ce qui leur permet d'éviter les maladies et les dépenses de santé catastrophiques [1]. Au cours de la première année de l'augmentation modélisée des taxes, environ **32 %** des décès évités grâce à l'augmentation des taxes sur les cigarettes concerneront les **20 %** les plus pauvres de la population. L'augmentation des taxes sur les cigarettes profiterait davantage aux Burkinabés à faible revenu si les recettes fiscales du gouvernement étaient réinvesties dans la poursuite de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS et dans les priorités de développement national telles que la couverture sanitaire universelle. L'augmentation des taxes sur tous les produits du tabac, et pas seulement sur les cigarettes, pourrait entraîner des gains de revenus encore plus importants.

1 Pour chaque XOF investi aujourd'hui dans les six actions politiques clés de la CCLAT, le Burkina Faso évitera 4 XOF de pertes sociales et économiques d'ici 2027 et 10 XOF d'ici 2037.

Recommandations

Ce rapport fournit des recommandations complètes que le Gouvernement du Burkina Faso peut adopter pour protéger la santé publique et réaliser les avantages de la Convention-cadre de l'OMS en tant qu'accélérateur du développement durable. Il n'est pas seulement axé sur les six actions politiques de la Convention-cadre de l'OMS modélisées dans ce dossier d'investissement. Les recommandations sont de :

Recommandations

- 1** S'engager à mettre pleinement en œuvre la Convention-cadre de l'OMS.
- 2** Réformer les structures des droits d'accise sur le tabac et augmenter les taux d'imposition (*article 6 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 3** Mettre en œuvre les cinq autres politiques de lutte antitabac étudiées dans le présent dossier d'investissement :
 - **Faire respecter les politiques globales visant à rendre tous les lieux publics et lieux de travail non-fumeurs** (*article 8 de la Convention-cadre de l'OMS*) ;
 - **Emballage neutre des produits du tabac** (*directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13*) ;
 - **Une sensibilisation accrue du public aux questions relatives à la lutte antitabac, notamment aux risques pour la santé du tabagisme et de la fumée du tabac, à la dépendance et aux avantages du sevrage** (*article 12 de la Convention-cadre de l'OMS*) ;
 - **L'interdiction complète de toute forme de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (TAPS)** (*article 13 de la Convention-cadre de l'OMS*) ; et
 - **Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant les professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer** (*article 14 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 4** Renouveler et mettre à jour la stratégie nationale de lutte antitabac du Burkina Faso (*article 5.1 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 5** Mettre en œuvre des mesures visant à protéger les politiques de santé publique des intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac (*article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 6** Mettre pleinement en œuvre le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, notamment en renforçant les capacités de lutte contre le commerce illicite (*article 15 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 7** Renforcer la coordination multisectorielle de la lutte antitabac et encourager la participation de la société civile à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS (*article 5, paragraphe 2, point a), et article 4, paragraphe 7, de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 8** Intensifier la recherche, le suivi et la surveillance du tabagisme (*article 20 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 9** Identifier les possibilités de lier la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS à des stratégies plus larges de développement durable au Burkina Faso.

Dans le cadre du projet FCTC 2030, le Secrétariat de la Convention, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont prêts à aider le Gouvernement du Burkina Faso à réduire le fardeau social, économique et environnemental induit par le tabac en mettant en œuvre des lois et des politiques de lutte antitabac fondées sur des données probantes.

Tableau ES1. Résumé des principaux résultats du dossier d'investissement pour la lutte antitabac au Burkina Faso, 2023-2037*

Chaque année, le tabagisme est à l'origine de :

- Près de 4 700 décès.
- 6,6 milliards XOF de dépenses de santé.
- La mortalité imputable au tabac est évaluée à 12,0 milliards XOF.
- 38 milliards XOF de pertes de productivité sur le lieu de travail.
- Pertes économiques totales équivalant à 0,5 % du PIB en 2020.

La mise en œuvre des actions politiques modélisées de la Convention-cadre de l'OMS dès à présent permettrait, au cours des 15 prochaines années de:

- Éviter plus de 18 600 décès.
- Prévenir 102 milliards XOF de pertes de productivité sur le lieu de travail.
- Économiser 17,6 milliards XOF en dépenses de santé.
- Générer des bénéfices économiques (151 milliards XOF) qui dépassent largement les coûts (15 milliards XOF) de mise en œuvre et d'application - soit un retour sur investissement de 10:1.
- Éviter 32 milliards XOF de pertes dues à la mortalité imputable au tabac.

* Chiffres arrondis.

1. Introduction

L'épidémie de tabagisme est l'une des plus grandes menaces de santé publique auxquelles le monde ait été confronté, tuant plus de 8 millions de personnes par an, dont quelque 1,2 million de décès dus à l'exposition à la fumée secondaire [2]. Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour les maladies non transmissibles (MNT), notamment les maladies cardiovasculaires (MCV), le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, ainsi qu'une des causes de nombreuses autres maladies [3]. Au Burkina Faso, environ 15,2 % des adultes consomment actuellement des produits du tabac sous une forme ou une autre, avec une prévalence plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (7,2 %) [4]. La consommation de tabac cause près de 4 700 décès chaque année [5]. Environ 76 % de ces décès sont prématurés et surviennent chez des personnes de moins de 70 ans [5].

Outre le coût pour la santé et le bien-être, le tabac impose également un lourd fardeau économique dans le monde entier. Une étude de 2018 (basée sur des données de 2012) a révélé que les coûts du tabagisme² équivalaient à 1,8 % du produit intérieur brut (PIB) annuel. Près de 40 % des coûts sont survenus dans les pays en développement, ce qui met en évidence le fardeau substantiel subi par ces pays [6].

La consommation de tabac réduit la productivité en éloignant, de manière permanente ou temporaire, des individus du marché du travail en raison de leur mauvaise santé [7]. Lorsque des personnes meurent prématurément, le rendement qu'elles auraient produit au cours des années qui leur restaient à travailler est perdu. De plus, les personnes en mauvaise santé sont davantage susceptibles de manquer des journées de travail (absentéisme) ou de travailler tout en ayant des capacités limitées (présentéisme) [8], [9]. Les conséquences sur le travail et la santé affectent non seulement les fumeurs, mais aussi les membres de leur foyer qui doivent souvent s'absenter du travail pour s'occuper des personnes atteintes de maladies liées au tabac.

La consommation de tabac détourne également les dépenses des ménages qui seraient autrement consacrées à la satisfaction des besoins fondamentaux, y compris l'alimentation et l'éducation [10]–[12], contribuant ainsi à la faim et à l'appauvrissement des familles [13], [14]. L'usage du tabac impose des difficultés sanitaires et socio-économiques aux populations vulnérables, notamment les pauvres, les femmes et les jeunes [15].

La production de tabac cause des dommages environnementaux, comme la dégradation des sols, la pollution de l'eau et la déforestation. L'impact annuel du tabac sur le changement climatique est comparable aux émissions de pays entiers et représente 0,2 % du total mondial. En raison du transfert de la production de tabac des pays riches vers les pays à faible revenu, ses impacts environnementaux sont désormais principalement supportés par les régions

2 Définis soit comme des « coûts directs », tels que les frais d'hospitalisation, soit comme des « coûts indirects » représentant la perte de productivité due à la morbidité et à la mortalité. Le chiffre ici représente ces coûts combinés.

en développement. En épuisant les précieuses ressources de ces pays, en polluant et en détériorant leurs écosystèmes, le tabac met en péril leurs moyens de subsistance et leur développement [16]–[18].

Compte tenu des effets considérables du tabac sur la santé et le développement, ainsi que de la nature multisectorielle des interventions requises, une lutte antitabac efficace requiert l'engagement de secteurs autres que la santé pour soutenir une approche pangouvernementale et pansociétale de l'élaboration des politiques et de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (la Convention-cadre de l'OMS ou WHO FCTC en anglais).

La Convention-cadre de l'OMS a été élaborée en réponse à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme et est un traité fondé sur des données probantes qui réaffirme le droit de tous de jouir du meilleur état de santé possible. La Convention représente une étape majeure dans la promotion de la santé publique et offre de nouvelles dimensions juridiques à la coopération internationale en matière de santé. Le Burkina Faso est devenu Partie à la Convention-cadre de l'OMS en 2006 [19].

Le Burkina Faso est Partie au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac depuis son entrée en vigueur en 2018, ayant ratifié le Protocole en 2016. Le Protocole est un traité international qui s'appuie sur l'article 15 de la Convention-cadre de l'OMS, dans le but d'éliminer toutes les formes de commerce illicite des produits du tabac grâce à un ensemble de mesures à prendre par les pays agissant en coopération.

La lutte antitabac dans le monde est une priorité du Programme de développement durable à l'horizon 2030. La lutte antitabac est pertinente pour la concrétisation de nombreux objectifs de développement durable (ODD), en particulier la cible 3.4 qui appelle à agir pour réduire d'un tiers la mortalité prématurée due à des MNT d'ici 2030. La cible 3.a est un moyen de mise en œuvre de l'ODD 3.4 et demande une mise en œuvre renforcée de la Convention-cadre de l'OMS. Mais au-delà de la santé, la lutte antitabac est également une méthode éprouvée pour réduire la pauvreté et les inégalités, renforcer et développer l'économie, ainsi que promouvoir le développement durable plus largement. La lutte antitabac est un accélérateur des ODD car elle peut contribuer à de nombreux objectifs simultanément, dans les sphères économiques, sociales et environnementales [20]. En outre, la réduction du tabagisme est l'une des neuf cibles du *Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2030* [21].

Encadré 1 : Programme de développement durable à l'horizon 2030

En 2015, tous les États membres de l'ONU ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030, décrivant des actions pour promouvoir une paix et une prospérité durables. Les principales composantes au cœur de l'Agenda sont les 17 ODD, qui constituent un appel urgent à tous les pays pour qu'ils agissent ensemble, reconnaissant que les efforts pour lutter contre la pauvreté, les inégalités, la santé, l'éducation, l'économie et le changement climatique doivent être entrepris à l'unisson [22].

Depuis qu'il est devenu Partie à la Convention-cadre de l'OMS en 2006, le Burkina Faso a adopté la Loi relative à la lutte antitabac au Burkina Faso en 2010, son principal instrument législatif régissant la lutte antitabac [23]. Sept décrets ont été mis en place de 2011 à 2020 renforçant des aspects spécifiques de la lutte antitabac [24]. Le Burkina Faso a fait preuve d'un leadership accru dans la lutte antitabac, étant reconnu comme un pays très performant et un pionnier en Afrique pour ses lieux intérieurs non-fumeurs, même si des problèmes de conformité subsistent [4].

Cependant, la population relativement jeune du Burkina Faso et l'augmentation des revenus font du pays une cible privilégiée de l'expansion de l'industrie du tabac et plus vulnérable à l'augmentation de la consommation de tabac au sein de sa population [25], [26]. Plusieurs mesures clés de réduction de la demande dans le cadre de la Convention-cadre de l'OMS doivent encore être mises en œuvre et certaines mesures existantes requièrent un renforcement. Les perspectives qu'a le Burkina Faso d'améliorer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS comprennent : le renforcement des structures fiscales sur le tabac et l'augmentation des taux d'imposition ; l'application de politiques globales pour rendre tous les lieux publics et les lieux de travail non-fumeurs ; la mise en place d'emballages neutres pour les produits du tabac ; l'application de la législation sur la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac (TAPS en anglais pour Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship) ; la promotion et le renforcement de la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac ; la promotion du sevrage du tabagisme et le traitement de la dépendance au tabac en formant des professionnels de la santé à prodiguer des conseils brefs pour arrêter de fumer.

En 2013, le Burkina Faso a entrepris une évaluation des besoins pour la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS qui a formulé des recommandations pour que le pays accélère ce processus en : mettant en œuvre la stratégie nationale de lutte antitabac ; appliquant pleinement la législation antitabac, en particulier les dispositions relatives aux lieux non-fumeurs et aux TAPS ; réformant et augmentant la taxation du tabac ; élaborant et mettant en œuvre des campagnes médiatiques de masse ; incluant l'éducation au tabac dans les programmes scolaires ; intégrant les services de sevrage aux services de santé ; établissant une ligne nationale d'aide au sevrage ; incluant la Convention-cadre de l'OMS dans le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ; et en élaborant des dispositions réglementaires pour tester les produits du tabac [27]. Réaliser pleinement les avantages de toutes les mesures énoncées ci-dessus dépend des efforts concertés et coordonnés de multiples secteurs du gouvernement avec le soutien de la société civile.

En 2021, le Secrétariat de la Convention, le PNUD et l'OMS ont entrepris une mission conjointe virtuelle avec des partenaires au Burkina Faso pour initier ce dossier d'investissement. Le dossier d'investissement fait partie de l'aide mise à la disposition du Burkina Faso en tant que pays participant au [projet FCTC 2030](#).³

3 Le projet FCTC 2030 est une initiative mondiale financée par les gouvernements de l'Australie, de la Norvège et du Royaume-Uni pour aider les pays à renforcer la mise en œuvre de la CCLAT afin d'atteindre les ODD. En 2022, le Burkina Faso est l'un des 33 pays dans le monde ayant participé au projet FCTC 2030 [28].

Les dossiers d'investissement pour la lutte antitabac analysent les coûts sanitaires et économiques du tabagisme ainsi que les possibilités de gains potentiels d'une mise en œuvre à grande échelle des principales mesures de la Convention-cadre de l'OMS. Il identifie les mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS susceptibles de produire les plus grands rendements sanitaires et économiques pour le Burkina Faso, sur la base du retour sur investissement. Compte tenu de la mise en œuvre actuelle des mesures de la Convention-cadre de l'OMS au Burkina Faso, le dossier d'investissement modélise l'impact des six dispositions clés de la Convention-cadre de l'OMS suivantes :

- 1 Augmenter la taxation du tabac pour réduire le caractère abordable des produits du tabac** (*article 6 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 2 Créer des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs pour protéger les personnes contre les méfaits de la fumée de tabac** (*article 8 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 3 Mettre en œuvre l'emballage neutre⁴ des produits du tabac** (*Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13*).
- 4 Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac, y compris les risques pour la santé du tabagisme et de la fumée de tabac, la dépendance et les avantages du sevrage** (*article 12 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 5 Adopter et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (TAPS)** (*article 13 de la Convention-cadre de l'OMS*).
- 6 Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant les professionnels de la santé à prodiguer des conseils brefs pour arrêter de fumer** (*article 14 de la Convention-cadre de l'OMS*).

Le **chapitre 2** de ce rapport donne un aperçu de la lutte antitabac au Burkina Faso, y compris la prévalence du tabagisme, ainsi que les enjeux et les perspectives. Le **chapitre 3** résume la méthodologie du dossier d'investissement (voir l'annexe sur la méthodologie et l'*Annexe technique* à part, disponibles sur demande, pour plus de détails). Le **chapitre 4** présente les principaux résultats de l'analyse économique. Le **chapitre 5** détaille les résultats d'analyses complémentaires examinant les considérations d'équité. En outre, il détaille également la contribution des mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS à la réalisation de la cible 3.4 des ODD visant à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT d'ici 2030. Le **chapitre 6** résume les résultats et formule des recommandations au gouvernement pour renforcer la lutte antitabac. L'annexe fournit des informations sur les méthodes qui sous-tendent les différentes analyses décrites dans le rapport.

4 Le conditionnement neutre (ou standardisé) est défini comme "des mesures visant à limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les conditionnements hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés avec des caractères normaux et dans une couleur standardisée". De plus amples informations sont disponibles sur : Directives de la CCLAT pour la mise en œuvre de l'article 11 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (décision FCTC/COP3(10)), Novembre 2008. Disponible sur : <https://fctc.who.int/fr/publications/m/item/packaging-and-labelling-of-tobacco-products> et les directives de la CCLAT pour la mise en œuvre de l'article 13, disponible sur <https://fctc.who.int/publications/m/item/tobacco-advertising-promotion-and-sponsorship>

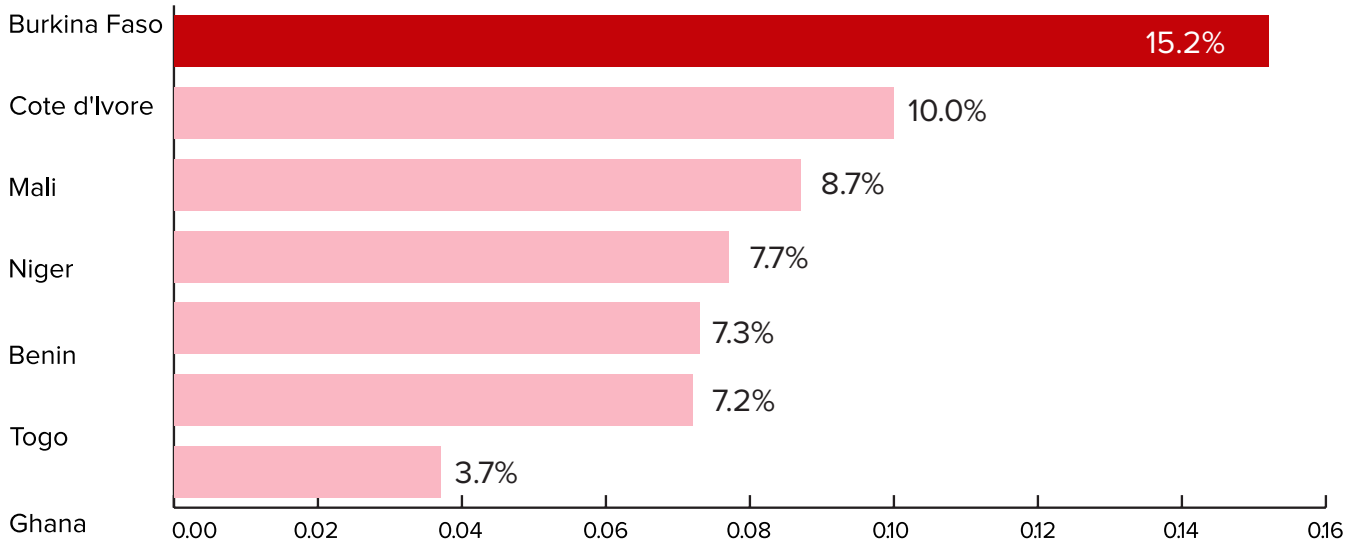
2. Lutte contre le tabac au burkina faso : situation et contexte

2.1 Prévalence du tabagisme, normes sociales et sensibilisation

Selon le rapport de l'OMS sur l'Épidémie Mondiale du Tabagisme, 2021, au Burkina Faso, 15,2 % des adultes (15 ans et plus) consomment du tabac, avec une prévalence plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (7,2 %) [4]. En ce qui concerne spécifiquement les cigarettes, 8,7 % des adultes fument des cigarettes (16,9 % des hommes et 0,5 % des femmes) [4].

Les pays voisins ont une prévalence du tabagisme inférieure à celle du Burkina Faso, avec 3,7 ; 7,2 ; 7,3 ; 7,7 ; 8,7 et 10,0 % d'adultes (15 ans et plus) consommant du tabac au Ghana, au Togo, au Bénin, au Niger, au Mali et en Côte d'Ivoire respectivement (**Figure 1**) [4].

Fig. 1. Prévalence actuelle du tabagisme chez les adultes dans les pays d'Afrique de l'Ouest, % d'adultes âgés de 15 ans et plus, en 2019



Source: Rapport de l'OMS sur l'Épidémie Mondiale du Tabagisme, 2021 [4].

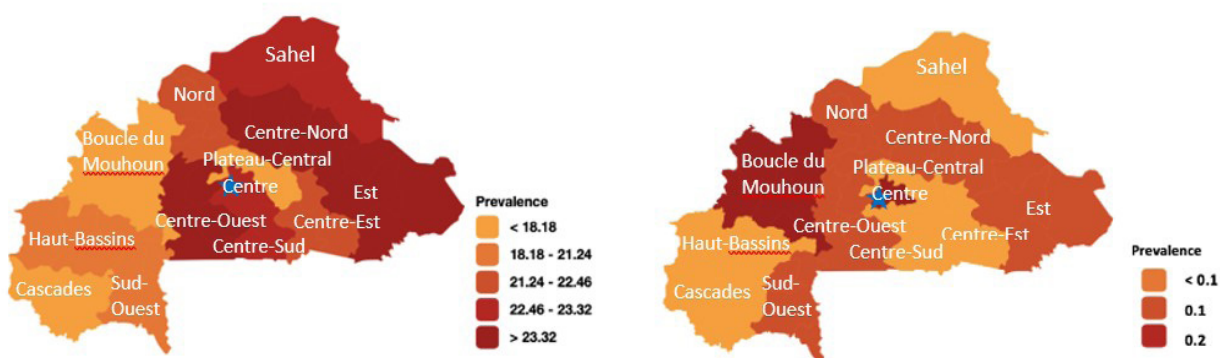
Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2010, plus de femmes consomment d'autres formes de tabac que la cigarette (3,9 % contre 0,1 % des femmes, respectivement). La consommation varie également avec l'âge, la consommation d'autres formes de tabac étant la plus répandue chez les femmes de 45 à 49 ans (13,7 %). En revanche, chez les hommes, les cigarettes sont la forme de tabac consommée la plus populaire (21 %), la prévalence la plus élevée se retrouvant chez les hommes de 30 à 34 ans (32 %) [29].

La majorité de la population du Burkina Faso réside dans les zones rurales⁵ [30], où selon une recherche utilisant l'enquête STEPwise de 2013 sur la surveillance des facteurs de risque des MNT (STEPS), la consommation de tabac est plus courante (22 %) que dans les zones urbaines (14,1 %) [31]. Chez les hommes, la consommation de cigarettes est la plus répandue dans la région du Centre-Nord (41 %) et la plus faible dans la région du Centre-Est (7,1 %) [31] (**Figure 2.A**). Pour les femmes, la consommation de cigarettes est la plus répandue dans les régions du Centre et de la Boucle du Mouhoun (**Figure 2.B**).

Fig. 2: Consommation de cigarettes chez les hommes et les femmes de 15-49 ans, par région (%) au Burkina Faso en 2010

2. A) Hommes

2. B) Femmes



Source: La prévalence de la cigarette utilisée dans les cartes est tirée de l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso de 2010 [29]. La prévalence du tabagisme utilisée dans les modèles est tirée du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021 [4].

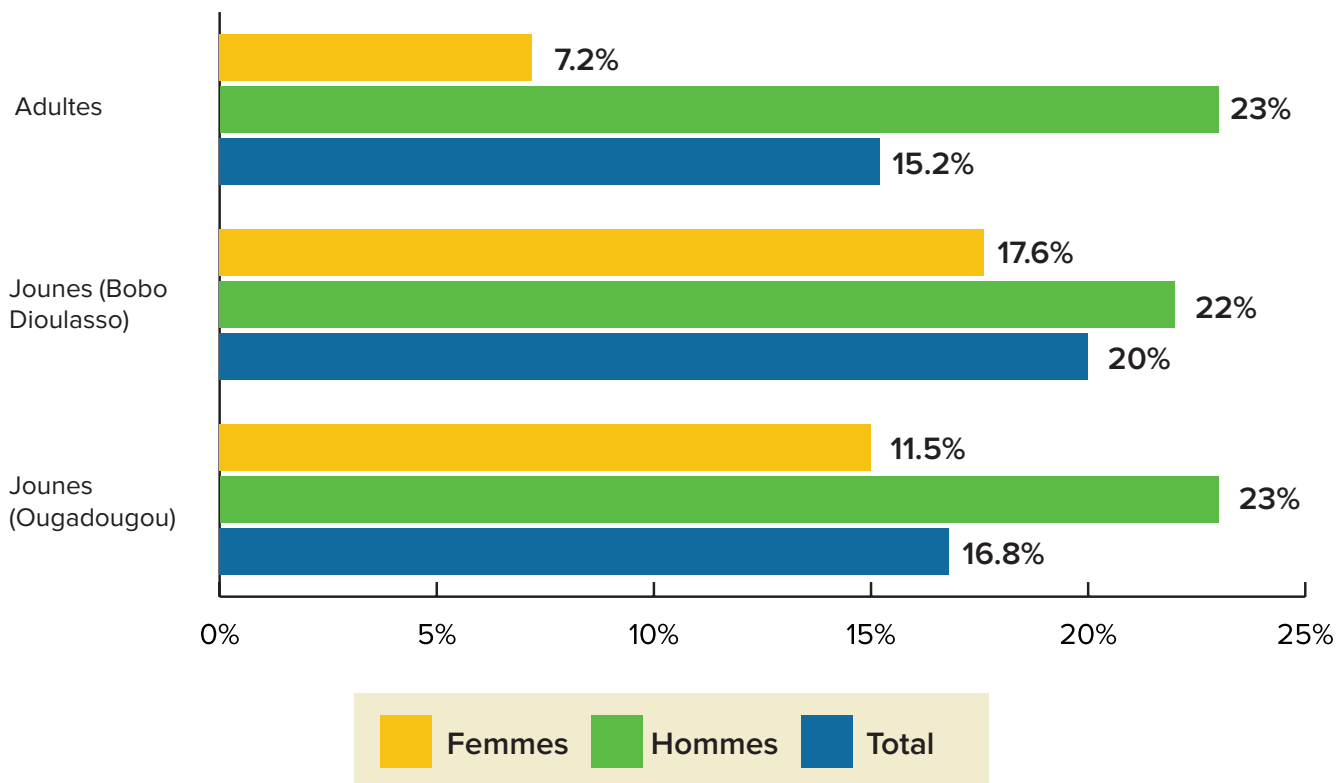
Une recherche de L'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Education, publiée en 2017 indique que plus d'hommes et de femmes sans éducation consomment du tabac (26 % et 5,2 % respectivement) par rapport aux hommes et aux femmes ayant suivi le primaire (23 et 0,6 %) et le secondaire (16,7 et 0,01 %) [32].

Les taux d'alphabétisation sont particulièrement faibles au Burkina Faso, puisque seulement 39 % des adultes (15 ans et plus) étaient alphabétisés en 2018 [33]. Les taux d'alphabétisation sont liés au niveau de revenu. Selon l'EDS la plus récente, seuls 14,3 % des hommes et 6 % des femmes du quintile le plus pauvre sont alphabétisés, contre 72 % et 55 % respectivement du quintile le plus riche [29]. Il faut également noter qu'alors que le français est la langue officielle du Burkina Faso, seulement 15 % de la population le parle. On compte environ 70 langues parlées au Burkina Faso, la majorité étant indigènes et souvent parlées par la population rurale. La langue la plus parlée est le mossi, 40 % de la population la parlant [34].

5 Selon l'enquête STEPS 2013, il y a 351 communes au Burkina Faso, dont 49 urbaines et 302 rurales [30].

La dernière enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) date de 2009, il n'y a pas eu de GYTS après la promulgation de la loi antitabac et les décrets suivants. Selon GYTS de 2009 à Ouagadougou, 16,8 % des élèves de 13 à 15 ans consomment du tabac (23 % de garçons et 11,5 % de filles) [35]. A Bobo Dioulasso (la deuxième plus grande ville), un peu plus d'élèves consomment du tabac (20 % d'élèves avec 22 % de garçons et 17,6 % de filles) [36]. Dans les deux villes, davantage d'élèves utilisent des produits du tabac autres que des cigarettes - 12,6 % à Ouagadougou et 17,7 % à Bobo Dioulasso utilisent d'autres produits du tabac, contre 6,5 et 3,8 % respectivement consommant des cigarettes. Environ un tiers des élèves des deux villes sont exposés à la fumée à la maison, tandis que 48 % à Ouagadougou et 53 % à Bobo Dioulasso sont exposés à la fumée à l'extérieur de leur domicile [35], [36]. En revanche, selon l'enquête STEPS de 2013, 23 % des adultes sont exposés à la fumée secondaire sur leur lieu de travail et 36 % y sont exposés à la maison [30].

Fig. 3: Prévalence actuelle du tabagisme chez les jeunes et les adultes au Burkina Faso



Source: GYTS 2009 à Ouagadougou [35], GYTS 2009 à Bobo Dioulasso [36] et Rapport de l’OMS de 2021 sur l’épidémie mondiale de tabagisme [4].

Certains facteurs ont été associés au tabagisme chez les élèves burkinabés, comme le redoublement scolaire et le fait de vivre loin de ses parents [37]. Les normes sociales sont également un facteur de consommation de tabac chez les jeunes du Burkina Faso, puisque 46 % des élèves ont déclaré avoir commencé à fumer pour imiter leurs camarades de classe [37].

Comme dans d'autres pays du continent, l'industrie du tabac cible également les jeunes pour encourager l'initiation et la consommation de tabac. Une étude de 2016 menée par l'Alliance pour le Contrôle du Tabac en Afrique (ACTA) auprès de 16 écoles et 148 points de vente de tabac au Burkina Faso a révélé qu'il y avait, à moins de 100 mètres de toutes les écoles interrogées, des magasins vendant des cigarettes à l'unité, malgré l'interdiction de la vente de ces produits dans le pays [38]. Les ventes de cigarettes à l'unité peuvent accroître l'accès des jeunes, car ces produits sont plus abordables pour les enfants et les jeunes [39]. En outre, bien que le Burkina Faso interdise la et les campagnes promotionnelles publicités sur le tabac à proximité des établissements scolaires [40], l'étude a démontré la présence d'une publicité importante autour des écoles. Parmi les écoles interrogées, 75 % avaient des publicités sur les fenêtres ou les portes des magasins, 69 % avaient des parasols représentant des publicités et 62 % avaient des structures ou des bâtiments avec des publicités pour les cigarettes (à moins de 100 mètres des écoles) [38].

Rendre les produits du tabac moins abordables est l'un des meilleurs moyens de contrôler l'usage du tabac, et les jeunes sont particulièrement sensibles au prix du tabac [41]. La hausse des prix du tabac due à l'augmentation des taxes peut rendre le tabagisme trop coûteux pour les jeunes et réduire l'incitation à commencer ou à continuer à fumer. Une étude de 2021 a démontré que des prix du tabac plus élevés, par exemple par le biais d'augmentations des taxes, sont associés à une diminution du risque d'initiation au tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes [42].

Encadré 2 : Tabac et genre

Bien que les femmes et les filles du monde entier aient tendance à consommer du tabac à des taux inférieurs à ceux des hommes, elles peuvent néanmoins subir les méfaits du tabagisme, notamment l'exposition à la fumée secondaire [43] et les effets du détournement d'une partie des revenus des ménages vers la consommation de tabac. Étant donné que la prévalence du tabagisme est souvent plus faible chez les femmes que chez les hommes, l'industrie du tabac y voit une opportunité d'intensifier le marketing ciblant les femmes et les filles [44]. Alors que les cigarettes sont le type de tabac le plus consommé par les hommes, les femmes consomment plutôt d'autres formes de tabac [29]. Déjà en 2019, les filles au Burkina Faso consommaient du tabac à des taux préoccupants, avec près de 1 fille sur 5 à Bobo Dioulasso et plus de 1 sur 10 à Ouagadougou [35], [36]. Fait alarmant, 14,5 % des élèves de Bobo Dioulasso et 16,3 % de Ouagadougou pensent que les filles qui fument ont plus d'amis [35], [36]. Le taux d'alphabétisation au Burkina Faso est extrêmement faible par rapport à l'échelle mondiale, de 39% dans l'ensemble, et encore plus bas pour les femmes, soit de 31%. L'analphabétisme persiste également chez les jeunes générations, puisque 55 % des filles (15-24 ans) sont alphabétisées, contre 64 % des garçons. Cependant, depuis 2017, le taux net de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire a dépassé celui des garçons [33]. Avec des taux d'alphabétisation plus faibles, les femmes et les filles au Burkina Faso auraient plus de difficulté à comprendre les messages anti-tabac et seraient plus sensibles aux publicités trompeuses de l'industrie du tabac.

Encadré 3 : Tabac et grossesse

Le tabagisme pendant la grossesse inflige des risques importants sur la santé du fœtus, du nourrisson et de la mère. Il augmente la probabilité de fausses couches, de mort-né, de naissances prématurées, de faible poids à la naissance, de malformations congénitales et du syndrome de mort subite du nourrisson, entre autres [45], [46]. L'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse augmente également les risques d'avoir des bébés de faible poids à la naissance, ce qui augmente à son tour le risque qu'une mère et son enfant développent des problèmes de santé [46]. Les mères sont confrontées à des risques supplémentaires pour leur santé, car les fumeuses enceintes sont plus susceptibles de souffrir de complications cardiaques et pulmonaires que les non-fumeuses enceintes [47]. Malgré les preuves solides, l'industrie du tabac continue de cibler de manière agressive les femmes et les filles [46]. On estime que la prévalence mondiale du tabagisme pendant la grossesse est de 1,7 % [48]. En 2010, les résultats d'une enquête transversale basée sur la population ont trouvé peu de preuves de l'usage de cigarettes pendant la grossesse chez les femmes burkinabé. La prévalence de l'usage du tabac sans fumée, cependant, a été estimée à 2,8 pour cent. Des données plus récentes ne sont pas disponibles, mais les préoccupations selon lesquelles les jeunes femmes consomment du tabac à des taux plus élevés qu'avant créent des inquiétudes concernant le tabac et la grossesse à l'avenir.

2.2 Législation, stratégie et coordination nationales de la lutte antitabac

Le Burkina Faso a une longue histoire de lutte antitabac qui remonte à 1988 avec la Réglementation de la publicité et des lieux de consommation des tabacs. Près de deux décennies plus tard, la loi portant Code de la publicité a été établie en 2001, bien que finalement remplacée par la loi portant réglementation de la publicité au Burkina Faso en 2015 [24], [19].

En 2010, la loi actuelle régissant la lutte antitabac au Burkina Faso a été promulguée par le Parlement : la loi portant lutte contre le tabac au Burkina Faso. Suite à cette loi, sept décrets ont été promulgués entre 2011 et 2020, réglementant des aspects spécifiques de la lutte antitabac au Burkina Faso. Ces décrets comprenaient ceux afférent : à l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports publics ; à la création d'un comité national de lutte antitabac ; au conditionnement et à l'étiquetage des produits du tabac (un en 2011 et mis à jour en 2019 pour inclure les réglementations sur les avertissements sanitaires) ; à la réglementation de la publicité au Burkina Faso ; à la protection du domaine scolaire ; et à la protection des écoles. Deux arrêtés conjoints ont également été pris, l'un en 2016 et l'autre en 2021 : le premier instituant le premier ensemble de mises en garde sanitaires, ainsi que l'interdiction des emballages et étiquetages trompeurs, et le second instaurant un deuxième ensemble de mises en garde sanitaires [24].

Le Comité national de lutte antitabac a été créé par décret en 2011. Le décret a établi des responsabilités claires pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), tandis que le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Prospective a également été chargé de responsabilités essentielles en matière de lutte antitabac [49]. Le comité est de nature multisectorielle, avec 32 membres représentant divers ministères et sociétés civiles [27]. Les responsabilités du comité comprennent : la proposition de mesures antitabac axées sur les jeunes ; la rédaction de projets, de programmes et de textes ; préparer un plaidoyer ; évaluer la législation ; soutenir les stratégies nationales ; offrir leurs avis d'experts lorsque cela est pertinent ; et rendre compte des activités annuelles [49]. Des travaux sont actuellement en cours pour redynamiser ce comité.

En 2009, le MSPH et le Comité national de lutte antitabac, en collaboration avec le Secrétariat de la Convention, ont promulgué le premier plan stratégique de lutte antitabac 2009-2013 [27]. La stratégie a ensuite été mise à jour pour 2015-2019 [50], mais elle doit être mise à jour de nouveau. La stratégie comprend six objectifs : 1) renforcer la capacité juridique pour la lutte antitabac ; 2) veiller à ce que 80 % de la population soit consciente des méfaits du tabac ; 3) réduire la prévalence du tabagisme ; 4) renforcer les capacités des acteurs de la lutte antitabac ; 5) assurer la prestation de services de sevrage tabagique ; et 6) augmenter de 10 % le financement de la lutte antitabac.

La lutte antitabac fait également partie du Plan national de développement sanitaire 2011-2020 du Burkina Faso, où le tabac est identifié comme un facteur de risque majeur pour les MNT [27], [51]. En 2012, le Burkina Faso a élaboré son premier plan d'action de lutte contre les MNT. Il a depuis publié plusieurs plans stratégiques de lutte contre les MNT qui incluent le tabac, notamment le Plan Stratégique Intégré de Lutte Contre Les Maladies Non Transmissibles 2016-2020, le Plan Stratégique de Lutte Contre le Cancer 2013-2017, et le Plan Stratégique Santé Mentale 2014-2018 [50]. Le Burkina Faso a également mis en place un Plan national de développement économique et social pour 2016-2020, mais les MNT et le tabac sont négligés dans cette stratégie [52].

2.3 Le statut des mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS

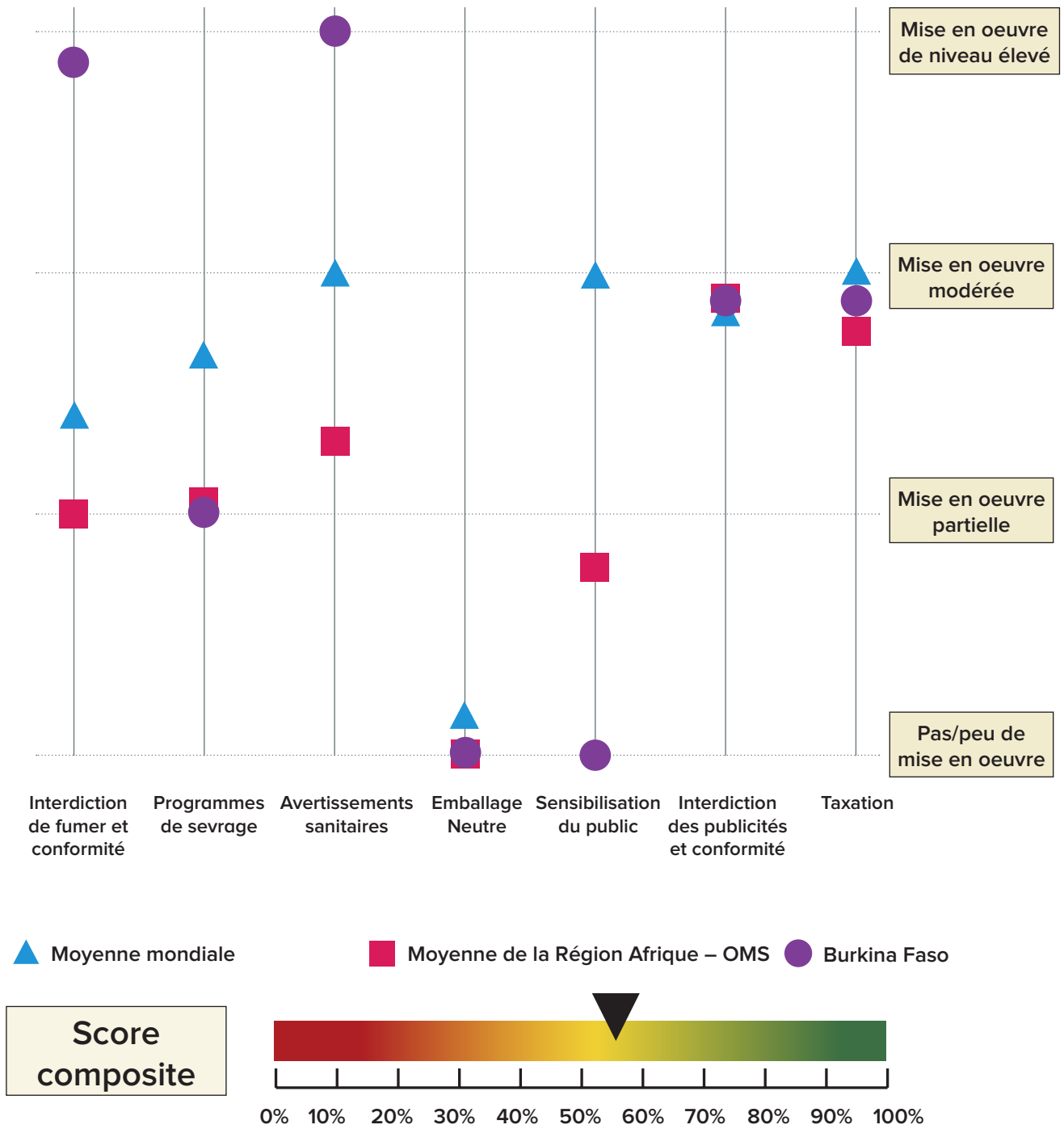
Des mesures fiscales et réglementaires fortes influencent les normes sociétales en signalant que le tabagisme est nocif, non seulement pour les utilisateurs mais aussi pour leur entourage, notamment leur famille, leurs collègues et leurs collaborateurs.

Bien que le Burkina Faso ait fait des progrès dans la mise en œuvre des principales mesures de réduction de la demande, près d'un million de Burkinabés continuent de fumer [4], [53]. La mise en œuvre de mesures supplémentaires de réduction de la demande ou le renforcement des mesures existantes peut rapprocher le Burkina Faso d'un alignement plus étroit avec la Convention-cadre de l'OMS et réduire les coûts substantiels imposés par le tabagisme. L'état d'avancement de chacune des mesures de réduction de la demande par rapport aux recommandations de la Convention-cadre de l'OMS est examiné ci-dessous.

La **Figure 4** résume le statut des mesures de réduction de la demande de tabac au Burkina Faso à partir du Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021 [4] et, pour chacune d'entre elles, les progrès vers la réalisation des obligations cibles de la Convention-cadre de l'OMS. Dans l'ensemble, le Burkina Faso est évalué à 55 pour cent du chemin vers la réalisation des mesures clés de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS, légèrement au-dessus de la moyenne mondiale de 53 pour cent.⁶

6 Ce score composite représente un niveau de mise en œuvre du statu quo des mesures de réduction de la demande de lutte antitabac développées intentionnellement pour les dossiers d'investissement pour la lutte antitabac.

Fig. 4: Mise en œuvre de mesures de réduction de la demande de tabac au Burkina Faso



Source: Rapport de l’OMS sur l’Épidémie Mondiale de tabagisme [4]

1. Augmenter la taxation du tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables (*article 6 de la Convention-cadre de l'OMS*).

Au Burkina Faso, les taxes totales sur le tabac représentent 43,5 % du prix de vente au détail de la marque de cigarettes la plus vendue. En tant que membre de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), le Burkina Faso est soumis à la directive fiscale 2017 de la CEDEAO pour les produits du tabac, y compris un droit d'accise spécifique minimum de (0,02 USD par bâton/ 0,40 USD par paquet) [54]. Cependant, le Burkina Faso n'emploie pas de taxe d'accise spécifique. Les taxes sur les cigarettes se composent d'une taxe d'accise ad valorem et d'une taxe sur la valeur ajoutée (TVA) [4]. Les droits d'accise de la taxe ad valorem, qui est basée sur la valeur de l'importation/le prix du producteur, équivaut à 28 % du prix de détail⁷ [4].

En 2017, l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) à laquelle le Burkina Faso appartient a fixé les taux ad valorem minimum et maximum sur les produits du tabac à 50 et 150 % respectivement. Cela s'ajoute aux directives fiscales de la CEDEAO pour les produits du tabac [54].

Il existe une marge de manœuvre importante pour atteindre ce que le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme considère comme un niveau élevé de réalisation, à savoir que les taxes totales représentent au moins 75 % du prix de vente au détail [4].⁸ En ce qui concerne la conception des taxes sur les produits du tabac, l'OMS formule plusieurs recommandations, notamment que les gouvernements s'appuient davantage sur les accises spécifiques sur le tabac pour faire augmenter les prix (plutôt que de s'appuyer uniquement sur les accises ad valorem), qu'ils augmentent les taxes sur le tabac de manière significative pour réduire l'accessibilité financière des produits du tabac et qu'ils ajustent automatiquement les taxes spécifiques sur le tabac en fonction de l'inflation et de l'augmentation des revenus. En outre, l'OMS recommande aux gouvernements d'appliquer une taxe d'accise représentant au moins 70 % du prix de vente au détail des produits du tabac [55].

7 Les taxes ad valorem sont des taxes prélevées sur la valeur des produits du tabac (c'est-à-dire en pourcentage du prix) et sont moins efficaces pour atteindre les objectifs de santé et générer des revenus que des droits d'accise spécifiques. Les taxes ad valorem sont plus difficiles à administrer et créent davantage de possibilités d'évasion et de fraude fiscales [54]. Par exemple, l'industrie du tabac peut facilement manipuler les valeurs d'importation et déclarer une valeur inférieure, car le gouvernement ne peut pas vérifier la valeur réelle du produit importé, que seul le producteur ou l'importateur connaît. En revanche, le prix de détail déclaré est facile à vérifier en surveillant le marché. Le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme classe la part totale des taxes de 75 % ou plus du prix de détail à un niveau de réalisation élevé [4].

8 Le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme classe la part totale des taxes de 75 % ou plus du prix de détail à un niveau de réalisation élevé [4].

Le Global Cigarette Tax Scorecard, qui évalue les performances des pays en matière de politique fiscale sur les cigarettes, a attribué au Burkina Faso un score de 1,63 sur un maximum de 5 en 2020. Ce score est comparable à la moyenne régionale africaine de 1,64, mais inférieur à la moyenne mondiale de 2,28. Le score du Burkina Faso a augmenté de manière significative depuis 2014, reflétant une réduction de l'abordabilité des cigarettes au cours de cette période, ainsi que l'augmentation de la part fiscale du prix et des améliorations de la structure fiscale [56].

Le dossier d'investissement examine l'impact de l'augmentation des taxes sur les cigarettes à des niveaux considérés dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021, comme un niveau élevé de réalisation [4]. Le dossier d'investissement modélise l'augmentation de la taxe ad valorem et l'introduction d'une taxe d'accise spécifique qui augmente d'année en année, déclenchant des augmentations de prix réels d'une moyenne de 7,4 pour cent par an de 2028 à 2037 (voir l'annexe sur la méthodologie pour des informations détaillées). D'autres gains économiques seront réalisés au Burkina Faso grâce à une augmentation substantielle des taxes sur tous les produits du tabac.

2. Créer des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs pour protéger les personnes des méfaits de la fumée du tabac *(article 8 de la Convention-cadre de l'OMS)*

Il existe au Burkina Faso des politiques strictes en matière d'interdiction de fumer dans les lieux publics intérieurs. Le décret de 2011 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports en commun stipule directement qu' : « il est interdit de fumer dans les lieux publics fermés et dans les transports en commun » et énumère les lieux publics fermés comme étant les administrations publiques, les établissements de santé, les établissements d'enseignement, les lieux de travail et autres lieux, tout en définissant également les transports en commun [57]. Toutefois, le respect de cette politique est apparemment faible, puisqu'elle a reçu une note de 4 sur 10 dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021 [4].

Le dossier d'investissement examine l'impact de la garantie que les lieux publics intérieurs et les lieux de travail sont entièrement non-fumeurs en améliorant les activités de mise en place et d'application de la conformité afin d'augmenter les niveaux de conformité aux politiques antitabac existantes dans les lieux publics.

3. Exiger que les emballages des produits du tabac comportent des avertissements sanitaires graphiques décrivant les effets nocifs du tabagisme (*article 11 de la Convention-cadre de l'OMS*)

Des avertissements sanitaires graphiques sont requis par la loi au Burkina Faso, ce qui signifie que le pays satisfait aux obligations de l'article 11 de la Convention-cadre de l'OMS. Les produits du tabac doivent comporter des avertissements sanitaires couvrant au moins 60 % des faces avant et arrière de l'emballage. Il existe deux types d'avertissements rotatifs exigés par la loi qui décrivent les effets nocifs du tabac et incluent des graphiques [4]. Les descriptifs trompeurs des produits du tabac tels que "faible teneur en goudron" sont interdits [24].

Étant donné que les exigences de l'article 11 de la Convention-cadre de l'OMS sont respectées et que le niveau de mise en œuvre est satisfaisant, cette intervention n'a pas été modélisée dans le dossier d'investissement.

4. Mettre en place des emballages neutres pour les produits du tabac (*Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13*)

Le Burkina Faso n'exige pas actuellement l'emballage neutre des produits du tabac [4]. Le dossier d'investissement modélise l'impact de la mise en œuvre et de l'application des exigences en matière d'emballage neutre.

5. Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions relatives à la lutte antitabac, y compris les risques pour la santé du tabagisme et de la fumée du tabac, la dépendance et les avantages du sevrage (*article 12 de la Convention-cadre de l'OMS*)

Le Burkina Faso n'a pas mené récemment de campagne nationale dans les médias de masse pour sensibiliser le public aux méfaits du tabagisme et aux avantages du sevrage [4]. Cependant, bien qu'aucune campagne nationale n'ait été menée, le Burkina Faso a fait des efforts louables pour accroître la diffusion des messages anti-tabac. En 2019, le Ministère de la santé publique a organisé une formation de cinq jours à Koudougou en partenariat avec l'OMS pour enseigner aux journalistes de tout le pays le tabac comme facteur de risque des maladies non transmissibles, les impacts multiformes du tabac et le rôle de la Convention-cadre de l'OMS et de la législation nationale antitabac au Burkina Faso [58]. En 2018, le Réseau des journalistes pour la

lutte anti-tabac au Burkina Faso, Afrique Contre le Tabac et l'Observatoire du Tabac en Afrique Francophone ont organisé une conférence de presse pour sensibiliser au non-respect des exigences en matière de conditionnement et d'étiquetage des produits du tabac [59]. En 2011, le ministère de la santé publique a organisé un atelier sur le sevrage tabagique [60]. En 2011, des journalistes burkinabés ont créé le Réseau des journalistes pour la lutte antitabac au Burkina Faso afin de sensibiliser la population aux conséquences du tabagisme [61]. Le dossier d'investissement examine la mise en œuvre d'une campagne médiatique de bonne pratique au Burkina Faso, qui impliquerait la mise en œuvre et le maintien d'une campagne nationale qui est étudiée et testée avec un public cible et dont l'impact est évalué.

6. Promulguer et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (TAPS) (article 13 de la Convention-cadre de l'OMS)

Toutes les formes de publicité directe et indirecte ne sont pas interdites au Burkina Faso. La plupart des formes de publicité directe en faveur du tabac sont interdites, mais la législation actuelle n'autorise la publicité et la promotion, comme les affiches, qu'aux points de vente [24]. Toutes les formes de parrainage du tabac sont également interdites [4]. Seules quelques formes de publicités indirectes sont interdites [4], la législation actuelle permettant la promotion par la distribution gratuite par courrier ou par d'autres moyens, les remises promotionnelles et l'apparition de produits du tabac à la télévision et/ou au cinéma. De plus, les messages anti-tabac ne sont pas obligatoires dans les médias où il y a usage de tabac. Les évaluations de conformité par des experts nationaux⁹ indiquent que l'application des aspects existants de l'interdiction du TAPS n'est que modérée [4]. Le dossier d'investissement modélise l'impact de la réduction des lacunes restantes qui autorise les TAPS et assure la pleine conformité avec les interdictions des TAPS.

7. Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant les professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer (article 14 de la Convention-cadre de l'OMS)

Il existe une ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac au Burkina Faso et, bien que certains services d'aide à l'arrêt du tabac soient disponibles dans les cabinets de soins de santé, les structures communautaires et d'autres lieux, ils ne sont pas pris en

9 Cinq experts nationaux ont fourni des évaluations de la conformité aux lois existantes pour le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2021 : aborder les produits nouveaux et émergents [4], dont un haut fonctionnaire chargé de la lutte antitabac, un responsable d'une organisation non gouvernementale qui travaille sur antitabac, un professionnel de la santé, un universitaire et un point focal antitabac au bureau de pays de l'OMS.

charge [4]. Le Burkina Faso a créé un centre de sevrage tabagique à Ouagadougou en 2017, étant le premier en Afrique de l'Ouest à le faire [62]. Bien que les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) puissent être disponibles [63], elles ne sont pas toujours accessibles et ne sont pas prises en charge par le gouvernement, pas plus qu'elles ne figurent sur la liste des médicaments essentiels [4].

La fourniture de conseils brefs aux fumeurs par des professionnels de la santé chaque fois qu'ils accèdent à des services de santé – en particulier dans le cadre des soins primaires – s'est également révélée efficace pour favoriser un sevrage tabagique réussi [64] et représente une première étape utile dans la mise en place d'un soutien aux consommateurs de tabac pour qu'ils en arrêtent l'usage. Le dossier d'investissement modélise l'impact de la formation des prestataires de soins de santé primaires à l'identification des consommateurs de tabac et à la fourniture de conseils en matière de sevrage tabagique (voir l'annexe sur la méthodologie pour des informations détaillées). D'autres gains seraient possibles si l'on apportait un soutien supplémentaire aux consommateurs de tabac, par exemple en offrant des services spécialisés dans le traitement de la dépendance tabagique et/ou un soutien au sevrage tabagique sur internet et en rendant les pharmacothérapies plus largement disponibles (gratuitement, si possible).

Le **Tableau 1** résume l'état actuel des mesures de réduction de la demande au titre de la Convention-cadre de l'OMS et les compare à un objectif qui représenterait un niveau élevé de mise en œuvre pour chaque mesure. L'impact de chaque mesure, individuellement et en combinaison, est décrit dans le Tableau A4 de l'annexe.

Tableau 1: Résumé de l'état actuel des mesures de réduction de la demande au titre de la Convention-cadre de l'OMS au Burkina Faso et objectifs de mise en œuvre modélisés sur la base du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021 [4].

Politique de lutte antitabac	Données de Références du Burkina Faso*	Objectif de mise en œuvre modélisée
Augmenter la taxation du tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables (<i>article 6 de la Convention-cadre de l'OMS</i>).	La part totale de la taxe équivaut à 43,5 % du prix de détail de la marque de cigarettes la plus vendue.	Augmenter la taxe ad valorem sur les cigarettes et introduire une taxe d'accise spécifique afin que les taxes totales représentent au moins 75 % du prix de détail et les taxes d'accise 70 % du prix de détail. Mettre en œuvre des augmentations d'impôts régulières pour dépasser l'inflation et la croissance des revenus.
Créer des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs pour protéger les personnes de l'exposition à la fumée du tabac (<i>article 8 de la Convention-cadre de l'OMS</i>).	Le Burkina Faso dispose d'une politique globale d'interdiction de fumer dans tous les lieux publics et les lieux de travail. Toutefois, des problèmes de conformité subsistent.	Appliquer des exigences globales en matière d'interdiction de fumer dans les lieux publics intérieurs et sur les lieux de travail.

Politique de lutte antitabac	Données de Références du Burkina Faso*	Objectif de mise en œuvre modélisée
Mettre en place des emballages neutres pour les produits du tabac (<i>Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13</i>).	Il n'existe pas actuellement d'exigences en matière d'emballages neutres.	Mettre en œuvre et faire respecter l'emballage neutre des produits du tabac.
Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions relatives à la lutte antitabac, y compris les risques pour la santé du tabagisme et de la fumée du tabac, la dépendance et les avantages du sevrage (<i>article 12 de la Convention-cadre de l'OMS</i>).	Le Burkina Faso n'a pas mené de campagne nationale entre juillet 2018 et juin 2020 d'une durée d'au moins 3 semaines.	Mettre en œuvre et soutenir une campagne médiatique nationale antitabac.
Promulguer et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (TAPS) (<i>article 13 de la Convention-cadre de l'OMS</i>).	Presque toutes les formes de publicité directe sont interdites, à l'exception de la publicité sur le lieu de vente. Toutes les formes de publicité indirecte ne sont pas interdites. Aucune forme de parrainage du tabac n'est autorisée.	Promulguer une interdiction complète de toutes les formes de TAPS.
Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant les professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer (<i>article 14 de la Convention-cadre de l'OMS</i>).	Il existe une ligne téléphonique nationale d'aide à l'arrêt du tabac. Il existe des thérapies non conventionnelles et certains services de sevrage, mais aucun d'entre eux n'est pris en charge.	Développer la formation des prestataires de soins de santé primaires à l'identification des consommateurs de tabac et à la fourniture de conseils en matière de sevrage tabagique ; mettre en place des services de sevrage tabagique au niveau des soins de santé primaires.

Source: Rapport de l'OMS sur l'Épidémie Mondiale du tabagisme, 2021 [4]

2.4 Le tabagisme et la pandémie de COVID-19

La pandémie mondiale de coronavirus (COVID-19) a mis à rude épreuve les systèmes de santé du monde entier et l'impact économique de l'épidémie a été immense. Selon l'OMS, il est prouvé que les fumeurs sont plus susceptibles de souffrir des conséquences les plus graves du COVID-19, telles que l'admission dans des unités de soins intensifs et le décès, que les personnes qui n'ont jamais fumé. En outre, les formes graves de COVID-19 ou les décès dus à la COVID-19 sont plus fréquents chez les personnes présentant des comorbidités liées au tabagisme, notamment la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires [65]. En outre, il est prouvé que le tabagisme aggrave les résultats d'autres maladies transmissibles telles que la tuberculose et le VIH [66].

2.5 Suivi de l'impact de la lutte antitabac

Le Burkina Faso a mené quatre enquêtes mondiales distinctes, deux en 2001 et deux en 2009, dans les deux plus grandes villes du pays, Ouagadougou et Bobo Dioulasso. Aucune enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes n'a encore été menée au Burkina Faso. Une enquête démographique et de santé et une enquête à indicateurs multiples [29] ont été réalisées en 2010. Une enquête STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS) de l'OMS a également été réalisée en 2013 et fournit des informations et des conseils sur les moyens de surveiller et de combattre les MNT au Burkina Faso [30]. En 2023, les discussions avec les collègues du pays dans le cadre de la préparation du dossier d'investissement indiquent qu'une enquête STEPS actualisée est envisagée. Les données disponibles sur les tendances récentes du tabagisme dans les différents groupes démographiques sont minimales, en particulier dans les zones rurales où réside la majorité des Burkinabés et chez les jeunes. À partir de 2021, une autre enquête démographique sur la santé sera menée, qui fournira des données actualisées sur le tabagisme, parmi d'autres caractéristiques, ce qui contribuera à combler le manque de données sur le tabagisme [67].

2.6 Financement de la lutte antitabac

Selon l'article 32 de la loi de 2010 relative à la lutte antitabac au Burkina Faso, le Gouvernement du Burkina Faso est responsable du financement de la lutte antitabac. Les moyens de financement et le fonctionnement des fonds sont fixés par des dispositions réglementaires [23]. Le point focal désigné pour la lutte antitabac au sein du Ministère de la Santé Publique dispose d'un budget propre. En outre, au fil des ans, le Burkina Faso a reçu un soutien financier de la part d'organisations nationales, internationales et intergouvernementales. L'OMS a partiellement financé certaines activités de sevrage tabagique, comme la formation de cinq jours pour les journalistes en 2019 [58]. Le Gouvernement Français, via son organisme public Expertise France, a conçu et contribué à hauteur de 400 000 euros au projet Voussongo, un projet d'un an visant à réduire l'impact du tabac sur la santé et à promouvoir un air plus sain au Burkina Faso [68]. L'initiative Bloomberg Philanthropies a également financé des projets au Burkina Faso, notamment en finançant l'Union des Associations de Lutte Contre le Tabac (UACT), qui a travaillé à la création d'espaces non-fumeurs au Burkina Faso. L'Initiative a également fourni des fonds au Département de la Santé familiale pour la création d'un plan national de lutte antitabac et la promulgation d'une loi complète sur la lutte antitabac [69]. Le Centre pour le contrôle du tabac en Afrique a également financé plusieurs projets de lutte antitabac au Burkina Faso [70].

2.7 Présence et interférence de l'industrie du tabac

Il existe cinq grandes compagnies de tabac au Burkina Faso : Imperial Tobacco Group, British American Tobacco (BAT), Phillip Morris International, Kaane American International Tobacco et Siri production [71], Imperial Brands contrôlant 80 % du marché local des cigarettes [72].

L'industrie du tabac a montré une forte résistance à la législation antitabac au Burkina Faso, en particulier en ce qui concerne les augmentations de taxes et les étiquettes d'avertissement graphiques. L'industrie du tabac affirme que les augmentations des taxes sur le tabac réduiront la demande de produits du tabac licites, ce qui, à son tour, diminuerait considérablement les recettes publiques [73], [74]. En réalité, les preuves montrent systématiquement que ces affirmations sont fausses et que l'augmentation des taxes sur le tabac est le moyen le plus efficace de réduire la consommation de tabac et d'augmenter les recettes publiques [72]. L'industrie du tabac promeut également le discours selon lequel le tabac joue un rôle important dans l'amélioration de l'économie des pays de la région [74]. Là encore, la recherche montre que ces affirmations sont exagérées [74] et, comme le démontrera ce dossier d'investissement, la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac peut apporter une contribution importante au renforcement de l'économie, notamment en créant une main-d'œuvre en meilleure santé et plus productive.

Dans le Global Tobacco Industry Interference Index,¹⁰ le Burkina Faso a obtenu un score de 57, se classant 40e sur 80 pays approximativement au milieu de tous les pays analysés (dans un système où un score plus bas indique moins d'interférence) [72]. L'interférence de l'industrie a entraîné le retard et l'affaiblissement de la législation antitabac au Burkina Faso. Le décret modifiant le décret n° 2011-1051 relatif au conditionnement et à l'étiquetage des produits du tabac, qui stipule les exigences en matière d'avertissements sanitaires, est entré en vigueur en 2019 après avoir été retardé de quatre ans parce qu'Imperial Brands a soulevé plusieurs arguments auprès du gouvernement [72]. En 2010, au cours du processus d'adoption d'une loi anti-tabac, deux compagnies du tabac, BAT et Imperial Tobacco Group, ont proposé un projet de loi anti-tabac au parlement. Bien que leur projet n'ait pas été adopté, l'industrie du tabac a réussi à influencer le gouvernement pour qu'il affaiblisse la loi. Par exemple, des termes tels que "sauf si la réglementation le permet" ont été adoptés pour affaiblir les dispositions de la loi [75].

L'industrie du tabac a également été impliquée dans le commerce illicite au Burkina Faso. Un représentant de Philip Morris International au Burkina Faso est répertorié comme contrebandier de tabac par les Nations Unies et est à la tête d'un trafic annuel de milliards de cigarettes vers l'Afrique du Nord [76]. L'industrie a également apporté un soutien financier au ministère de l'Économie, des Finances et de la Prospective et au ministre du Développement industriel, du Commerce, de l'Artisanat et des Petites et Moyennes Entreprises pour mettre en place un système de suivi, de traçabilité et de vérification des produits du tabac basé sur les normes Codentify [78].¹¹

10 L'indice mondial d'interférence de l'industrie du tabac mesure les efforts déployés par les gouvernements pour lutter contre l'interférence de l'industrie du tabac : Il est accessible à l'adresse suivante : <https://globaltobaccoindex.org/>

11 L'établissement d'un système mondial de suivi et de traçabilité des produits du tabac est au cœur du Protocole de la CCLAT pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Codentify est un système d'authentification non sécurisé développé par l'industrie du tabac. L'industrie a plaidé pour que Codentify soit utilisé comme norme internationale pour le suivi et la traçabilité des produits du tabac. Le Protocole stipule explicitement que l'industrie du tabac ne devrait jouer aucun rôle dans un tel système [77].

Le gouvernement a répondu à certaines exigences de l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS dans la loi de 2010 relative à la lutte antitabac au Burkina Faso, qui exige que le gouvernement rende publiques toutes les relations avec l'industrie du tabac et fournisse au public des informations sur les activités de l'industrie, interdise à l'industrie de recevoir des privilèges, interdise le parrainage de l'industrie du tabac et oblige l'industrie à fournir à l'organe administratif compétent toutes les informations pertinentes concernant ses activités [27]. Le Burkina Faso a l'opportunité d'aller plus loin dans l'action pour lutter contre l'influence négative de l'industrie du tabac sur la santé et le développement durable par la mise en œuvre complète de la Convention-cadre de l'OMS.

2.8 Commerce illicite des produits du tabac

Le commerce illicite des produits du tabac constitue une grave menace pour la santé publique. Le commerce illicite accroît l'accessibilité et le caractère abordable des produits du tabac, alimentant ainsi l'épidémie de tabagisme et sapant les politiques de lutte antitabac. Il entraîne également des pertes substantielles de recettes publiques, tout en contribuant au financement d'activités criminelles transnationales [79]. Malgré les affirmations de l'industrie du tabac, l'évolution du commerce illicite du tabac n'est que très faiblement liée à l'évolution des taxes sur le tabac. L'augmentation des taxes sur le tabac n'entraîne pas nécessairement une augmentation de la contrebande de tabac, comme l'ont démontré de nombreuses études [80]. Il existe des informations contradictoires sur la quantité de produits du tabac importés au Burkina Faso et la quantité exportée du Burkina Faso, ce qui indique que des importations entrent illégalement dans le pays [27]. Le ministère de l'Économie, des Finances et de la Prospective est responsable de la réglementation concernant le commerce illicite du tabac au Burkina Faso et le gère de la même manière que les autres produits de contrebande [27].

En 2016, le Burkina Faso a ratifié le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac [81], ce qui représente une étape importante dans les efforts du pays pour éliminer le problème du tabac illicite. Le Protocole complète la Convention-cadre de l'OMS avec un outil complet pour contrer et, à terme, éliminer le commerce illicite des produits du tabac et pour renforcer les dimensions juridiques de la coopération internationale en matière de santé.

2.9 Le tabac et l'environnement

La culture du tabac au Burkina Faso existe encore à petite échelle après l'abandon progressif de la culture commerciale à grande échelle en 2008. La culture industrielle et organisée du tabac est interdite par la loi de 2010 relative à la lutte contre le tabac au Burkina Faso [27]. L'usage et la culture du tabac représentent un grave danger pour les terres et l'environnement du Burkina Faso, menaçant le pilier le plus solide de l'économie. L'agriculture représente 82 % de la main-d'œuvre et 35 % du PIB [82].

On estime que 1 953 tonnes de mégots et de paquets de cigarettes finissent en déchets toxiques chaque année au Burkina Faso [83], polluant l'environnement et libérant des microplastiques, des métaux lourds et d'autres produits chimiques contenus dans les mégots qui ne sont pas éliminés correctement [84]. La production et la fumée de tabac contribuent également à la pollution généralisée de l'air extérieur [16]. La pollution de l'air est un problème sérieux au Burkina Faso, où l'indice de qualité de l'air est régulièrement dans la fourchette modérée avec une concentration préoccupante de particules fines ($PM_{2,5}$). Elle était en moyenne de $45\mu\text{g}/\text{m}^3$ en 2019 (ce qui est plus de quatre fois supérieur à la valeur guide désignée par l'OMS comme sûre) [85]. L'exposition à la pollution atmosphérique constitue une menace sérieuse pour la santé des Burkinabés, car elle peut entraîner des accidents vasculaires cérébraux, des maladies cardiaques, des cancers du poumon et des maladies respiratoires aiguës et chroniques [16].

2.10 Organisations de la société civile

La société civile est très présente au Burkina Faso et de nombreuses organisations de la société civile (OSC) soutiennent les efforts de lutte antitabac. Il s'agit notamment de l'Union des associations contre le tabac (UACT), un réseau d'une quinzaine d'organisations qui travaille en étroite collaboration avec les points focaux du ministère de la santé publique et de l'OMS. L'UACT a été fondée par l'Association Burkinabé de Santé Publique et comprend des organisations telles que l'Afrique Contre le Tabac, le Club Solidarité Jeunesse, l'Association pour la Lutte Antitabac en Milieu Educatif, la Chaîne de Solidarité Santé et Education et l'Association Pleine Vie [86].

Les organisations de la société civile de lutte antitabac au Burkina Faso ont été impliquées dans un certain nombre d'initiatives importantes pour faire progresser la lutte antitabac dans le pays. Par exemple, en 2020, le Centre pour le Contrôle du Tabac en Afrique a développé une ébauche d'un programme national de contrôle du tabac qui définit un ensemble d'interventions approprié pour le pays, assure un financement adéquat et aide à générer des données sur la lutte antitabac pour suivre les progrès. Des étapes additionnelles sont nécessaires pour valider le document et l'envoyer aux ministères concernés [70]. Afrique Contre le Tabac (ACONTA) a aussi plaidé en faveur d'une augmentation des taxes sur les produits du tabac conformément aux recommandations de l'OMS, y compris des efforts de plaidoyer visant à atteindre les membres du Parlement, le ministère de l'Économie, des Finances et de la Prospective et d'autres parties prenantes du Gouvernement au Burkina Faso [87].

3. Méthodologie

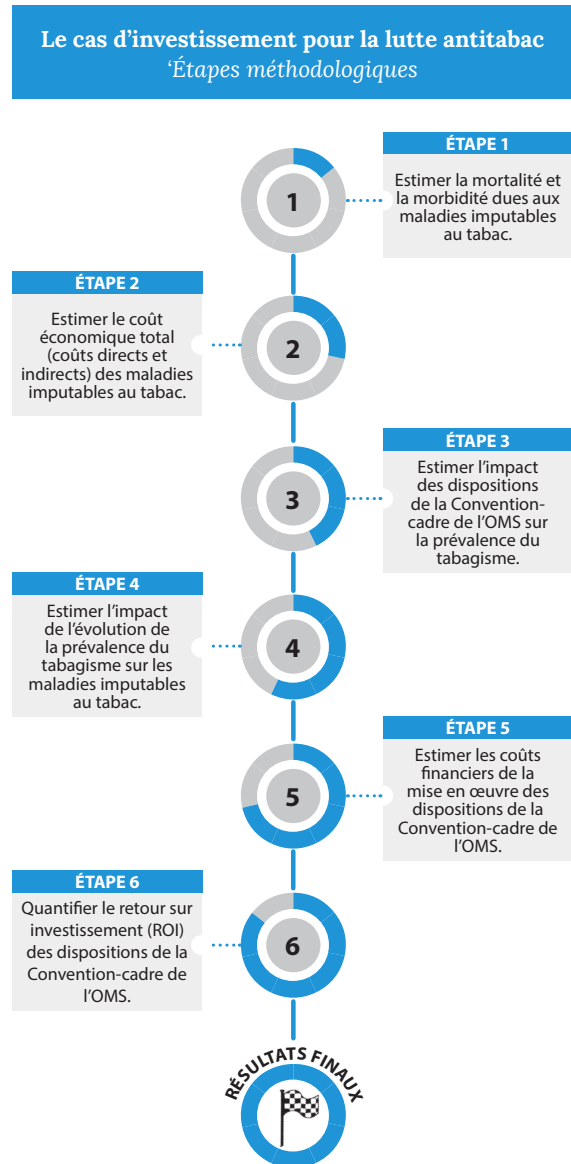
L'objectif du dossier d'investissement est de quantifier le fardeau sanitaire et économique actuel du tabagisme au Burkina Faso (dans le contexte des mesures de la Convention-cadre de l'OMS qui sont actuellement en place), et d'estimer l'impact que la mise en œuvre de nouvelles mesures de la Convention-cadre de l'OMS – ou le renforcement des mesures existantes – aurait sur la réduction de ce fardeau.

Un dossier statique a été développé pour réaliser le dossier d'investissement et pour effectuer les étapes méthodologiques de la **Figure 5**. Cette méthodologie a été utilisée pour les précédents dossiers d'investissement nationaux de la Convention-cadre de l'OMS dans le cadre du projet FCTC 2030.

Les outils et méthodes utilisés pour réaliser ces étapes sont décrits dans l'annexe du présent rapport consacrée à la méthodologie. Les lecteurs intéressés sont également invités à se reporter à l'annexe technique¹² distincte du présent rapport pour un exposé plus approfondi de la méthodologie.

L'équipe chargée du dossier d'investissement a travaillé avec le ministère de la santé publique et d'autres parties prenantes au Burkina Faso pour collecter les données nationales nécessaires au 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'étude sur la Charge Mondiale de Morbidité (GBD) de l'Institut des mesures et évaluations en matière de santé (IHME), et la littérature académique. Dans le dossier d'investissement, les coûts et les avantages monétaires sont exprimés en francs CFA (XOF) constants de 2020 et actualisés à un taux annuel de 5 %.

Fig. 5: Élaboration du dossier d'investissement



12 Disponible sur demande.

4. Résultats

4.1 Le fardeau actuel du tabagisme : coûts sanitaires et économiques¹³

En 2019, la consommation de tabac a causée environ 4 686 décès au Burkina Faso, dont 76 % étaient prématurés, c'est-à-dire survenus chez les moins de 70 ans [88]. Ces décès représentent 113 196 années de vie perdues (YLL), qui sont des années productives perdues au cours desquelles bon nombre de ces personnes auraient contribué à la population active [88]. En monétisant les YLL dues à la consommation de tabac, le dossier d'investissement identifie 12 milliards XOF de pertes dues à la mortalité imputable au tabac.

Alors que les coûts de la mortalité attribuable au tabac sont élevés, les conséquences de l'usage du tabac commencent bien avant la mort. Comme les individus souffrent de maladies attribuables au tabac (par exemple, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires, les cancers), des soins médicaux coûteux sont nécessaires pour les traiter. Les dépenses de traitement médical des maladies causées par le tabagisme ont coûté au gouvernement 3,7 milliards XOF en 2020 et ont fait dépenser 2,3 milliards XOF aux Burkinabés en dépenses de santé directes. Les assurances privées et les institutions à but non lucratif au service des ménages ont dépensé 0,6 milliard XOF pour le traitement des maladies imputables au tabac en 2020. Au total, les dépenses de santé imputables au tabagisme se sont élevées à 6,6 milliards XOF.

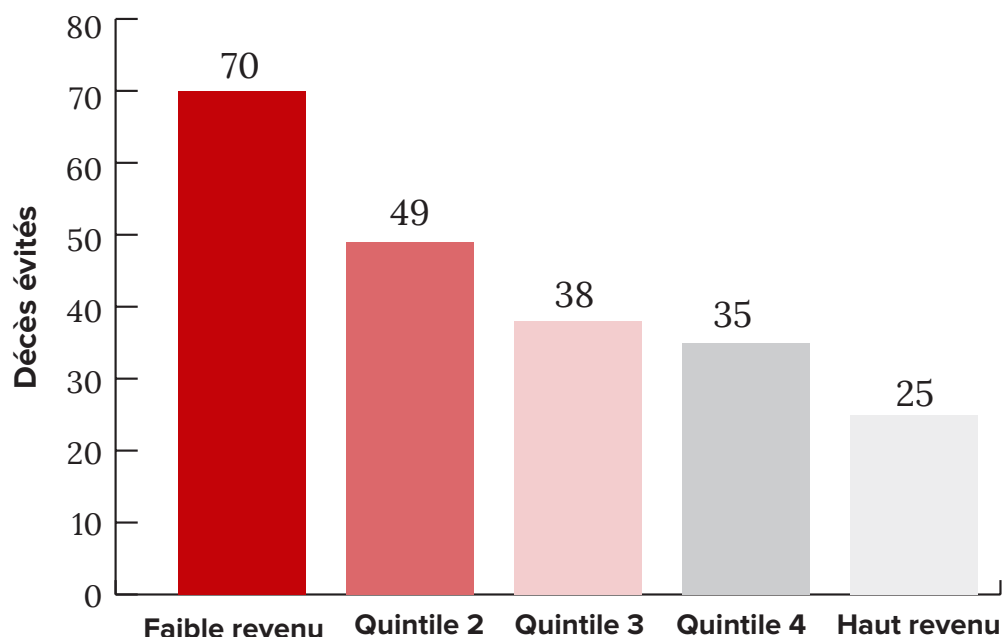
En plus des coûts des soins de santé, lorsque les gens tombent malades, ils sont plus susceptibles de manquer des journées de travail (absentéisme) ou d'être moins productifs au travail (présentéisme). En 2020, le coût de l'absentéisme excessif dû aux maladies liées au tabac était de 10,5 milliards XOF et le coût du présentéisme dû à la cigarette était de 28 milliards XOF.

Au total, la consommation de tabac a causé 57 milliards XOF de pertes économiques en 2020, équivalant à environ 0,5 % du PIB 2020 du Burkina Faso. La Figure 6 résume le fardeau actuel du tabagisme et contextualise les pertes. Le fardeau du tabagisme dépasse largement les recettes que le gouvernement perçoit actuellement en taxant les produits du tabac. Les pertes économiques attribuables au tabac sont environ 1,6 fois plus importantes que les recettes publiques perçues. Chaque fumeur adulte coûte 62 188 XOF.

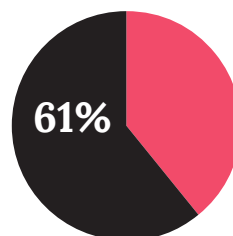
13 Lors de l'évaluation du « fardeau actuel » de la consommation de tabac, les coûts économiques de la mortalité attribuable au tabac incluent le coût des décès dus à toute forme d'exposition au tabac (y compris le tabagisme, la fumée secondaire et l'utilisation d'autres types de produits du tabac). Seuls les coûts attribuables au tabagisme (non attribuables au tabac) sont calculés pour les dépenses de santé, l'absentéisme et le présentéisme. Bien que d'autres formes de tabac puissent également entraîner des pertes dans ces catégories, aucune donnée n'est disponible pour déterminer avec précision ces pertes.

Fig. 6: Contextualiser le fardeau du tabagisme au Burkina Faso, 2020*

Décès évités grâce à l'augmentation des impôts, par quintile de revenu au cours de la première année d'augmentation modélisées (2025)



Recettes fiscales du gouvernement sur le tabac en % du fardeau du tabagisme.



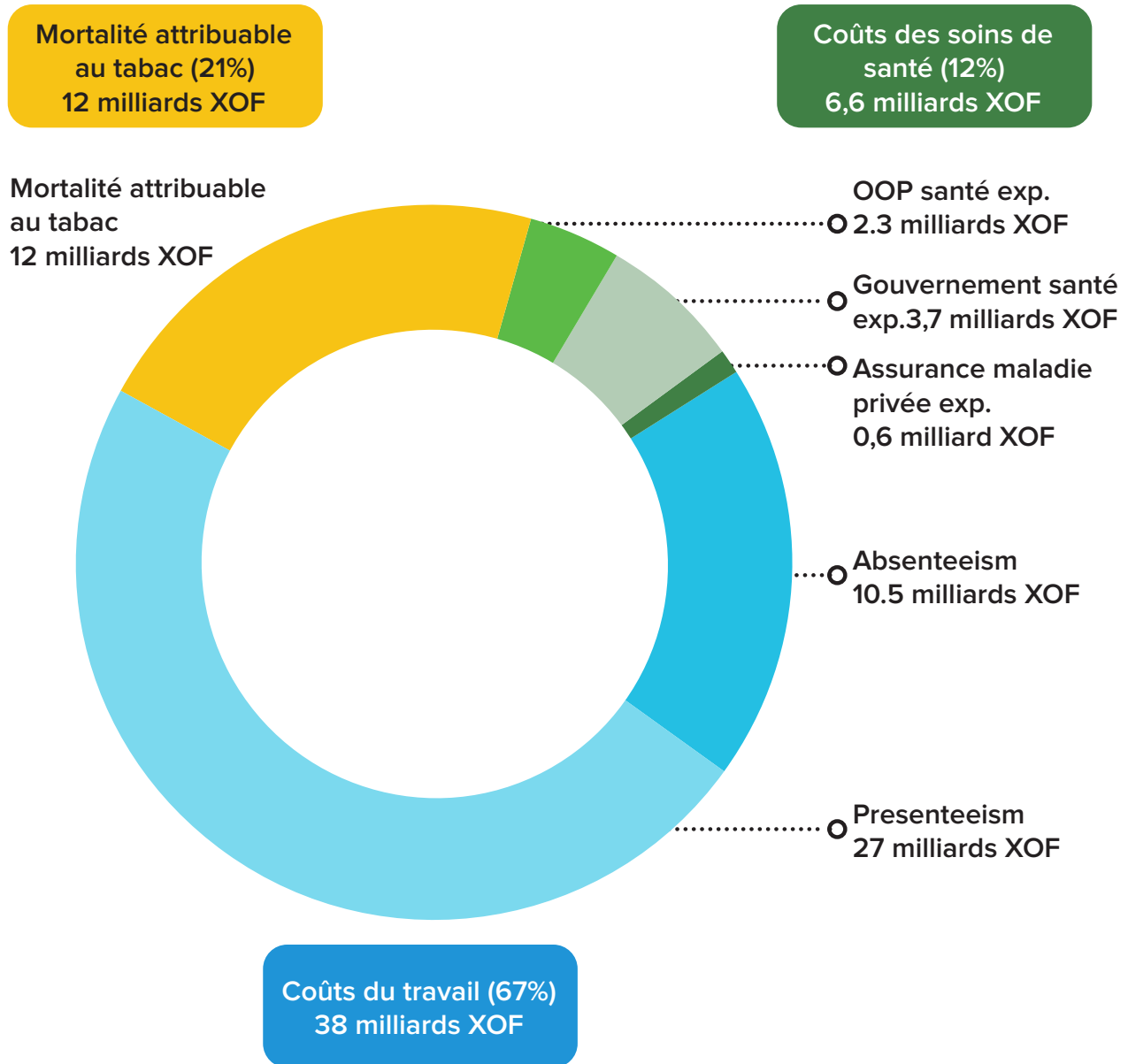
Le tabac coûte **XOF 57 milliards par an** à l'économie du burkina faso, équivalent à **0,5% du PIB annuel**.

Coûts par fumeur adulte **XOF 62.188**

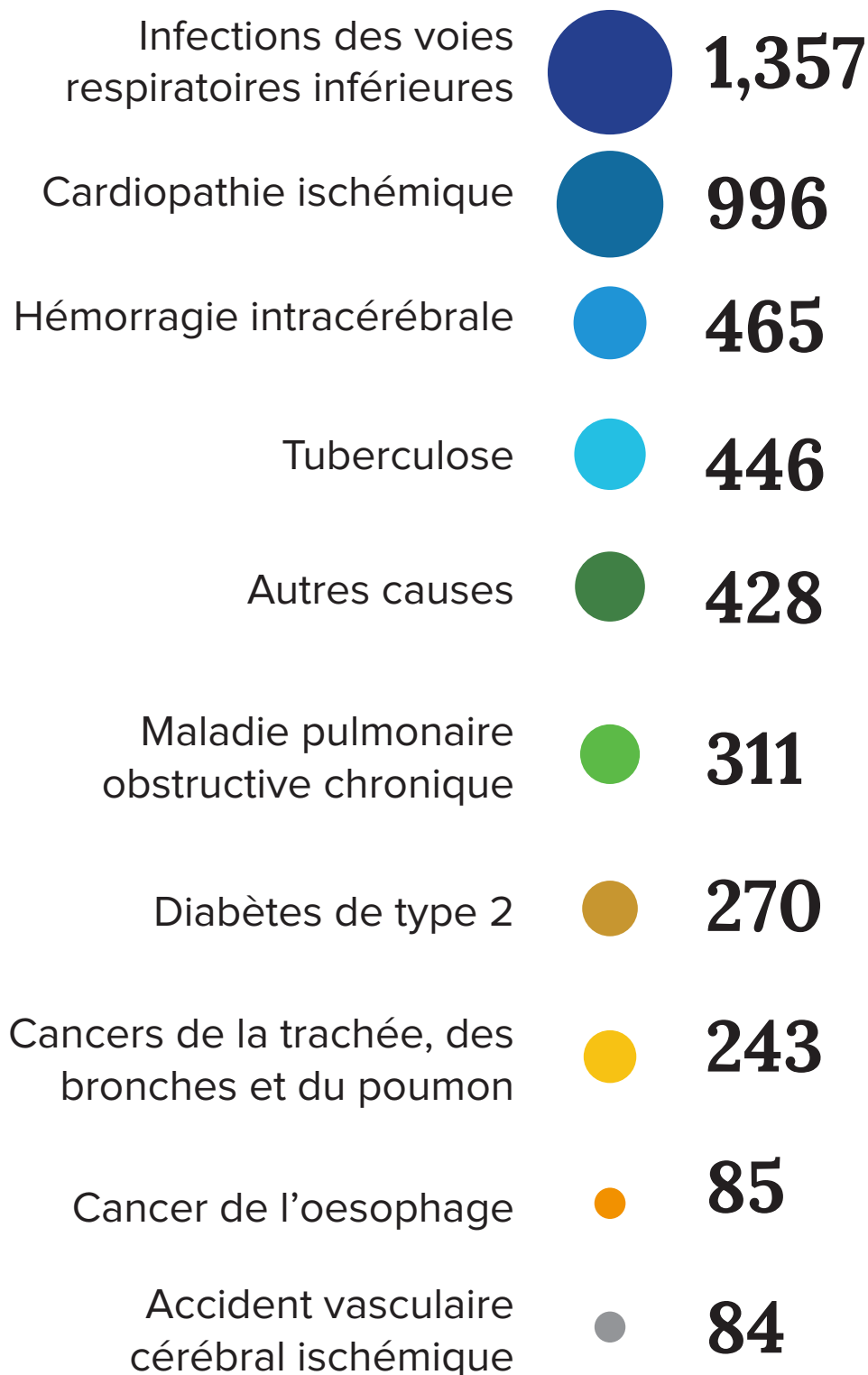
Chiffres susceptibles d'être arrondis. Les comparaisons des recettes fiscales sont fournies à titre de contexte et ne visent pas à suggérer que les taxes devraient être augmentées à des niveaux qui égalisent les recettes avec le fardeau du tabac. Recettes fiscales du gouvernement sur le tabac (26,8 milliards XOF en 2017) provient du Rapport mondial sur la lutte antitabac de l'OMS 2021.

La **Figure 7** illustre la part du fardeau attribuable à la mortalité attribuable au tabac, aux coûts liés au travail et aux coûts des soins de santé. La **figure 8** et la **figure 9** illustrent les pertes de santé annuelles dues à l'usage du tabac.

Fig. 7: Répartition de la part du coût économique de la mortalité attribuable au tabac, des coûts du travail et des coûts de santé au Burkina Faso (milliards XOF) en 2020*

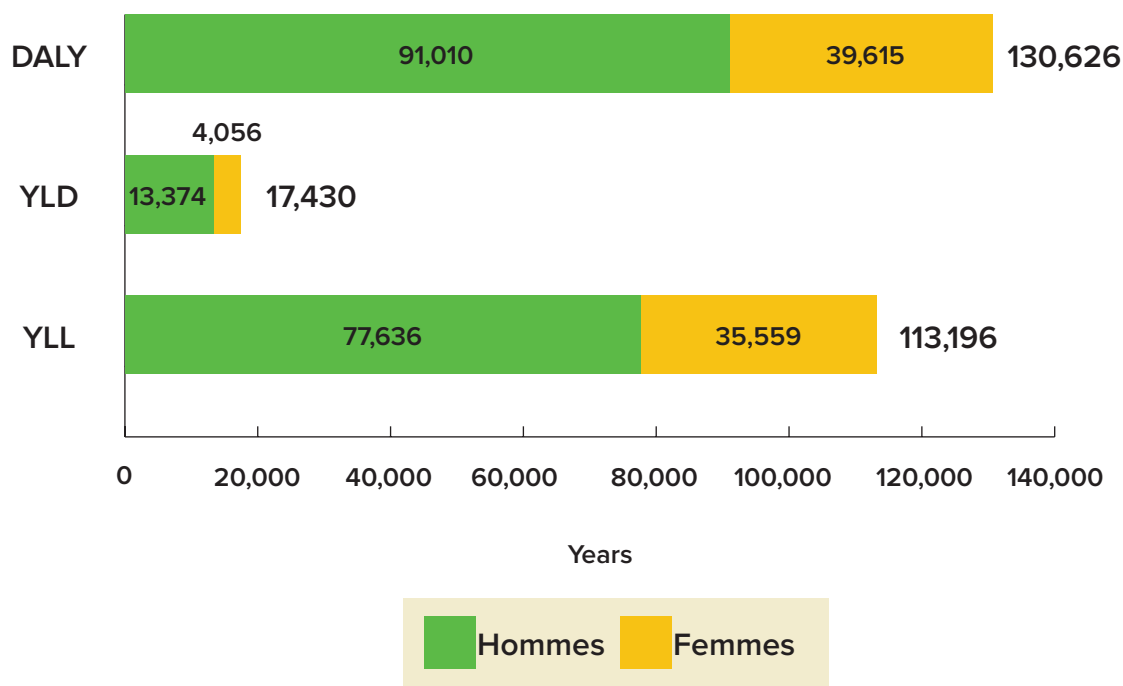


*Chiffres susceptibles d'être arrondis.

Fig. 8: Décès attribuables au tabac par maladie au Burkina Faso, 2019

Source: Les résultats proviennent de l'outil IHME Global Burden of Disease Results Tool. Les autres causes comprennent le cancer de l'estomac, l'asthme, l'ulcère peptique, le cancer des lèvres et de la cavité buccale, le cancer du larynx, la maladie d'Alzheimer et autres démences, le cancer du sein, l'anévrisme de l'aorte, le cancer de la prostate, la leucémie, le cancer du côlon et du rectum, le cancer de la vessie, l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le cancer des cervicales, le cancer du pancréas, le cancer du foie, d'autres cancers du pharynx, les maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires, le cancer du nasopharynx, la fibrillation et le flutter auriculaires, le cancer du rein, la maladie artérielle périphérique et la sclérose en plaques.

Fig. 9: DALY, YLD et YLL attribuables au tabac au Burkina Faso, par sexe, 2019*



Chiffres susceptibles d'être arrondis.

* Une année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) est une mesure universelle qui permet de comparer différentes populations et conditions de santé dans le temps. Les DALY sont égales à la somme des années de vie perdues (YLL) et des années vécues avec une incapacité (YLD). Une DALY équivaut à une année de vie perdue en bonne santé. Les années de vie perdues (YLL) sont des années perdues en raison d'une mortalité prématurée. Les années vécues avec une incapacité (YLD) peuvent également être décrites comme des années vécues dans un état de santé moins qu'idéal. Un YLD est calculé en prenant la prévalence de la condition multipliée par le poids de l'incapacité pour cette condition [89].

4.2 Mise en œuvre des mesures politiques visant à réduire le fardeau du tabagisme

La Convention-cadre de l'OMS fournit un cadre pour les mesures de lutte antitabac à mettre en œuvre par les Parties aux niveaux national et international afin de réduire de manière continue et substantielle la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac. Grâce à la mise en œuvre intégrale des mesures de lutte antitabac dans la Convention-cadre de l'OMS, Le Burkina Faso peut garantir des rendements sanitaires et économiques importants et commencer à réduire les 57 milliards XOF de pertes économiques annuelles dues à l'usage du tabac.

Les deux sous-sections suivantes présentent les avantages sanitaires et économiques qui résultent de six actions politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS : 1) augmenter la taxation du tabac pour réduire l'accessibilité financière des produits du tabac ; 2) à imposer des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs pour protéger les gens contre les méfaits de la fumée de tabac; 3) mettre en place un emballage neutre des produits du tabac

; 4) promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac; 5) promulguer et appliquer une interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac (TAPS) ; et 6) promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant des professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer.

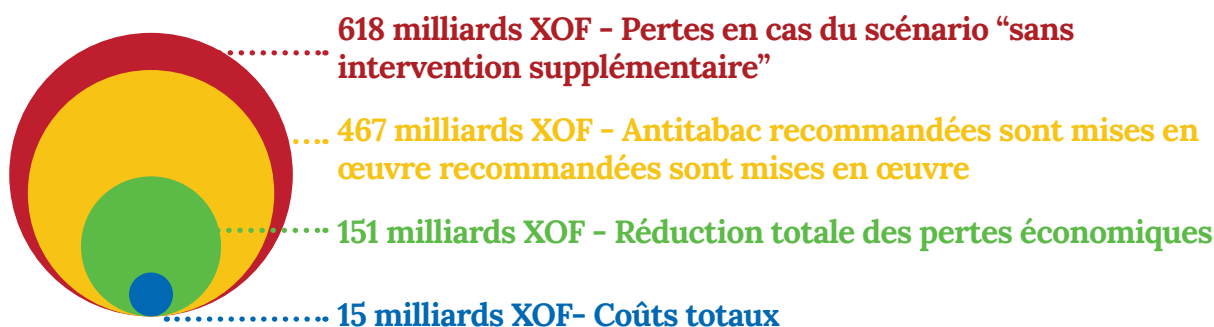
4.2.1 Bienfaits pour la santé – vies sauvées

La mise en œuvre complète de la Convention-cadre de l'OMS au Burkina Faso (y compris les six mesures énumérées ci-dessus) réduirait la prévalence du tabagisme, entraînant des gains de santé substantiels pour le pays. La mise en œuvre de l'ensemble de six actions politiques clés qui sont au centre de ce dossier d'investissement réduirait la prévalence du tabagisme de 44 % (en termes relatifs) sur 15 ans, sauvant 18 684 vies entre 2023 et 2037, soit environ 1 246 vies par an.

4.2.2 Avantages économiques – coûts évités

La mise en œuvre de l'ensemble des six actions politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS permettrait au Burkina Faso d'éviter 24 % des pertes économiques attendues dues à l'usage du tabac au cours des 15 prochaines années. La **figure 10** illustre la mesure dans laquelle le Burkina Faso peut atténuer les pertes économiques qu'il subirait dans le cadre du statu quo.

Fig. 10: Pertes économiques liées au tabac sur 15 ans, 2023-2037

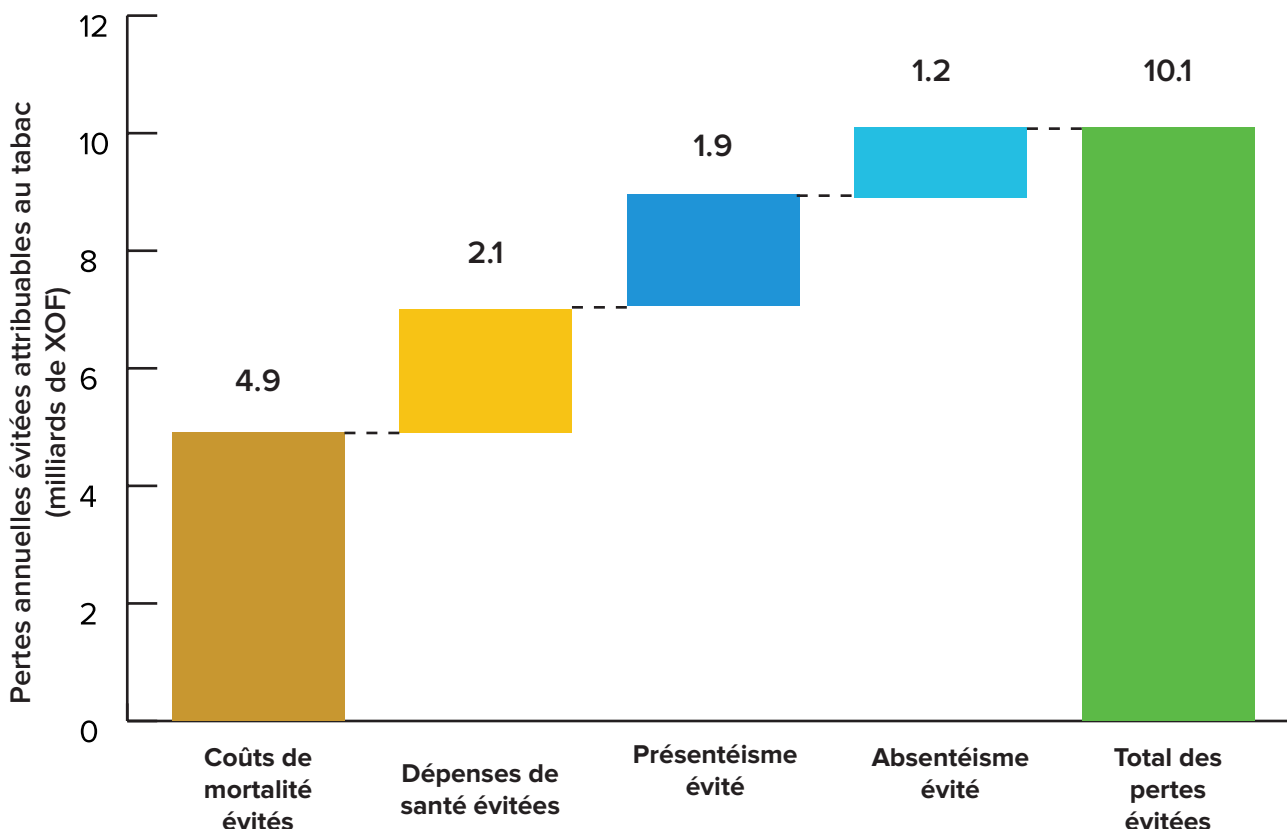


Au total, sur 15 ans, le Burkina Faso économiserait environ 151 milliards XOF qui seraient autrement perdus si l'ensemble des six actions politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS n'était pas mis en œuvre. Cela équivaut à environ 10,1 milliards XOF de pertes annuelles évitées.

Avec une meilleure santé qui découlerait de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS, moins d'individus auraient besoin de services de santé dus aux maladies liées au tabac, entraînant des économies de coûts directes pour le gouvernement et les citoyens.

Une meilleure santé entraîne également une augmentation de la productivité. Moins de personnes en âge de travailler quittent prématurément le marché du travail en raison d'un décès. Les travailleurs manquent moins de journées de travail (absentéisme) et sont moins gênés par des problèmes de santé au travail (présentéisme).

Fig. 11: Sources des coûts économiques annuels évités grâce à la mise en œuvre de l'ensemble des mesures antitabac au Burkina Faso*



*Chiffres susceptibles d'être arrondis.

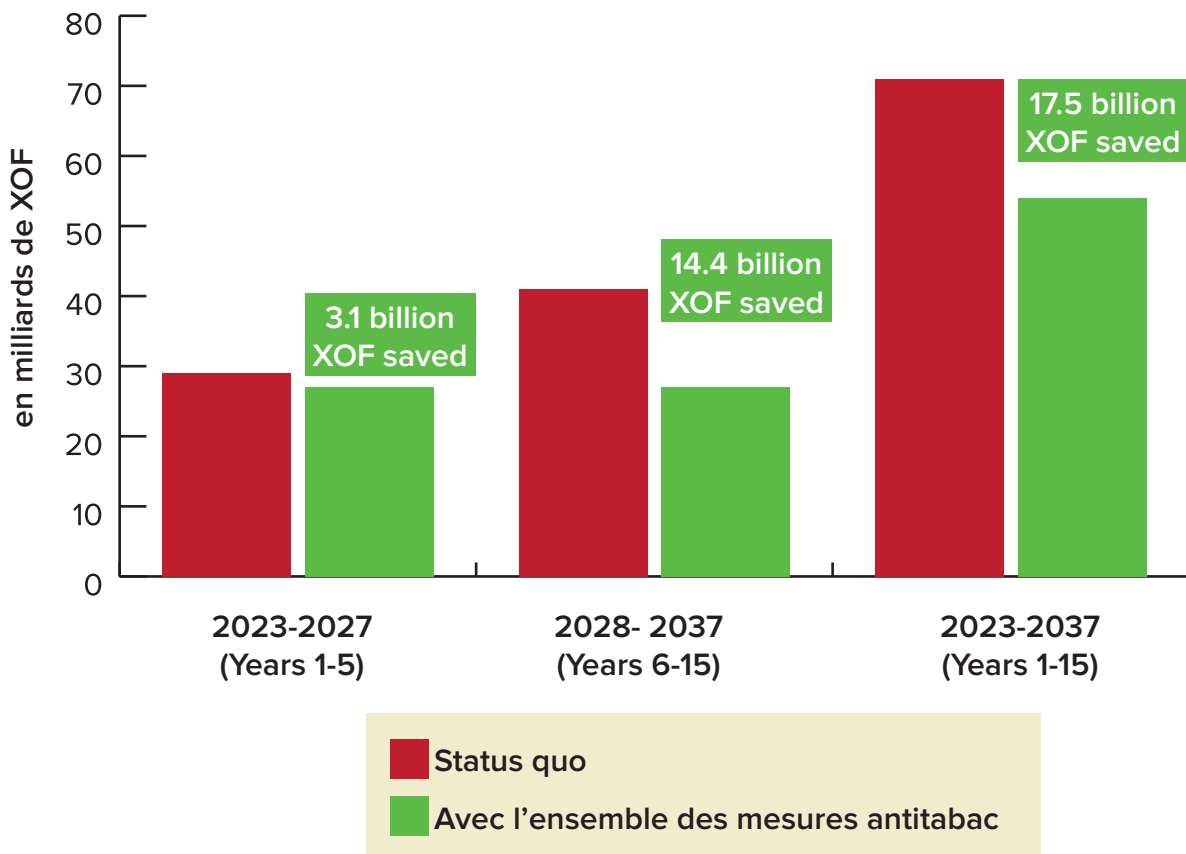
La mise en œuvre de l'ensemble des six actions politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS examinées dans le dossier d'investissement réduira les dépenses médicales tant pour les citoyens que pour le gouvernement. Actuellement, les dépenses totales de santé privées et publiques au Burkina Faso sont d'environ 550 milliards XOF par an [90], et 1,2 % de ce montant est directement lié au traitement de maladies et d'affections dues à l'usage du tabac [91] (≈6,6 milliards XOF).

D'une année sur l'autre, l'ensemble d'interventions réduirait la prévalence du tabagisme, entraînant moins de maladies et, par conséquent, moins de dépenses de santé (voir Figure 12). Sur l'horizon de 15 ans de l'analyse, l'ensemble des interventions évite 17,5 milliards XOF de dépenses de santé, soit 1,2 milliard XOF par an. Sur ces économies, 56% des économies iraient au gouvernement et 35% iraient aux citoyens individuels qui auraient dû effectuer des

paiements directs pour les soins de santé. Le reste des économies irait à l'assurance privée et à d'autres sources de dépenses de soins de santé. Rien que sur la réduction des coûts des soins de santé, le gouvernement s'attendrait à économiser environ 9,8 milliards XOF sur 15 ans.

Simultanément, le gouvernement réussirait à réduire le fardeau des dépenses de santé que le tabac impose aux Burkinabés par le biais de paiements directs, soutenant les efforts visant à réduire les difficultés économiques des familles. Pour les familles dont les fumeurs arrêtent, les dépenses qui auraient été consacrées aux produits du tabac ou aux soins de santé pourraient plutôt être investies dans la nutrition, l'éducation et d'autres intrants productifs pour assurer un avenir meilleur.

Fig. 12: Coûts (et économies) des soins de santé privés et publics au Burkina Faso sur un horizon de 15 ans, 2023-2037



*Chiffres susceptibles d'être arrondis.

4.2.3 Le retour sur investissement

Bien que les gains sanitaires du renforcement de la lutte antitabac au Burkina Faso suffisent à eux seuls à justifier le coût des interventions, les gains économiques qui en découleront également plaideront en faveur de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS encore plus solide.

Un investissement est considéré comme rentable d'un point de vue économique si les gains de sa réalisation l'emportent sur les coûts. Une analyse du retour sur investissement (ROI) mesure l'efficacité des investissements dans la lutte antitabac en divisant les avantages économiques tirés de la mise en œuvre des investissements dans la lutte antitabac de la Convention-cadre de l'OMS par les coûts des investissements.

Pour ce dossier d'investissement, le retour sur investissement de chaque intervention a été évalué à court terme (cinq ans), pour s'aligner sur les cycles de planification et politiques, et à moyen terme (15 ans) pour s'aligner sur le calendrier initial alloué aux ODD. Le retour sur investissement a également été évalué pour l'ensemble complet des six actions politiques de la Convention-cadre de l'OMS. Les avantages totaux (pertes économiques évitées dues à la mortalité attribuable au tabac, dépenses de santé et diminution de la productivité sur le lieu de travail) sont une mesure des interventions qui devraient avoir le plus grand impact.

Le **Tableau 2** affiche les coûts, les avantages et les retours sur investissement par intervention, ainsi que pour toutes les interventions combinées. À l'exception de la formation des professionnels de la santé pour prodiguer de brefs conseils pour arrêter l'usage du tabac (une intervention au niveau individuel avec des coûts de personnel initiaux plus élevés), toutes les interventions offrent 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 l'emportent sur les coûts. Selon l'intervention, au cours des cinq premières années, le gouvernement obtiendra des avantages économiques allant de 0,03 à 21 fois son investissement. Étant donné la nature à long terme de nombreuses maladies liées au tabac, la maladie ne se développant souvent qu'après des années de consommation de tabac, le retour sur investissement de chaque intervention continuerait d'augmenter avec le temps, reflétant les gains cumulés des étapes de planification et de développement à la mise en œuvre complète.

Tableau 2 : Retour sur investissement, par politique/intervention de lutte antitabac, au Burkina Faso (milliards de XOF), 2023-2027 et 2023-2037

Return on investment, by tobacco control measure	Cinq premières années (2023-2027)			Total 15 années (2023-2037)		
	Coûts totaux (milliards)	Bénéfices totaux (milliards)	ROI	Coûts totaux (milliards)	Bénéfices totaux (milliards)	ROI
Ensemble des mesures antitabac* <i>(toutes les politiques/interventions mises en œuvre simultanément)</i>	6.4	27	4	15.0	151	10
Augmenter la taxation du tabac <i>(fiscalité des cigarettes modélisée)¹⁴</i> <i>(Article 6 de la Convention-cadre de l'OMS)</i>	0.5	11.1	21	1.1	63	56
Créer des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs <i>(article 8 de la Convention-cadre de l'OMS)</i>	1.3	1.4	1	2.6	9.7	4
Mettre en place un emballage neutre <i>(Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13)</i>	0.6	2.3	4	1.2	16.1	13
Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac <i>(article 12 de la Convention-cadre de l'OMS)</i>	0.7	8.6	13	1.6	59	36
Adopter et appliquer une interdiction complète des TAPS <i>(article 13 de la Convention-cadre de l'OMS)</i>	0.6	6.8	11	1.3	47	36
Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance en formant les professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer <i>(Article 14 de la Convention-cadre de l'OMS)</i>	1.9	0.1	0.03	5.2	1.0	0.2

* L'impact combiné de toutes les interventions n'est pas la somme des interventions individuelles. Pour évaluer l'impact combiné des interventions, à la suite de Levy et ses collègues (2018), "les ampleurs d'effet [sont appliquées] sous forme de réductions relatives constantes ; autrement dit, pour les politiques i et j à effet PRi et PRj, $(1-PR\ ii) \times (1-PR\ j)$ [est] appliqué à la prévalence actuelle du tabagisme [92]. Les coûts de l'ensemble des mesures incluent les coûts des politiques examinées, ainsi que les coûts programmatiques mettre en œuvre et superviser un programme complet de lutte antitabac.

14 Augmenter les taxes à ce qui est considéré dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021 comme un niveau de réalisation élevé, c'est-à-dire que le total des taxes représente au moins 75 % du prix de détail. Dans le scénario modélisé, les taxes sur les cigarettes atteindraient le seuil de 75 % en 2031.

Sur la période de 15 ans, l'augmentation des taxes sur les cigarettes devrait avoir le meilleur retour sur investissement (56:1).¹⁵ Le rendement sera encore plus élevé avec l'augmentation des taxes sur tous les produits du tabac. L'adoption et l'application d'une interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac (TAPS) et la promotion et le renforcement de la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac devraient avoir le retour sur investissement le plus élevé suivant (36: 1), suivi de la mise en œuvre de l'emballage neutre des produits du tabac (13:1), de la mise en application des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs pour protéger les personnes contre les méfaits de la fumée de tabac (4:1), et enfin promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance au tabac en formant des professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de l'usage du tabac (0,3:1).



Photo: © UNDP

15 Arrondi au nombre entier le plus proche.

5. Examen des impacts supplémentaires : équité et odd

Le dossier d'investissement examine comment l'augmentation des impôts aurait un impact sur l'équité et les contributions qu'une mise en œuvre plus solide de la Convention-cadre de l'OMS apporterait à la réalisation par le Burkina Faso de la cible 3.4 des ODD.

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

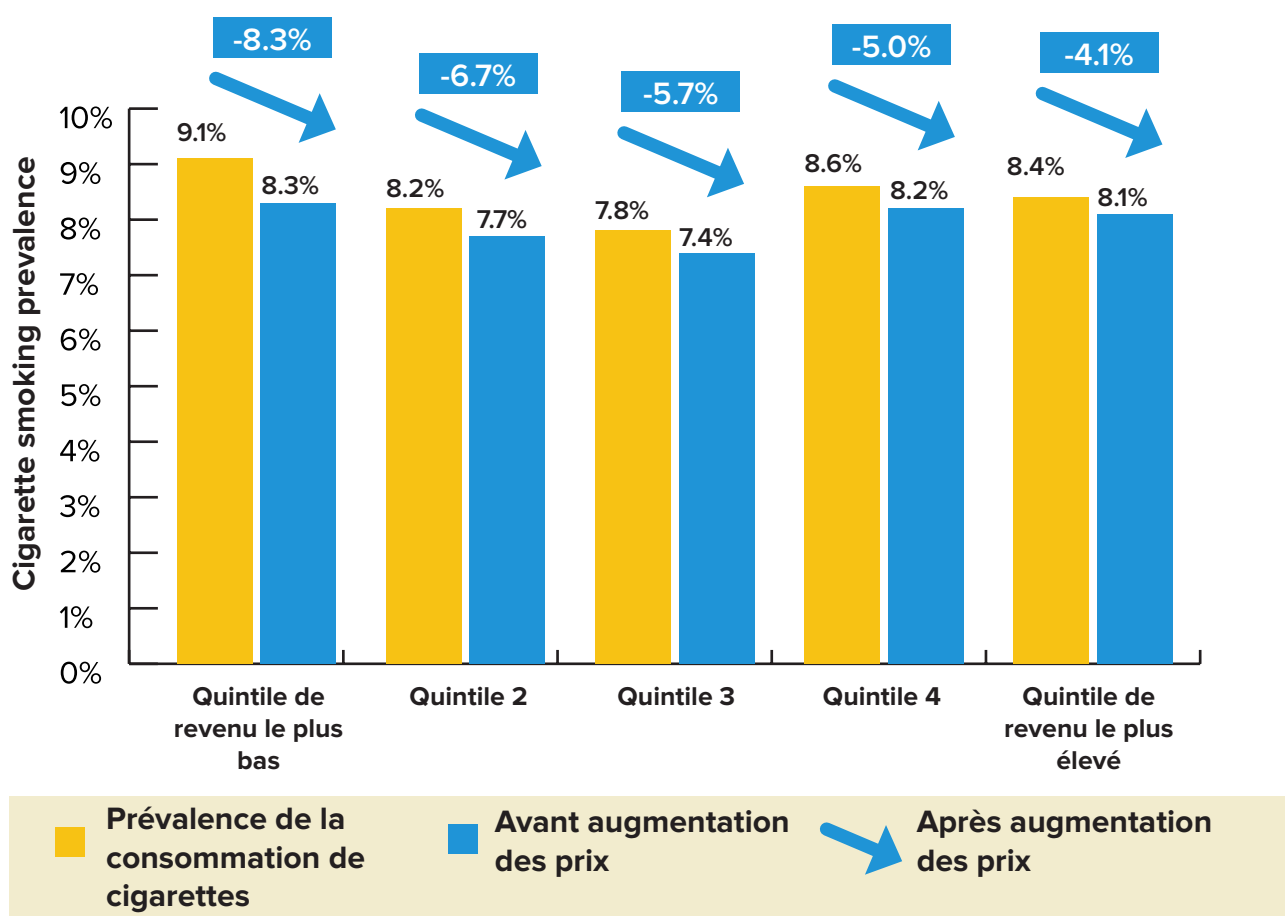
Une idée fausse courante est que les taxes sur les produits du tabac peuvent nuire de manière disproportionnée aux consommateurs de tabac pauvres, puisque la charge fiscale représente une proportion plus élevée de leurs revenus que celle des consommateurs de tabac plus riches. Cependant, les données montrent que ce sont les pauvres qui bénéficieront le plus de l'augmentation des taxes sur les cigarettes [93]. Par rapport aux fumeurs plus riches, les fumeurs à faible revenu sont plus susceptibles d'arrêter de fumer lorsque les impôts augmentent [41], ce qui signifie qu'ils bénéficient d'une diminution ultérieure des problèmes de santé liés au tabac et des coûts médicaux qui peuvent être financièrement catastrophiques. Au Liban [94], par exemple, une augmentation de 50 % du prix des cigarettes devait empêcher 23 000 ménages de sombrer dans la pauvreté en 50 ans, et ce même niveau d'augmentation a permis d'éviter des dépenses de santé catastrophiques pour 1,83 million d'individus en Inde, 440 000 au Bangladesh, et 350 000 au Vietnam [95].

Pour examiner dans quelle mesure une augmentation de la taxe sur les cigarettes pourrait être considérée comme favorable aux pauvres au Burkina Faso, une analyse d'équité a été entreprise dans le cadre du dossier d'investissement. L'analyse divise la population du Burkina Faso en cinq groupes égaux, selon le revenu, où le quintile 1 est composé des 20 % les plus pauvres et le quintile 5 est composé des 20 % les plus riches. Au sein de chaque groupe de revenu, l'analyse examine l'impact d'une augmentation hypothétique des taxes qui augmenterait le prix du paquet moyen de cigarettes d'environ 27 % (210 XOF, soit environ 0,36 USD). Cela ne représente que la première année des augmentations d'impôt modélisées dans le dossier d'investissement. Les personnes à différents niveaux de revenu ont tendance à réagir différemment aux variations de prix.

Au Burkina Faso, il n'y a pas de grandes différences dans la prévalence du tabagisme entre les groupes de revenus, bien que le quintile de revenu le plus pauvre ait la prévalence de tabagisme la plus élevée (9,1 %), ce qui signifie qu'ils subissent la plus grande part des impacts sanitaires et économiques résultant de l'usage du tabac [29].

Les résultats de l'analyse montrent que tous les quintiles de revenu réduisent le tabagisme en réponse aux mesures fiscales, mais parce que les personnes à faible revenu sont plus sensibles aux changements 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 13** montre la prévalence du tabagisme dans chaque quintile de revenu avant et après l'augmentation des impôts, ainsi que l'évolution relative de la prévalence du tabagisme.

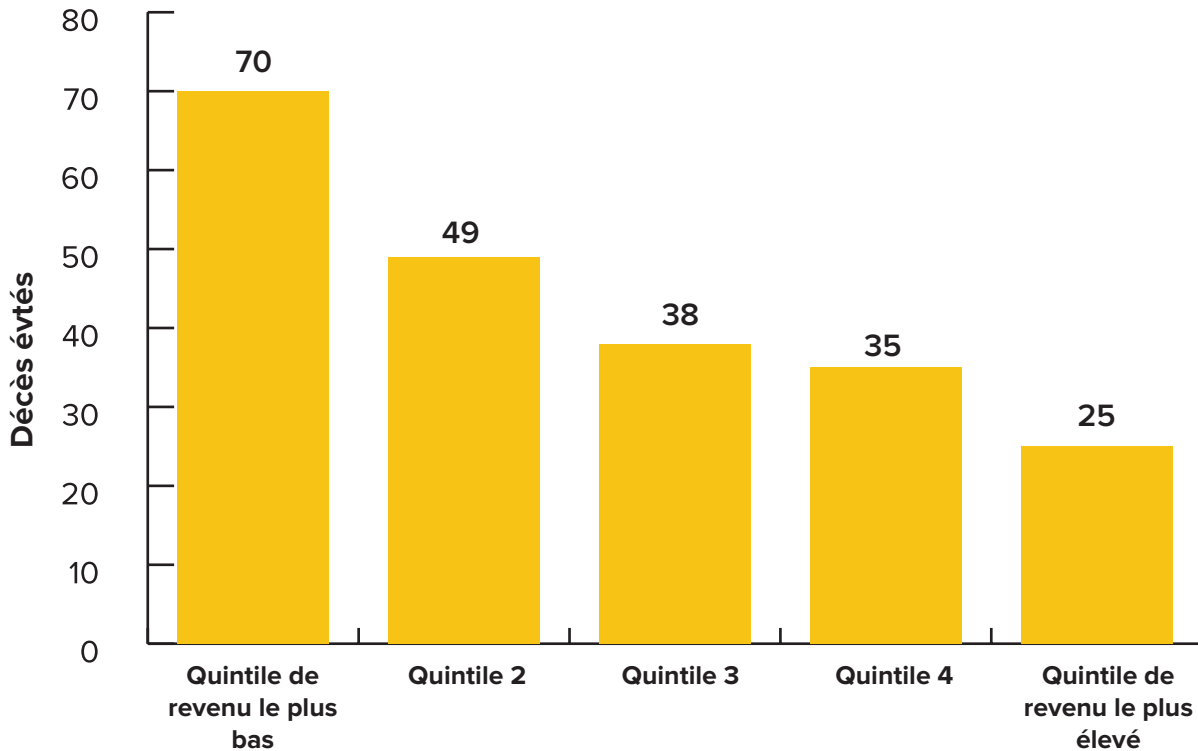
Fig. 13: Réduction relative de la prévalence de la consommation de cigarettes avant et après l'augmentation de la taxe sur les cigarettes, au Burkina Faso, par quintile de revenu, au cours de la première année d'augmentation de la taxe modélisée (2025)*



*Les pourcentages sont arrondis à la deuxième décimale.

Des taux de consommation de cigarettes plus faibles se traduisent par des gains de santé. Avant l'augmentation de la taxe sur les cigarettes, sur les quelque 4 700 décès attribuables à la consommation de cigarettes observés en 2019, 22 % sont survenus parmi les 20 % les plus pauvres de la population (quintile 1). Alors que l'augmentation des taxes sur les cigarettes fait chuter la prévalence de la consommation de cigarette le plus dans le quintile le plus pauvre, les avantages pour la santé reviennent de manière disproportionnée aux Burkinabés à faible revenu. L'analyse de l'équité révèle que 32 % des décès qui seraient évités au cours de la première année d'augmentations d'impôts modélisées dans le dossier d'investissement seraient parmi les 20 % les plus pauvres de la population, comme le montre la **figure 14**.

Fig. 14. Décès évités au Burkina Faso par augmentation des taxes, par quintile de revenu au cours de la première année des augmentations de taxes modélisées (2025)



5.2 Les objectifs de développement durable et la Convention-cadre de l'OMS

La mise en œuvre de l'ensemble des six mesures politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS aidera le Burkina Faso à atteindre la cible 3.a de l'ODD, à savoir renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS. En outre, agir maintenant contribuera aux efforts du Burkina Faso pour atteindre la cible 3.4 de l'ODD, à savoir réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT d'ici 2030 : ces mesures contribueraient à l'équivalent d'environ 5,5 % de la réduction de la mortalité nécessaire pour que le Burkina Faso atteigne la cible 3.4 de l'ODD.

La Convention-cadre de l'OMS est un accélérateur du développement durable, et sa mise en œuvre contribuera à la réalisation de nombreux ODD, y compris ceux qui ne relèvent pas du domaine de la santé et du bien-être [20]. Par exemple, le renforcement de la lutte antitabac contribuera à la réduction de la pauvreté et des inégalités (objectifs 1 et 10, respectivement) et à la croissance économique (objectif 8).



La cible 3.4 de l'ODD

D'ici à 2030, les mesures de la CCLAT vont contribuer à l'équivalent d'environ 5,5 % de la réduction de la mortalité nécessaire pour que le Burkina Faso atteigne la cible 3.4 de l'ODD.

Recommandations

- 1** S'engager à mettre pleinement en œuvre la Convention-cadre de l'OMS.
- 2** Réformer les structures des droits d'accise sur le tabac et augmenter les taux d'imposition (article 6 de la Convention-cadre de l'OMS).
- 3** Mettre en œuvre les cinq autres politiques de lutte antitabac étudiées dans le présent dossier d'investissement :
 - Faire respecter les politiques globales visant à rendre tous les lieux publics et lieux de travail non-fumeurs (article 8 de la Convention-cadre de l'OMS) ;
 - Emballage neutre des produits du tabac (directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13) ;
 - Une sensibilisation accrue du public aux questions relatives à la lutte antitabac, notamment aux risques pour la santé du tabagisme et de la fumée du tabac, à la dépendance et aux avantages du sevrage (article 12 de la Convention-cadre de l'OMS) ;
 - L'interdiction complète de toute forme de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (TAPS) (article 13 de la Convention-cadre de l'OMS) ; et
 - Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant les professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer (article 14 de la Convention-cadre de l'OMS).
- 4** Renouveler et mettre à jour la stratégie nationale de lutte antitabac du Burkina Faso (article 5.1 de la Convention-cadre de l'OMS).
- 5** Mettre en œuvre des mesures visant à protéger les politiques de santé publique des intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac (article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS).
- 6** Mettre pleinement en œuvre le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, notamment en renforçant les capacités de lutte contre le commerce illicite (article 15 de la Convention-cadre de l'OMS).
- 7** Renforcer la coordination multisectorielle de la lutte antitabac et encourager la participation de la société civile à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS (article 5, paragraphe 2, point a), et article 4, paragraphe 7, de la Convention-cadre de l'OMS).
- 8** Intensifier la recherche, le suivi et la surveillance du tabagisme (article 20 de la Convention-cadre de l'OMS).
- 9** Identifier les possibilités de lier la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS à des stratégies plus larges de développement durable au Burkina Faso.

6. Conclusions et recommandations

Chaque année, le tabagisme coûte au Burkina Faso 57 milliards XOF en pertes économiques et entraîne des pertes considérables en termes de développement humain. Heureusement, comme le montre le dossier d'investissement, il est possible de réduire le fardeau sanitaire, social et économique du tabac au Burkina Faso. L'adoption des six mesures clés de la Convention-cadre de l'OMS permettrait de sauver 1246 vies chaque année et de réduire l'incidence des maladies, ce qui se traduirait par des économies en termes de coûts médicaux évités et de pertes de productivité.

En termes économiques, ces avantages sont considérables, puisqu'ils s'élèvent à 151 milliards XOF au cours des 15 prochaines années. Il est important de noter que les avantages économiques du renforcement de la lutte antitabac au Burkina Faso dépassent largement les coûts de mise en œuvre (151 milliards XOF de bénéfices contre seulement 15 milliards XOF de coûts).

En investissant maintenant dans l'ensemble des six mesures de la Convention-cadre de l'OMS modélisées dans ce dossier d'investissement, le Burkina Faso pourrait non seulement réduire la consommation de tabac, améliorer la santé, réduire les dépenses de santé du gouvernement et développer l'économie, mais aussi réduire les difficultés rencontrées par de nombreux Burkinabés. Le pays peut également réinvestir les économies réalisées sur les dépenses de santé publique et les recettes provenant de l'augmentation des taxes sur le tabac dans des priorités de développement national telles que la couverture sanitaire universelle et d'autres mesures de protection sociale, ainsi que dans les efforts d'intervention et de redressement liés au COVID-19.

Sur la base des conclusions de ce dossier d'investissement, il est recommandé de poursuivre simultanément ces actions clés pour le Burkina Faso :

1

S'engager à mettre pleinement en œuvre la Convention-cadre de l'OMS au Burkina Faso

En tant que Partie à la Convention-cadre de l'OMS, le Burkina Faso s'est engagé à la mettre pleinement en œuvre. La Convention-cadre de l'OMS est un traité fondé sur des données probantes qui établit un plan d'action clair pour protéger les générations actuelles et futures

des conséquences sanitaires, sociales, environnementales et économiques dévastatrices de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac. Le Burkina Faso est encouragé à s'engager à mettre pleinement en œuvre le traité, en mettant l'accent sur les recommandations formulées à l'intention des Parties dans la stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac : Faire progresser le développement durable par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS 2019-2025, dans les directives pertinentes de mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS, dans les rapports d'évaluation des besoins de la Convention-cadre de l'OMS [27] et dans le présent dossier d'investissement.

Grâce au projet FCTC 2030, le projet phare d'aide au développement du Secrétariat de la Convention, le Burkina Faso reçoit un soutien pour prendre des mesures politiques en vue de la mise en œuvre complète du traité. En tant que pays participant au projet FCTC 2030, le Burkina Faso a accès à des ressources techniques et financières, y compris un soutien intensif du Secrétariat de la Convention, de l'OMS et du PNUD.

2

Compte tenu de l'efficacité de la taxation du tabac, renforcer les structures de taxation du tabac et augmenter les taux d'imposition (article 6 de la Convention-cadre de l'OMS)

Le Burkina Faso est encouragé à introduire une taxe d'accise spécifique sur les produits du tabac et à augmenter la part de la taxe dans le prix de vente au détail du tabac, conformément aux recommandations formulées dans les lignes directrices de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 6 de la Convention-cadre de l'OMS [96] et par l'OMS dans le Manuel technique de l'OMS sur la politique et l'administration des taxes sur le tabac [55]. Il est également encouragé à augmenter sensiblement la part des taxes dans le prix de vente au détail du tabac pour atteindre ou dépasser 75 % du prix de vente au détail (considéré dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021, comme une réalisation de haut niveau) [4].

L'introduction d'une taxe d'accise spécifique sur le tabac est recommandée car elle est plus difficile à manipuler par l'industrie du tabac et plus facile à mettre en œuvre par les autorités [55], [97]. Les taxes sur le tabac doivent viser à réduire l'accessibilité financière, notamment en augmentant à un rythme supérieur à l'inflation et à la croissance des revenus [97].

Le Burkina Faso doit suivre les directives fiscales établies par l'UEMOA et la CEDEAO, y compris les taux ad valorem minimum et maximum de l'UEMOA sur les produits du tabac (50 et 150 pour cent respectivement) et le droit d'accise spécifique minimum de la CEDEAO de 0,02 USD par bâtonnet. Des recherches ont montré que si les 15 pays adoptaient la directive de la CEDEAO, cela améliorerait la structure fiscale (la taxe d'accise spécifique compensant

une faible taxe ad valorem), en plus d'augmenter considérablement le prix de vente au détail des cigarettes et les recettes fiscales et de diminuer les volumes de vente [54].

Il est également recommandé de veiller à ce que des politiques robustes de taxation du tabac soient mises en place pour tous les types de tabac (y compris pour la chicha, le tabac sans fumée et les nouveaux produits du tabac), et d'envisager la suppression des franchises douanières pour le tabac.

Il est clairement établi que l'augmentation du prix des cigarettes par le biais d'une hausse des taxes est une mesure très efficace pour réduire le tabagisme chez les jeunes, les jeunes adultes et les personnes issues de communautés socio-économiques défavorisées. L'augmentation du prix du tabac sera bénéfique pour ces populations vulnérables.

3

Prendre des mesures pour renforcer, mettre en œuvre et appliquer les cinq autres actions politiques clés de la Convention-cadre de l'OMS modélisées dans ce dossier d'investissement :

- faire respecter l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail afin de protéger les personnes de la fumée du tabac (article 8 de la Convention-cadre de l'OMS)
- envisager la mise en œuvre d'emballages neutres pour réduire l'attrait des produits du tabac et mettre davantage en évidence les avertissements sanitaires (directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13),
- promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions relatives à la lutte antitabac, y compris les risques pour la santé du tabagisme et de la fumée du tabac, la dépendance et les avantages du sevrage (article 12 de la Convention-cadre de l'OMS),
- promulguer et faire respecter une interdiction complète de toute forme de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (article 13 de la Convention-cadre de l'OMS), et
- promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance tabagique en formant les professionnels de la santé à prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer. D'autres progrès seraient possibles si l'on apportait un soutien supplémentaire aux consommateurs de tabac, par exemple en proposant des services spécialisés dans le traitement de la dépendance tabagique et/ou un soutien au sevrage tabagique sur internet, et en rendant les pharmacothérapies plus largement disponibles (gratuitement si possible) (article 14 de la Convention-cadre de l'OMS).

4

Renouveler et actualiser la stratégie nationale de lutte antitabac du Burkina Faso (*article 5.1 de la Convention-cadre de l'OMS*)

Il est recommandé de poursuivre les efforts d'élaboration, de publication et de mise à jour régulière d'une stratégie nationale multisectorielle de lutte antitabac au Burkina Faso, la dernière ayant expiré en 2019. Cette stratégie servira, entre autres, à orienter les travaux du Comité national de lutte antitabac et à établir des plans pour renforcer les politiques et la législation en matière de lutte antitabac.

La stratégie nationale de lutte antitabac du Burkina Faso devrait comprendre des actions visant à :

- Définir un plan de travail complet et un calendrier pour la mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre de l'OMS.
- Identifier le financement durable nécessaire à la lutte antitabac.
- Renforcer les capacités de mise en conformité et d'application des lois antitabac.
- Empêcher les enfants et les jeunes de commencer la consommation de tabac.
- Assurer une approche sexospécifique dans les politiques, les programmes et les services.
- Donner la priorité aux groupes vulnérables, y compris, mais sans s'y limiter, les femmes et les filles, les jeunes, les personnes à faible revenu et les groupes illettrés.
- Encourager et aider les consommateurs actuels au sevrage.
- Veiller à ce que les messages antitabac soient disponibles dans les langues locales courantes.
- Protéger les politiques de santé publique des intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac.
- Mettre pleinement en œuvre le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.
- Soutenir et proposer des alternatives saines et économiquement viables à la culture du tabac.
- Entreprendre des travaux de recherche et de surveillance (par exemple sur les facteurs de tabagisme et les disparités dans ce domaine), échanger des informations et favoriser la coopération internationale pour soutenir la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS.

5

Mettre en œuvre des mesures visant à protéger les politiques de santé publique des intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac
(article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS)

Il est recommandé que le Burkina Faso prenne des mesures pour protéger les politiques de santé publique du pays des intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac. Une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2001, citant les conclusions du Comité d'experts sur les documents de l'industrie du tabac, stipule que « l'industrie du tabac a fonctionné pendant des années avec l'intention expresse de subvertir le rôle des gouvernements et de l'OMS dans la mise en œuvre politiques de santé pour lutter contre l'épidémie de tabagisme » [98].

Le préambule de la Convention-cadre de l'OMS reconnaît que les Parties « doivent être attentives à tout effort de l'industrie du tabac visant à saper ou contrecarrer les efforts de lutte antitabac et la nécessité d'être informées des activités de l'industrie du tabac qui ont un impact négatif sur les efforts de lutte antitabac ». La Convention-cadre de l'OMS comprend une obligation spécifique selon laquelle « lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties doivent agir pour protéger ces politiques des intérêts commerciaux et autres intérêts acquis de l'industrie du tabac conformément à la législation nationale ». Le rapport sur les Progrès mondiaux dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS en 2021 a indiqué que l'obstacle le plus fréquemment mentionné à la mise en œuvre de la Convention par les Parties est l'ingérence de l'industrie du tabac, y compris les industries produisant des produits du tabac nouveaux et émergents et des produits à base de nicotine [99].

Le Burkina Faso est encouragé à revoir les politiques et la législation actuelles à la lumière des directives de mise en œuvre de l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS [100], puis à combler les lacunes en suspens en mettant en œuvre les recommandations formulées dans ces directives. Il convient également de veiller à assurer la cohérence des politiques dans l'élaboration des politiques gouvernementales afin de donner la priorité à la santé publique et à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS.

6

Mettre pleinement en œuvre le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, notamment en renforçant les capacités de lutte contre le commerce illicite (*Protocole et article 15 de la Convention-cadre de l'OMS*)

Il est recommandé que le Burkina Faso procède à la mise en œuvre intégrale du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Le Burkina Faso est devenu Partie au Protocole en 2016. Les priorités pour la mise en œuvre devraient inclure la collecte de plus d'informations et la fourniture de plus de données disponibles sur les produits du tabac illicites au Burkina Faso (y compris la quantité et l'origine), ainsi que le soutien d'autres secteurs pour que le ministère de l'économie, des finances et de la prévoyance dispose de ressources suffisantes pour s'attaquer au commerce illicite du tabac. Il est également recommandé que le Burkina Faso mette en place un système de suivi et de traçabilité contrôlé par le gouvernement et rejette les systèmes proposés par l'industrie du tabac, conformément aux articles 8.2 et 8.12 de la Convention-cadre de l'OMS.

7

Renforcer la coordination multisectorielle pour la lutte antitabac et encourager la participation de la société civile à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS (*articles 5.2(a) et 4.7 de la Convention-cadre de l'OMS*)

Le Burkina Faso devrait veiller à ce que le Comité national de lutte antitabac soit durable, actif, engagé dans la lutte antitabac et multisectoriel avec une représentation continue des différentes parties prenantes gouvernementales. Il ne devrait y avoir aucune représentation de l'industrie du tabac ou des personnes associées à l'industrie du tabac au sein de ce comité, conformément à l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS. Le Burkina Faso devrait officiellement reconnaître ce comité en tant que MNC de la lutte antitabac, ce qui constituerait une étape importante pour soutenir la mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre de l'OMS et la cohérence des politiques de lutte antitabac. L'action visant à renforcer le Comité national de lutte antitabac peut être guidée par la publication conjointe du Secrétariat de la Convention et du PNUD, National Coordinating Mechanism for Tobacco Control: Toolkit for Parties to Implement Article 5.2(a) of the WHO FCTC (Mécanisme national de coordination pour la lutte antitabac : Boîte à outils pour les Parties pour la mise en œuvre de l'article 5.2(a) de la Convention-cadre de l'OMS) [101].

Le travail du Comité national de lutte antitabac sera renforcé en incluant les médias et les groupes de la société civile, le cas échéant, pour soutenir le plaidoyer et le renforcement de la conformité, et encourager une opinion publique positive pour les mesures de lutte antitabac. En outre, la lutte antitabac, y compris les activités du comité, doit être durablement financée à l'avenir [102].

8

Accroître la recherche, le suivi et la surveillance du tabagisme *(article 20 de l'OMS)*

Il y a un manque de données fiables et actualisées sur les tendances récentes du tabagisme parmi les différents groupes démographiques, en particulier parmi les jeunes et les populations rurales, où réside la majorité des Burkinabés. L'enquête démographique et de santé la plus récente a été réalisée en 2010 et l'enquête STEPS en 2013, tandis que la dernière enquête GYTS a été réalisée en 2009 et dans seulement deux grandes villes. Le Burkina Faso devrait donner la priorité à l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2021 et à l'enquête STEPS de 2022. Le Burkina Faso peut également envisager de répéter l'enquête GYTS pour couvrir l'ensemble du territoire, en particulier les régions rurales. Des recherches supplémentaires devraient également être envisagées car elles sont nécessaires pour étudier les différents facteurs du tabagisme dans le contexte du Burkina Faso, notamment pour comprendre pourquoi les femmes ont tendance à utiliser d'autres formes de tabac et les hommes à utiliser des cigarettes, pourquoi les jeunes consomment plus de tabac que les adultes et pourquoi le tabagisme est plus répandu dans les régions rurales.

9

Identifier les possibilités de lier la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS à des stratégies plus larges de développement durable au Burkina Faso

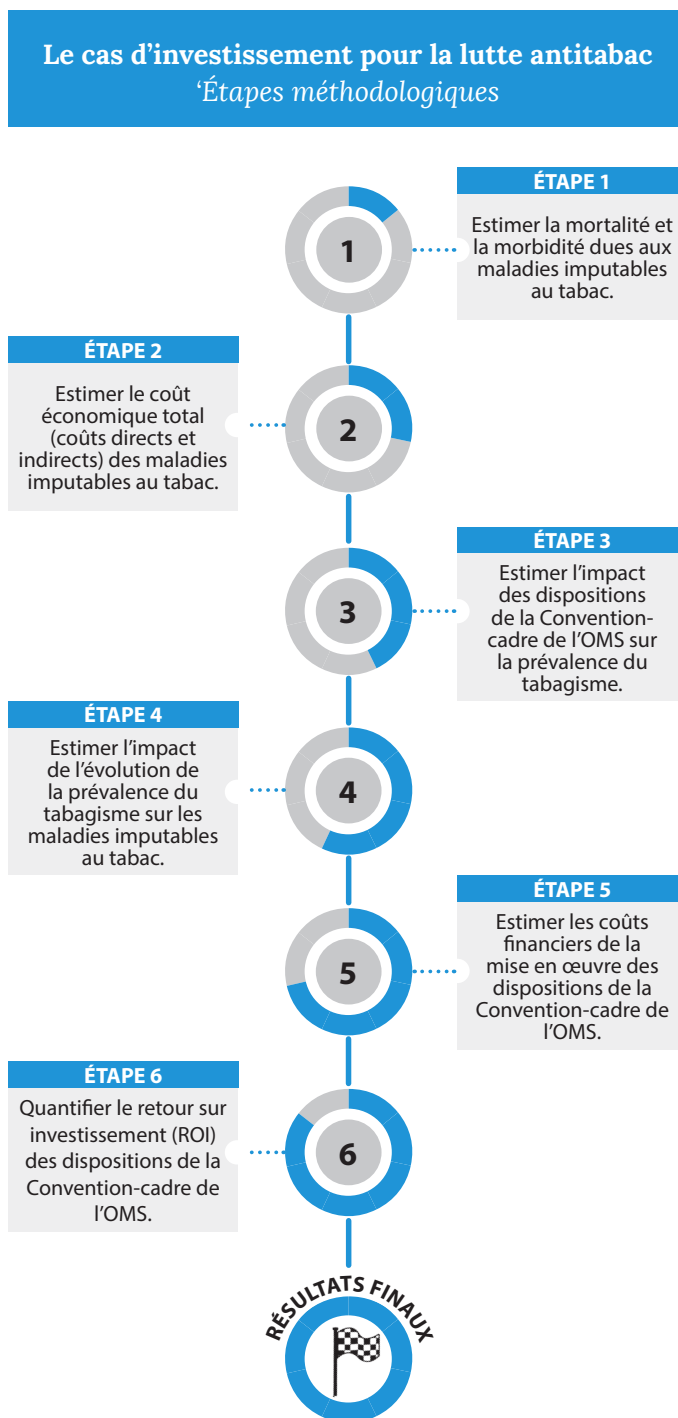
Compte tenu des coûts considérables du tabac pour la santé, l'économie, la société et l'environnement, les arguments sont clairs : la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS est un moyen puissant pour le Burkina Faso d'améliorer la vie des citoyens, d'atteindre les ODD et d'améliorer les conditions et l'avenir du pays. Tous les secteurs ont un rôle à jouer dans la lutte antitabac, et les avantages de la mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre de l'OMS enrichiront tous les aspects de la vie au Burkina Faso. Le Gouvernement du Burkina Faso devrait continuer à donner la priorité à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS dans les stratégies de développement durable, comme il l'a fait dans le plan national de développement sanitaire 2011-2020 [51].

Annexe: méthodologie

A1.1 Aperçu

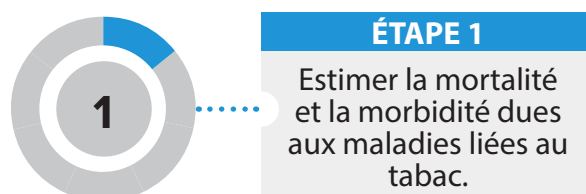
L'analyse économique comporte deux volets : 1) l'évaluation du fardeau actuel du tabagisme et 2) l'examen de la mesure dans laquelle les dispositions de la Convention-cadre de l'OMS peuvent réduire le fardeau du tabagisme. Les deux premières étapes méthodologiques décrites dans la **Figure A1** sont utilisées pour évaluer le fardeau actuel du tabagisme, tandis que les étapes méthodologiques 3 à 6 évaluent l'impact, les coûts et les avantages de la mise en œuvre ou de l'intensification des dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour réduire la demande de tabac. Les outils et les méthodes utilisés pour réaliser ces étapes méthodologiques sont détaillés ci-dessous.

Fig. A1 : Étapes du dossier d'investissement

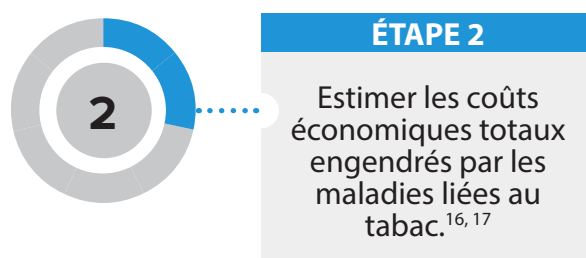


A1.2 Premier volet : fardeau actuel

La composante du dossier du fardeau actuel donne un aperçu du fardeau sanitaire et économique du tabagisme au Burkina Faso au cours de l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.



Le dossier d'investissement est alimenté par des données-pays sur la mortalité et la morbidité attribuables au tabagisme provenant de l'étude sur la charge mondiale de morbidité (GBD) de 2019 [5], [103]. L'étude estime dans quelle mesure le tabagisme et l'exposition au tabagisme passif contribuent à l'incidence de 37 maladies, aux années de santé perdues et aux décès, dans 195 pays.



Ensuite, le dossier estime les coûts économiques totaux des maladies et des décès causés par le tabagisme. Les coûts économiques totaux comprennent les dépenses de santé imputables au tabac, la part de la mortalité imputable au tabac et les pertes de productivité au travail (absentéisme et présentéisme).

Les dépenses de santé – Les dépenses de santé regroupent les dépenses de santé attribuables à la consommation de cigarettes, qu'elles soient publiques (supportées par l'État), privées (assurance, dépenses individuelles) ou autres. La proportion des dépenses de santé attribuables à la consommation de cigarettes a été obtenue en utilisant la formule d'estimation de la fraction attribuable à la consommation de cigarettes (FAT) des dépenses de

16 Pour évaluer le poids actuel du tabagisme, les coûts économiques de la mortalité comprennent le coût des décès dus à toute forme d'exposition au tabac (dont l'usage de cigarettes, l'exposition au tabagisme passif et l'utilisation d'autres types de produits dérivés du tabac). Seuls les coûts attribuables à l'usage de cigarettes (et non au tabac) sont calculés pour les dépenses de santé, l'absentéisme et le présentéisme. Bien que d'autres formes de tabac puissent également entraîner des pertes dans ces catégories, aucune donnée n'est disponible pour déterminer précisément ces pertes.

17 On suppose que toutes les maladies diminuent proportionnellement avec la prévalence de la consommation de cigarettes lorsque celle-ci diminue. Bien que le dossier surestime la rapidité avec laquelle les bénéfices pour la santé s'accumuleront pour certaines maladies, comme les cancers - des preuves récentes suggèrent que des baisses notables du risque d'incidence du cancer du poumon commencent deux à cinq ans après la diminution de la prévalence de la consommation de cigarettes [104]. D'autre part, le risque d'incidence d'autres maladies, telles que les maladies cardiovasculaires, diminue de manière significative dans les années qui suivent immédiatement le sevrage [105].

santé de Goodchild et al. (2018) [91]. La FAT pour le Burkina Faso est estimée à 1,2 pour cent. Pour calculer la part des dépenses de santé attribuables à la consommation de cigarettes supportée par les entités publiques, à but non lucratif et privées, il a été supposé que chaque entité supportait des coûts de santé attribuables à la consommation de cigarettes dans une proportion égale à la contribution de l'entité aux dépenses de santé totales. Les dépenses de santé ont été obtenues à partir de la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé (GHED) [90]. La dernière année pour laquelle des données sont disponibles dans la GHED de l'OMS est 2019. Pour obtenir les valeurs de 2020, nous avons pris l'augmentation annuelle moyenne des dépenses de santé au Burkina Faso au cours des 10 dernières années et nous avons appliqué cette augmentation aux valeurs des dépenses de santé de 2019.

Coûts sur le rendement et coût de la mortalité imputable au tabac – Les coûts sur le rendement et le coût de la mortalité imputable au tabac représentent la valeur monétaire du temps perdu, de la capacité de production ou de la qualité de vie à la suite de maladies imputables au tabac. Le coût de la mortalité imputable au tabac s'accroît lorsque le tabagisme entraîne la mortalité, éliminant ainsi les contributions économiques et sociales uniques qu'un individu aurait apportées au cours des dernières années de sa vie. Les coûts sur rendement s'accroissent lorsque le tabagisme entraîne des pertes de productivité. Par rapport aux personnes qui ne consomment pas de tabac, les individus qui consomment du tabac sont plus susceptibles de manquer des jours de travail (*absentéisme*) et d'être moins productifs au travail en raison de maladies liées au tabac (*présentéisme*).

- *Le coût économique de la mortalité imputable au tabac* – La mortalité imputable au tabac a été monétisée à l'aide d'une mesure de la « valeur d'une vie statistique » (VVS). La VVS est une mesure de la volonté des individus de payer pour de petites variations du risque de décès et est couramment utilisée dans les évaluations économiques des programmes et politiques de santé pour monétiser les résultats sanitaires [106]. Peu d'études ont évalué la VVS dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [107]. Nous avons extrapolé une estimation de la VVS spécifique à un pays en suivant les directives du Reference Case Guidelines for Benefit-cost analysis in Global Health and Development [106] (« Lignes directrices sur les cas de référence pour l'analyse coûts-avantages en matière de santé et de développement mondial », en estimant la valeur d'une année de vie supplémentaire pour le Burkina Faso à 230 234 XOF (valeur d'une année de vie statistique (VVS))). En utilisant les données du GBD (charge mondiale de morbidité) sur l'âge auquel surviennent les décès imputables au tabac, le dossier calcule le nombre total d'années de vie perdues à cause du tabac, dans l'ensemble de la population. Chaque année de vie future est multipliée par la VSL pour calculer le coût de la mortalité imputable au tabac.

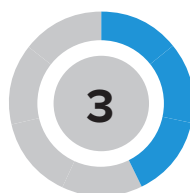
- **Coûts de productivité** – Les coûts de productivité comprennent les coûts liés à l'absentéisme et au présentéisme et ne sont comptabilisés que pour les salariés fumeurs de cigarettes. Le dossier utilise les estimations de la littérature académique sur le nombre de jours de travail supplémentaires manqués en raison du tabagisme actif (2,9 jours par an) [108]. Les pertes liées au présentéisme sont obtenues de la même manière, en se basant sur des recherches qui montrent que les fumeurs en Chine, aux États-Unis et dans cinq pays européens connaissent environ 22 % d'incapacité supplémentaire au travail en raison de problèmes de santé par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé – des pertes équivalant à environ 7,5 jours de travail [109]. Le nombre de fumeurs employés est multiplié par les jours de travail manqués en raison de l'absentéisme ou du présentéisme par le salaire journalier moyen dans le pays pour obtenir des estimations des pertes.

A1.3 Deuxième volet : scénarios de politique/intervention

Cette composante estime les effets des mesures de la Convention-cadre de l'OMS sur la mortalité et la morbidité, ainsi que sur les coûts économiques totaux (directs et indirects) liés au tabagisme.

Un dossier statique utilisant une approche de fraction attribuable à la population (FAP) a été utilisé pour estimer l'impact total des mesures de lutte antitabac. Dans le modèle, à part la prévalence du tabagisme, les variables ne changent pas pendant les 15 ans de l'horizon temporel. Le dossier suit une population dont la taille et la composition (âge/genre) ne varient pas au fil du temps dans deux scénarios : un scénario de statu quo dans lequel la prévalence du tabagisme reste à son niveau actuel, et un scénario d'intervention dans lequel la prévalence du tabagisme est réduite en fonction de l'impact des mesures de lutte antitabac qui sont 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 résultats [110], [111].

Dans le dossier d'investissement, la mortalité et la morbidité, ainsi que les coûts économiques calculés dans le scénario d'intervention, sont comparés au scénario de statu quo pour calculer à quel point les mesures de lutte antitabac peuvent réduire les coûts de santé et les coûts économiques.



ÉTAPE 3

Estimer l'impact des mesures de réduction de la demande en tabac de la Convention-cadre de l'OMS sur la prévalence de la consommation de cigarettes.

La sélection des principales mesures de la Convention-cadre de l'OMS modélisées dans le dossier d'investissement s'aligne sur la stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac [112] élaborée à la suite d'une décision prise lors de la septième session de la Conférence des Parties (COP7) à la Convention-cadre de l'OMS. Dans le cadre de l'objectif 1.1 de la stratégie, la priorité est donnée aux mesures permettant d'accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS, notamment des formes efficaces d'assistance technique et financière pour soutenir les Parties dans les domaines d'action prioritaires identifiés. Il s'agit notamment pour les Parties de donner la priorité à la mise en œuvre des mesures relatives aux prix et aux taxes (article 6 de la Convention-cadre de l'OMS) et des mesures assorties d'échéances prévues par la Convention. Ces dernières comprennent la création de lieux publics et de lieux de travail non-fumeurs (article 8 de la Convention-cadre de l'OMS), les emballages neutres pour le tabac (directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13) et l'interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac (TAPS) (article 13 de la Convention-cadre de l'OMS).

En outre, compte tenu de l'importance de la sensibilisation pour modifier les comportements et façonner les normes culturelles, les dossiers d'investissement comprennent la promotion et le renforcement de la sensibilisation du public aux questions relatives à la lutte antitabac, notamment les risques pour la santé du tabagisme et de la fumée du tabac, la dépendance et les avantages du sevrage (article 12 de la Convention-cadre de l'OMS). Les tailles d'effet des mesures de réduction de la demande prévues par la Convention-cadre de l'OMS sont tirées de la littérature. L'impact de l'application des lois sur l'air sans fumée, de la mise en œuvre des emballages neutres et de l'intensification des interdictions de publicité, ainsi que de la promotion et du renforcement de la sensibilisation du public aux questions liées à la lutte antitabac sont tirés de Levy et al. (2018) [92] et de Chipty (2016) [113], tels qu'adaptés dans le cadre de l'exposé sur le tabagisme de l'annexe 3 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 [114], et ajustés sur la base des évaluations des taux de mise en œuvre de référence du Burkina Faso. L'impact du sevrage tabagique de base fondé sur des données probantes, sous la forme de conseils brefs pour arrêter de fumer prodigués aux consommateurs de tabac par des professionnels de la santé dans des établissements de soins primaires, est tiré de Levy et al. 2010 [115].

À l'exception des taxes - dont l'impact dépend du calendrier des augmentations des taux d'imposition (voir ci-dessous) - et des conseils brefs – dont l'impact est guidé par les taux de formation des prestataires de soins de santé primaires (voir également ci-dessous) – l'impact total des mesures politiques de réduction de la demande est mis en œuvre progressivement sur une période de cinq ans. La période d'introduction progressive suit les hypothèses de l'OMS [116] selon lesquelles deux années de planification et de développement sont nécessaires avant que les politiques ne soient opérationnelles, suivies de trois années de mise en œuvre partielle qui reflètent le temps nécessaire pour déployer les politiques, jusqu'à la mise en œuvre complète et l'application.

Taxes sur le tabac. L'impact des augmentations des taxes de cigarettes sur les recettes et la prévalence de la consommation de cigarettes a été estimé à l'aide d'un outil Excel mis au point pour analyser l'impact des augmentations de taxes sur une cohorte de population fixe. L'outil est alimenté en données, notamment sur la prévalence actuelle de la consommation de cigarettes, la structure fiscale et les taux d'imposition appliqués, les prix des cigarettes, les élasticités de la demande et les projections en matière d'inflation et de revenus (**voir Tableau A1**).

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

Paramètre	Valeur	Source
Élasticité prix de la demande	-0.50	Ho et al (2017). L'effet des augmentations du prix des cigarettes sur la consommation de cigarettes, les recettes fiscales et les décès liés à la consommation de cigarettes en Afrique de 1999 à 2013 [117]
Élasticité- prévalence de la demande	-0.25	Goodchild et al (2016). Modélisation de l'impact sur la santé publique et les finances de l'augmentation des taxes sur le tabac [118] Hypothèse : demi-élasticité des prix
Élasticité-revenu de la demande	0.32	Nargis et al (2021). Prix, revenu et accessibilité comme déterminants de la consommation de tabac : Guide pratique de la taxation du tabac [119]
Élasticité-revenu-prévalence de la demande	0.16	Hypothèse : demi-élasticité des prix
Taux de croissance du revenu réel prévu *	2.6%	Fonds monétaire international (2020). Croissance réelle du PIB - Variation annuelle en pourcentage [120]

* La croissance du revenu réel prévu est utilisée comme indicateur de la croissance des salaires. Le Fonds monétaire international prévoit [120] une croissance réelle du PIB de 2,6 % par an en moyenne jusqu'en 2025.

L'analyse du dossier d'investissement examine un scénario d'augmentation des taxes dans lequel le Burkina Faso choisit d'adopter de fortes augmentations de taxes. Dans ce scénario hypothétique, le Burkina Faso augmente linéairement son taux d'imposition ad valorem de 45 pour cent du prix départ-usine ou de la valeur à l'importation à 100 pour cent sur cinq ans. En outre, une taxe d'accise spécifique est introduite, augmentant en termes réels des taux actuels (0 XOF par paquet) à 271 XOF en 2027.

Dans le scénario, le prix hors taxes reste statique (répercussion totale de l'augmentation des taxes). Le Tableau A2 détaille les composantes du prix du paquet de cigarettes de 2023 à 2027 selon le scénario décrit. Pour l'analyse principale du dossier d'investissement, des taxes d'accise spécifiques supplémentaires déclenchant des augmentations de prix réelles d'une moyenne de 7,4 pour cent par an sont modélisées de 2028 à 2037, ce qui porte la part totale des taxes à 85 pour cent à la fin de l'analyse et la part des taxes d'accise à 70 pour cent.

Tableau A2. Projection du prix du paquet de cigarettes dans le scénario d'augmentation des taxes, 2023-2037 (XOF, en termes réels)

Composante du prix	2023	2024	2025	2026	2027
Prix hors taxes	438	438	438	438	438
Accise spécifique	0.00	0.00	95.00	185	271
Ad valorem	197	197	259	320	381
Taxe sur la valeur ajoutée	114	114	139	165	191
Autres taxes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Prix au consommateur final *	750	750	931	1,109	1,281

* Les chiffres peuvent être arrondis.

L'impact des augmentations de taxes sur les revenus et la prévalence de la consommation de cigarettes dépend des élasticités en vigueur : la mesure dans laquelle les individus modifient leur utilisation d'un produit (par exemple, diminuent leur consommation ou arrêtent) en raison de changements dans le prix d'un produit du tabac. Les changements sont calculés selon Joosens et ses collègues (2009) [121], qui utilisent une fonction log-log pour s'assurer que de fortes augmentations de prix n'entraînent pas de réductions invraisemblables de la consommation ou de la prévalence. **L'équation A1** ci-dessous donne un exemple de calcul pour déterminer l'impact d'un changement de prix sur la prévalence du tabagisme, en tenant compte des changements de revenus.

Equation A1. L'impact des changements de prix sur la prévalence du tabagisme

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

Où :

PT = prévalence au tabagisme (# des fumeurs) dans l'année i

ϵ_p = élasticité de la prévalence

σ_{np} = le rapport entre l'ancien prix d'un paquet de cigarettes et le nouveau prix après augmentation des taxes

ϵ_r = élasticité des revenus

PIB = Produit intérieur brut de l'année (utilisé comme indicateur de la croissance des salaires)

L'analyse fiscale présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'outil fiscal suppose que le prix et la structure fiscale de la marque de cigarettes la plus vendue sont représentatifs du marché, et il n'intègre pas d'autres segments du marché (cigarettes haut ou bas de gamme). Des modèles plus détaillés tenant 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) permettraient de saisir des nuances utiles à l'élaboration de la politique fiscale du tabac et à l'estimation de son impact. Deuxièmement, l'analyse repose sur l'hypothèse d'une répercussion totale des augmentations de taxes. Cette hypothèse reflète une approche "intermédiaire", mais 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 au Burkina Faso des élasticités-prix et des élasticités-revenus.

Conseils brefs pour le sevrage. Nous calculons l'effet de l'intensification des conseils brefs pour le sevrage au niveau des soins primaires. Tout d'abord, nous calculons le taux d'arrêt (population quit rate (PQR) en anglais) de la population de référence (PQR, le pourcentage de fumeurs qui arrêtent de fumer chaque année) en nous inspirant des méthodes publiées précédemment par Levy et ses collègues (2010) [115]. Le PQR est calculé (voir l'équation A2) à l'aide de trois paramètres : les tentatives d'arrêt, les taux d'utilisation des traitements (c'est-à-dire les conseils, les traitements pharmaceutiques) et l'efficacité des traitements.

Equation A2. Calcul du PQR, d'après Levy et al. (2010) [115]

$$PQR = QA * \sum_{i=1...4} (TxUse_i * TxEff_i)$$

Où :

PQR = Taux d'arrêt de la population (population quit rate en anglais)

TA = % de fumeurs qui tentent d'arrêter de fumer au moins une fois par an

UT = le pourcentage de ceux qui tentent d'arrêter de fumer et qui utilisent la catégorie de traitement i

EffT = Le pourcentage de personnes utilisant un traitement donné qui réussissent à arrêter de fumer chaque année (efficacité du traitement).

i = est l'une des quatre catégories de traitement : 1) aucun traitement fondé sur des données probantes ; 2) conseils ; 3) traitement pharmacologique (par exemple, thérapie de remplacement de la nicotine), ou 4) à la fois conseils et thérapie pharmacologique.

Toujours selon Levy et al. (2010), "pour tenir compte de l'effet des tentatives multiples d'arrêt du tabac parmi ceux qui échouent lors de leur première tentative, nous avons supposé que la moitié de ceux qui font au moins une tentative d'arrêt par an font une deuxième tentative, et que la moitié de ceux-ci [qui font une deuxième tentative] en font une troisième, et ainsi de suite", et que l'efficacité du traitement ne change pas selon qu'il s'agit de la première tentative d'arrêt du tabac d'une personne ou d'une tentative subséquente.

Après avoir établi le PQR de référence, nous avons calculé comment le taux d'arrêt du tabac dans la population évoluerait si la fourniture de conseils brefs pour arrêter de fumer au niveau

des soins primaires se généralisait. Dans ce “scénario d'intervention”, au cours des 15 années de l'analyse, la moitié de tous les prestataires de soins de santé primaires sont formés pour prodiguer de brefs conseils pour arrêter de fumer aux fumeurs adultes – une valeur choisie sur la base des preuves du déficit actuel de couverture de l'intervention ; en moyenne, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, moins de la moitié (47,8 %) des fumeurs adultes qui consultent un prestataire de soins de santé reçoivent des conseils pour arrêter de fumer. Une fois formé, on part du principe que le prestataire de soins prodigue le bref conseil lorsqu'il rencontre un patient qui consomme du tabac.

En tenant compte du nombre de prestataires de soins de santé primaires dans le pays, de la taille du panel de patients par prestataire, des taux de tabagisme chez les adultes et du pourcentage de fumeurs adultes qui se présentent dans le système de santé pour au moins une consultation primaire par an, nous calculons, pour chaque année de l'analyse, le nombre de fumeurs adultes qui rencontreraient un prestataire de santé nouvellement formé et recevraient l'intervention brève, ce qui augmente la probabilité qu'un individu fasse une tentative d'arrêt de 60 % par rapport aux niveaux de base [115]. Avec l'augmentation des tentatives d'arrêt de la population due à la fourniture de conseils brefs, nous recalculons le PQR pour estimer le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer à la suite de l'intervention. Les données utilisées pour ces calculs sont présentées dans le **Tableau A3**.

Tableau A3. Conseils brefs - paramètres clés pour calculer l'impact de l'intervention

Paramètre	Valeur	Source
Taux d'arrêt de la population (PQR)		
Taux annuel de tentatives d'arrêt du tabac (TA)	41%	Valeurs moyennes de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (GATS) menée entre 2009 et 2018 dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI)*
Augmentation (%) des TA suite à la réception de brefs conseils	60%	Lévy et al (2010). Modélisation de l'impact des politiques de traitement de sevrage tabagique sur les taux d'arrêt [115]
Utilisation du traitement (Tx Use)		
Aucune évidence de traitement	81%	Valeurs moyennes du GATS des LMIC menées entre 2009 et 2018 *
Assistance pharmaceutique	7%	Valeurs moyennes du GATS des LMIC menées entre 2009 et 2018 *
Conseils	11%	Valeurs moyennes du GATS des LMIC menées entre 2009 et 2018 *
Assistance pharmaceutique et Conseils	1%	Valeurs moyennes du GATS des LMIC menées entre 2009 et 2018 *

Paramètre	Valeur	Source
Efficacité du traitement		
Aucune évidence de traitement	7%	Lévy et al (2010). Modélisation de l'impact des politiques de traitement de sevrage tabagique sur les taux d'abandon du tabac [115]
Assistance pharmaceutique	15%	Abrams et al (2010). Stimuler l'abandon de la population grâce à un traitement et à une politique de sevrage fondés sur des données probantes [122]**
Conseils	12%	Abrams et al (2010). Stimuler l'abandon de la population grâce à un traitement et à une politique de sevrage fondés sur des données probantes [122]**
Assistance pharmaceutique et conseils	22%	Abrams et al (2010). Stimuler l'abandon de la population grâce à un traitement et à une politique de sevrage fondés sur des données probantes [122]**
% de fumeurs adultes qui visitent une clinique de soins primaires chaque année	38%	Valeurs moyennes de la GATS des LMIC menées entre 2009 et 2018*
% de fumeurs qui rechutent après avoir réussi à arrêter	60%	García-Rodríguez et al (2013). Probabilité et facteurs prédictifs de rechute au tabagisme : résultats de l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les affections apparentées (NESARC) [114], [123]
Nombre de prestataires de soins de santé primaires	34,374	OMS (2021). Observatoire de la santé mondiale [124]***
Taille annuelle du panel de patients par prestataire de santé (nombre de patients)	550	Altschuler et al (2012). Estimation d'une taille raisonnable de panel de patients pour les médecins de soins primaires avec délégation de tâches en équipe [125]****

* Les analystes ont extrait les données des enquêtes GATS menées entre 2009 et 2018 et les valeurs moyennes des pays à revenu faible et intermédiaire.

** Par rapport aux tentatives d'arrêt qui sont faites sans l'aide d'aucune forme de thérapie fondée sur des preuves, l'assistance pharmaceutique est 100 % plus efficace, les conseils 60 % plus efficaces et la thérapie combinée 200 % plus efficace.

*** Somme de deux indicateurs de l'Observatoire mondial de la santé (GHO) de l'OMS pour la dernière année pour laquelle des informations étaient disponibles : 1) nombre de médecins généralistes et 2) nombre de personnel infirmier. Étant donné que les estimations spécifiques pour le personnel infirmier en soins primaires ne sont pas fournies par la source, nous supposons que la proportion d'infirmiers en soins primaires est la même que la proportion de médecins généralistes par rapport à tous les médecins, comme indiqué dans le GHO.

**** Les résultats de l'étude montrent qu'un fournisseur de soins de santé primaires travaillant dans le cadre d'un dossier de soins non délégué peut raisonnablement soigner un panel de 983 patients en un an et cela dans un scénario conservateur où les fournisseurs non-médecins assument une certaine responsabilité pour le panel de patients. Les tailles peuvent s'étendre à 1387 patients. Dans la plupart des pays, un dossier de soins non délégués est le statu quo. Cependant, dans cette analyse, les infirmières sont formées pour prodiguer de brefs conseils et assumer une certaine responsabilité dans leur administration. Par conséquent, la taille d'un panel de patients est susceptible de se situer entre 983 et 1 387 patients. Nous supposons une taille de panel de 1 100 et qu'un praticien individuel de l'équipe couvre la moitié des patients (550) par an.

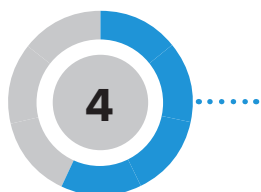
Résumé : l'impact des mesures de réduction de la demande de tabac. Les tailles d'impact de toutes les mesures politiques examinées dans le dossier d'investissement sont présentées dans le **tableau A4**. Des informations supplémentaires sur leur dérivation peuvent être trouvées dans l'annexe technique.¹⁸

Table A4: Impact size: Relative reduction in the prevalence of current smoking by tobacco control policy/intervention, over a period of five (2023-2027) and 15 years (2023-2037)

Actions politiques de la Convention-cadre de l'OMS	Réduction relative de la prévalence actuelle de la consommation de cigarettes	
	Cinq premières années (2023-2027)	Sur 15 ans (2023-2037)
Paquet anti-tabac* (toutes les politiques/interventions mises en œuvre simultanément)	26.9%	42.6%
Augmenter la taxation des cigarettes (<i>article 6 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	9.8%	17.5%
Créer des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs (<i>article 8 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	1.4%	2.4%
Mettre en œuvre le conditionnement neutre des produits du tabac (<i>Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre l'article 11 et Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13</i>)	2.40%	4.0%
Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac (<i>Article 12 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	9.1%	15.2%
Adopter et appliquer l'interdiction complète des TAPS (<i>article 13 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	7.2%	12.0%
Promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance (<i>Article 14 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	0.07%	0.45%

*L'impact combiné de toutes les interventions n'est pas la somme des interventions individuelles. Selon Levy et ses collègues (2018), « les ampleurs d'effet [sont appliquées] en tant que réductions relatives constantes ; autrement dit, pour les politiques I et j avec des ampleurs d'effet PRI et PRj, $(1-PR_i) \times (1-PR_j)$ [est] appliqué à la prévalence actuelle du tabagisme » [92].

18 Disponible sur demande.



ÉTAPE 4

Estimer l'impact des changements dans la prévalence de la consommation de cigarettes sur les résultats de 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 dossier d'investissement calcule et compare deux scénarios. Dans le « scénario du statu quo », les efforts actuels sont « gelés », ce qui signifie que, jusqu'en 2037 (fin de l'analyse), aucun changement ne se produit par rapport aux dispositions de lutte antitabac actuellement en place. Dans le « scénario d'intervention », le Burkina Faso met en œuvre de nouvelles mesures antitabac ou intensifie celles existantes, pour réduire la prévalence du tabagisme. La différence de résultats sanitaires et économiques entre le « statu quo » et les « scénarios d'intervention » représente les gains que le Burkina Faso peut réaliser en prenant des mesures ciblées pour réduire l'usage du tabac.

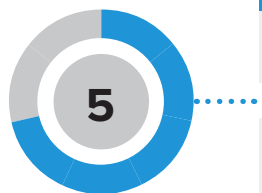
Les effets marginaux des politiques sont calculés en utilisant le scénario de statu quo comme groupe de comparaison. Pour calculer les effets marginaux, le dossier soustrait le résultat (décès attribuables aux facteurs de risque, dépenses de soins de santé, etc.) dans le scénario d'intervention du même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

Effets marginaux = Scénario de base de résultat — Scénario d'intervention de résultat

Les effets marginaux sont calculés comme suit pour chaque résultat :

- **Résultats pour 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 de la prévalence du tabagisme sont appliqués directement aux résultats attribuables au facteur de risque GBD du scénario de statu quo. Cela signifie que le dossier 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 de la consommation de cigarettes pour chaque résultat.
- **Pour les dépenses de santé**, le dossier applique aux FAS les changements relatifs annuels prévus de la prévalence du tabagisme pour chaque scénario d'intervention. Les FAS sont ajustés dans des proportions égales à la variation relative de la prévalence du tabagisme pour chaque scénario d'intervention.

- **Les résultats du tabagisme en milieu de travail** sont recalculés en substituant la prévalence réelle (statu quo) de la consommation de cigarettes à la prévalence annuelle estimée de la consommation de cigarettes 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.

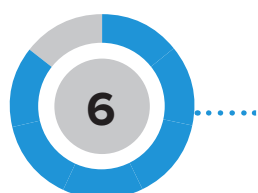
Les coûts financiers pour le gouvernement de la mise en œuvre de nouvelles mesures – ou de l'intensification ou de l'application de celles existantes – sont estimés à l'aide de l'outil d'évaluation des coûts des MNT de l'OMS. Des explications complètes des coûts et des hypothèses intégrées dans l'outil d'établissement des coûts des MNT de l'OMS sont disponibles [116].

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

Dans ces catégories, l'outil d'établissement des coûts contient les coûts par défaut de 2011, qui proviennent de l'étude des coûts WHO CHOICE. Suivant Shang et ses collègues, l'outil d'établissement des coûts est mis à jour pour refléter les coûts de 2020 en mettant à jour plusieurs paramètres : taux de change entre l'USD et la devise locale (2020) ; taux de change à parité de pouvoir d'achat (PPA) (2020) ; PIB par habitant (USD, 2020) ; PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA, 2020) ; population (total et part de la population âgée de 15 ans et plus, 2020) ; taux d'activité (2020) ; gaz par litre ; et dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé (2019) [126]. À moins que le gouvernement ou d'autres paramètres nationaux ne soient reçus, 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 de la population. La part des dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé est tirée de la base de données des dépenses de santé de l'OMS, et les chiffres de la population proviennent des Perspectives démographiques des Nations Unies.

Pour chiffrer l'extension de la fourniture de brefs conseils pour arrêter l'usage du tabac, l'analyse ajoute aux coûts programmatiques intégrés dans l'outil d'établissement des coûts de l'OMS en incluant les coûts de formation des prestataires de santé et les coûts directs des visites de soins primaires au cours desquelles les brefs conseils sont prodigués. Au cours de l'horizon temporel de 15 ans de l'analyse, la moitié de tous les prestataires de soins de santé primaires sont formés pour prodiguer de brefs conseils pour arrêter l'usage du tabac. Basé sur le programme de formation de l'OMS pour le traitement de la dépendance à l'égard du tabac dans les soins primaires [128], nous supposons que les sessions de formation durent 2,5 jours, sont menées avec un maximum de 30 participants et sont animées par une équipe de deux animateurs. Nous supposons en outre que la formation a lieu en personne dans un espace loué. Les coûts de formation comprennent ceux de la location de l'installation, payer les animateurs et fournir des indemnités journalières aux animateurs et aux participants, et nous supposons également que les stagiaires (médecins et infirmières) sont rémunérés pour leur temps à leur taux de salaire. Une fois formés, les prestataires sont censés prodiguer de brefs conseils s'ils rencontrent un patient qui fume. Le coût de la fourniture de brefs conseils lors des visites de soins primaires est basé sur des estimations modélisées et spécifiques au pays de WHO-CHOICE du coût ou des visites ambulatoires de soins primaires [130]. La dérivation de ces estimations est détaillée ailleurs [131], mais dans l'ensemble, les estimations reflétaient le « coût de l'hôtel » d'une visite de 10 minutes à un établissement de santé avec des lits. Nous avons mis à jour les estimations en unités monétaires locales de 2020, en utilisant les facteurs de conversion PPA de 2010 et les indices locaux des prix à la consommation [132]. Aux fins du dossier d'investissement, l'administration de la brève intervention des 5A (demander, conseiller, évaluer, aider et organiser) est supposée prendre 10 minutes [133]. Selon la méthodologie WHO CHOICE, nous estimons le coût de ces 10 minutes supplémentaires à 21 % supplémentaires du coût initial de la visite de soins primaires.



ÉTAPE 6

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

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

Les retours sur investissement ont été calculés pour chacune des six actions politiques de lutte antitabac modélisées et pour les six interventions réunies en un ensemble. Des estimations des étapes 3 et 4 ont été utilisées pour calculer les retours sur investissement à des intervalles de 5 et 15 ans.

$$\text{Retour sur Investissement (ROI)} = \frac{\text{Bénéfices de l'Intervention/Politique}}{\text{Coûts de la mise en œuvre de l'Intervention/Politique}}$$

A1.4 Analyse de l'équité

Nous avons utilisé l'élasticité de la participation au tabagisme par groupe de revenu pour évaluer les implications sur l'équité des augmentations de la taxation des cigarettes. Aucune étude n'a été identifiée qui examine l'élasticité de la participation au tabagisme au Burkina Faso. Au lieu de cela, nous utilisons la moyenne des élasticités spécifiques au groupe de revenu dans les pays à revenu faible et intermédiaire, comme compilé dans un document de travail de recherche sur les politiques de la Banque mondiale [134]. Le document de travail fournit des élasticités par déciles. Pour appliquer les élasticités aux données de prévalence du tabagisme disponibles pour le Burkina Faso, qui sont présentées en quintiles, on prend la moyenne du premier et du deuxième décile pour obtenir l'élasticité pour le premier quintile, et ainsi de suite. Les élasticités moyennes pour chaque quintile du document de travail utilisées pour calculer les réductions de la prévalence du tabagisme et de la mortalité attribuable au tabagisme sont présentées dans le **tableau A5** ci-dessous.

Tableau A5 : Élasticités moyennes utilisées dans de l'équité du dossier d'investissement

	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5
L'élasticité des prix	-0.60	-0.49	-0.41	-0.36	-0.30

Source : Moyenne des élasticités spécifiques aux groupes de revenu dans les pays à revenu faible et intermédiaire, compilées dans un document de travail de recherche sur les politiques de la Banque mondiale (Fuchs et al (2019). *Effets distributifs de la taxation du tabac : une analyse comparative*. Accessible sur : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31534>) [134].

La source de prévalence de la consommation de cigarettes utilisée dans le principal dossier de dossier d'investissement (le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme) ne contient pas de prévalence désagrégée par quintile de revenu. Pour l'analyse de l'équité, nous utilisons la prévalence par quintile de revenu obtenue à partir de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2010 [29]. Nous ajustons la prévalence par quintile de revenu proportionnellement à la différence entre la prévalence globale dans l'EDS et le rapport de l'OMS.

A1.5 Résumé de l'état des mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS

La **Figure 2** dans le texte principal est basée sur les données du basé sur les données du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2021 [4]. Dans la figure, les catégories de niveau de mise en œuvre de « pas/peu de mise en œuvre », « mise en œuvre partielle », « mise en œuvre modérée » et « répond aux recommandations de la Convention-cadre de l'OMS » sont mappées aux descriptions du **tableau A5**, comme spécifié et détaillées dans la note technique I du rapport de l'OMS (voir page 119).

Les analystes des dossiers d'investissement ont attribué des notes comprises entre 0 et 3 pour chaque mesure de réduction de la demande, en fonction du niveau de mise en œuvre. Pour quatre mesures – étiquettes d'avertissement graphiques, emballages neutres, sensibilisation du public aux problèmes de lutte antitabac et arrêt du tabac – nous avons attribué des scores entiers (c'est-à-dire 0, 1, 2 ou 3) correspondant aux quatre niveaux de mise en œuvre décrits ci-dessus et détaillés dans le **tableau A6**. Pour les augmentations de la taxation des cigarettes, les lieux publics et les lieux de travail non-fumeurs et les interdictions de TAPS, nous avons ajusté le score du niveau de mise en œuvre en créant une valeur décimale comme suit :

- Pour 1) les lieux publics et les lieux de travail non-fumeurs et 2) les interdictions de TAPS, nous avons ajusté le score pour tenir compte des niveaux de conformité signalés dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (score de conformité). Suivant les hypothèses publiées précédemment par Levy et ses collègues (2013), nous avons supposé que respectivement 25 % et 50 % de l'effet de ces mesures dépendaient des niveaux de conformité [26]. Ainsi, pour un pays avec une « mise en œuvre modérée » des interdictions de TAPS mais un score de conformité (tel que détaillé dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme) de 5 sur 10, nous avons calculé le score comme suit : $\text{Score de mesure} - (0,5 * \text{Conformité Score} / 10) = 2 - (0,5 * (5/10)) = 1,75$. Pour les pays qui n'ont pas communiqué de score de conformité, nous avons supposé la moyenne des scores de conformité dans le monde.
- Pour 3) la taxation des cigarettes, tous les pays dans lesquels la part fiscale totale était égale ou supérieure à 75 % ont reçu une note de 3. Tous les pays en dessous de cette note ont reçu la note suivante : $3 * (\text{part fiscale totale} / 0,75)$. Ainsi, un pays avec une part fiscale totale de 35 % a reçu un score de 1,4 ($3 * (.35 / .75)$).

En fin de compte, la plupart des mesures sont pondérées de la même manière (comptent pour 3 points si elles sont pleinement mises en œuvre), à l'exception des emballages neutres (comptent pour 1 point si elles sont entièrement mises en œuvre). Les analystes ont sélectionné 1 point pour l'emballage neutre parce que : 1) Contrairement aux autres mesures,

l'emballage neutre fonctionne sur une échelle de 0,1 — soit la mesure est en place, soit elle ne l'est pas (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de gradation de la politique – il y a peu d'avantage à exiger que la moitié de l'emballage soit "simple" tandis que le reste pourrait être en couleur ou avec d'autres caractéristiques) ; 2) Dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, les emballages neutres sont notés comme une « étoile » au-dessus des étiquettes d'avertissement graphiques agissant comme un complément de soutien aux autres exigences d'étiquetage.

Le score total qu'un pays peut recevoir pour la mise en œuvre des principales mesures de réduction de la demande (c'est-à-dire le score composite de lutte antitabac) est de 19. Un pays avec un score composite de lutte antitabac de 12/19 peut être considéré comme ayant mis en œuvre environ 63 % du programme de mesures clés de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS.

Tableau A6. Définition du niveau d'état de mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS dans la figure 2 (texte principal).

Mesure de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS	Pas/peu de mise en œuvre	Mise en œuvre partielle	Mise en œuvre modérée	Mise en œuvre de haut niveau
Augmenter la taxation des cigarettes pour réduire le caractère abordable des produits du tabac (<i>article 6 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	0 % du prix de détail est une taxe, ou aucune donnée n'est déclarée	≥ 25 % et < 50 % du prix de détail sont des taxes	≥ 50 % et < 75 % du prix de détail sont des taxes	≥ 75% du prix de détail sont des taxes
Créer des lieux publics et des lieux de travail non-fumeurs pour protéger les personnes contre les méfaits de la fumée de tabac (<i>article 8 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	Absence totale d'interdiction, ou jusqu'à deux lieux publics entièrement non-fumeurs, ou aucune donnée n'est communiquée	Trois à cinq lieux publics entièrement non-fumeurs	Six à sept lieux publics entièrement non-fumeurs	Tous les lieux publics entièrement non-fumeurs (ou au moins 90 % de la population couverte par une législation infranationale complète anti-tabac)
Exiger que les emballages de tabac portent des avertissements sanitaires graphiques décrivant les effets nocifs de l'usage du tabac (<i>article 11 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	Pas d'avertissements ou de petits avertissements, ou données non rapportées	Avertissements de taille moyenne manquant de certaines caractéristiques appropriées ou avertissements de grande taille manquant de nombreuses caractéristiques appropriées	Avertissements de taille moyenne avec toutes les caractéristiques appropriées ou avertissements de grande taille manquant de certaines caractéristiques appropriées	Grands avertissements avec toutes les caractéristiques appropriées

Mesure de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS	Pas/peu de mise en œuvre	Mise en œuvre partielle	Mise en œuvre modérée	Mise en œuvre de haut niveau
Mettre en œuvre le conditionnement neutre des produits du tabac (<i>Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 11 et Directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la mise en œuvre de l'article 13</i>)	L'emballage neutre n'est pas obligatoire.	-	-	L'emballage neutre est obligatoire.
Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac, y compris les risques pour la santé du tabagisme et de la fumée de tabac, la dépendance et les avantages du sevrage (<i>article 12 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	Aucune campagne nationale menée entre juillet 2018 et juin 2020 d'une durée d'au moins 3 semaines, ou aucune donnée n'est rapportée	Campagne nationale menée avec une à quatre caractéristiques appropriées	Campagne nationale menée avec cinq à six caractéristiques appropriées	Campagne nationale menée avec au moins sept caractéristiques appropriées, y compris la diffusion à la télévision et/ou à la radio
Adopter et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac - TAPS (<i>article 13 de la Convention-cadre de l'OMS</i>)	Absence totale d'interdiction ou interdiction qui ne couvre pas la télévision nationale, la radio et la presse écrite	Interdiction de la télévision nationale, de la radio et de la presse écrite uniquement	Interdiction de la télévision nationale, de la radio et de la presse écrite ainsi que de certaines mais pas toutes les autres formes de publicité directe et/ou indirecte	Interdiction de toute forme de publicité directe et indirecte (ou au moins 90 % de la population couverte par une législation infranationale interdisant complètement la publicité, la promotion et le parrainage du tabac)

Mesure de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS	Pas/peu de mise en œuvre	Mise en œuvre partielle	Mise en œuvre modérée	Mise en œuvre de haut niveau
Développer des infrastructures pour soutenir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac (article 14 de la Convention-cadre de l'OMS)	Aucune, ou aucune donnée n'est rapportée	Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et/ou certains services de sevrage (aucun coût n'est pris en charge)	TRN et/ou certains services de sevrage (dont au moins un est pris en charge)	Ligne nationale d'aide au sevrage, et TSN et certains services de sevrage sont régulièrement pris en charge

Source : Les informations contenues dans ce tableau sont basées sur le rapport de l'OMS sur l'épidémie de tabagisme, 2021 [4].

Références

- [1] Tobacconomics, "Tobacco & Poverty." Feb. 2018. [Online]. Available at: https://tobacconomics.org/uploads/misc/2018/03/UIC_Tobacco-and-Poverty_Policy-Brief.pdf
- [2] World Health Organization, "Tobacco," May 24, 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- [3] U.S. Department of Health and Human Services, "The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress," 2014. [Online]. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf
- [4] World Health Organization, "WHO report on the global tobacco epidemic, 2021," Geneva, Switzerland, 2021. [Online]. Available at: <https://www.who.int/publications/item/9789240032095>
- [5] 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.
- [6] M. Goodchild, N. Nargis, and E. T. d'Espaignet, "Global economic cost of smoking-attributable diseases," *Tobacco control*, vol. 27, no. 1, pp. 58–64, 2018.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] 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.

- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] World Health Organization, Tobacco and its environmental impact: an overview. 2017. Accessed: Oct. 21, 2020. [Online]. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255574/1/9789241512497-eng.pdf?ua=1>
- [17] 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.
- [18] "The Environmental Burden of Cigarette Butts," *Tobacco Control*, vol. 20, no. Suppl 1, May 2011, Accessed: Oct. 21, 2020. [Online]. Available at: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/Suppl_1
- [19] United Nations Treaty Collection, "4. WHO Framework Convention on Tobacco Control," Mar. 30, 2022. Available at: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=en (accessed Mar. 30, 2022).
- [20] The Secretariat of the WHO FCTC and United Nations Development Programme, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an accelerator for sustainable development," Apr. 2017. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-accelerator-for-sustainable-development>
- [21] World Health Organization, Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020. 2013. Accessed: Jul. 21, 2021. [Online]. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>
- [22] United Nations Department of Economic and Social Affairs, "Do you know all 17 SDGs?" <https://sdgs.un.org/goals> (accessed Aug. 10, 2022).
- [23] The Government of Burkina Faso, "DECRET 2010- 823/PRES promulguant la loi n° 040-2010/AN du Justice 25 novembre 2010 portant lutte contre le tabac au Burkina Faso." Nov. 25, 2010.
- [24] Tobacco Control Laws, "Legislation by Country: Burkina Faso," Sep. 14, 2021. Available at: <https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/country/burkina-faso/summary> (accessed Mar. 30, 2022).
- [25] A. B. Gilmore, G. Fooks, J. Drope, S. A. Bialous, and R. R. Jackson, "Exposing and addressing tobacco industry conduct in low-income and middle-income countries," *Lancet*, vol. 385, no. 9972, pp. 1029–1043, Mar. 2015, doi: 10.1016/S0140-6736(15)60312-9.
- [26] D. T. Levy, J. A. Ellis, D. Mays, and A.-T. Huang, "Smoking-related deaths averted due to three years of policy progress," *Bull World Health Organ*, vol. 91, no. 7, pp. 509–518, Jul. 2013, doi: 10.2471/BLT.12.113878.

- [27] Secretariat of the WHO FCTC, "Needs assessment for implementation of the WHO FCTC in Burkina Faso," Oct. 2017. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/factsheet-na-fctc-burkina-faso>
- [28] The Secretariat of the WHO FCTC, "FCTC 2030," WHO FCTC. Available at: <https://fctc.who.int/who-fctc/development-assistance/fctc-2030> (accessed Aug. 10, 2022).
- [29] I. C. F. Institut National de la Statistique et de la Démographie, Ministère de l'Économie et des Finances and ICF International, "Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010," Apr. 2012. Accessed: Mar. 22, 2022. [Online]. Available at: <https://www.dhsprogram.com/publications/publication-FR256-DHS-Final-Reports.cfm>
- [30] Burkina Faso Ministry of Health and World Health Organization, "Rapport de l'enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso Enquête STEPS 2013," Jun. 2014.
- [31] B. Bonnechère et al., "Tobacco use and associated risk factors in Burkina Faso: results from a population-based cross-sectional survey," BMC Public Health, vol. 19, no. 1, p. 1466, Dec. 2019, doi: 10.1186/s12889-019-7826-6.
- [32] Z. A. Millogo, "Determining Factors for Smoking in Burkina Faso (Facteurs Déterminant le Tabagisme au Burkina Faso)," Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation, Oct. 2017. [Online]. Available at: http://www.ifris-bf.org/wp-content/uploads/2018/12/10-MILLOGO_-Tabagisme-au-Burkina-facteurs-d%C3%A9terminants.pdf
- [33] UNESCO Institute for Statistics, "Burkina Faso - Education and Literacy," UNESCO Institute for Statistics. <http://uis.unesco.org/en/country/bf> (accessed Apr. 01, 2022).
- [34] O. S. Nag, "What Languages Are Spoken In Burkina Faso?," WorldAtlas, Aug. 01, 2017. Available at: <https://www.worldatlas.com/articles/what-languages-are-spoken-in-burkina-faso.html> (accessed Apr. 01, 2022).
- [35] Burkina Faso Public Health Association, World Health Organization, and US Centers for Disease Control and Prevention, "Burkina Faso - Ouagadougou (Ages 13-15) Global Youth Tobacco Survey (GYTS)," 2009.
- [36] Burkina Faso Public Health Association, World Health Organization, and US Centers for Disease Control and Prevention, "Burkina Faso - Bobo Dioulasso (Ages 13-15) Global Youth Tobacco Survey (GYTS)," 2009.
- [37] F. Koueta, L. Dao, D. Yé, M. Koura, and A. Sawadogo, "Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso)," Revue des Maladies Respiratoires, vol. 26, no. 3, 2009, doi: RMR-03-2009-26-3-0761-8425-101019-200902246.
- [38] Africa Tobacco Control Alliance, "Big Tobacco Tiny Targets, Tobacco Industry Targets Schools in Africa," Nov. 2016. [Online]. Available at: <https://www.takeapart.org/tiny-targets/reports/Benin-Report.pdf>

- [39] J. L. Brown, D. Rosen, M. G. Carmona, N. Parra, M. Hurley, and J. E. Cohen, "Spinning a global web: tactics used by Big Tobacco to attract children at tobacco points-of-sale," *Tob Control*, p. tobaccocontrol-2021-057095, May 2022, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-057095.
- [40] The Government of Burkina Faso, The Minister of Justice, Human Rights And Civic Promotion, Attorney General, The Minister of State, Minister of Territorial Administration, Decentralization and Internal Security, The Minister of National Education and Literacy, and The Minister of the Economy, Finance and Development, "Decree No. 2016 - 926/PRES/PM/MATDSI/MJDHPC/MINEFID/MENA concerning protection of the educational domain." 2016. [Online]. Available at: https://d3vqfzrrx1ccvd.cloudfront.net/uploads/legislation/Burkina%20Faso/Burkina-Faso-Decree-No.-2016_926.pdf
- [41] 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.
- [42] D. E. Apollonio, L. M. Dutra, and S. A. Glantz, "Associations between smoking trajectories, smoke-free laws and cigarette taxes in a longitudinal sample of youth and young adults," *PLoS ONE*, vol. 16, no. 2, p. e0246321, Feb. 2021, doi: 10.1371/journal.pone.0246321.
- [43] U.S. Centers for Disease Control and Prevention, "Health Effects of Secondhand Smoke," Feb. 27, 2020. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/index.htm (accessed Aug. 30, 2022).
- [44] Campaign for Tobacco-free Kids, "Global Issues Women and Tobacco," Nov. 12, 2020. Available at: <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/women> (accessed Mar. 15, 2022).
- [45] U.S. Centers for Disease Control and Prevention, "Substance Use During Pregnancy," *Reproductive Health*, May 23, 2022. Available at: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/substance-abuse/substance-abuse-during-pregnancy.htm#:~:text=Top%20of%20Page-,Tobacco,infant%20death%20syndrome%20\(SIDS\)](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/substance-abuse/substance-abuse-during-pregnancy.htm#:~:text=Top%20of%20Page-,Tobacco,infant%20death%20syndrome%20(SIDS)) (accessed Jul. 21, 2022).
- [46] Campaign for Tobacco-free Kids, "A Lifetime of Damage How Big Tobacco's predatory marketing harms the health of women and girls," May 2021. [Online]. Available at: https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2021/womens-report.pdf
- [47] J. Roelands, M. G. Jamison, A. D. Lyerly, and A. H. James, "Consequences of Smoking during Pregnancy on Maternal Health," *Journal of Women's Health*, vol. 18, no. 6, pp. 867–872, Jun. 2009, doi: 10.1089/jwh.2008.1024.
- [48] S. Lange, C. Probst, J. Rehm, and S. Popova, "National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis," *The Lancet Global Health*, vol. 6, no. 7, pp. e769–e776, Jul. 2018, doi: 10.1016/S2214-109X(18)30223-7.

- [49] The Government of Burkina Faso, The Prime Minister, The Ministry of Health, and The Ministry of Economy and Finance, "DECRET N°2011- 1050 /PRES/PM/MS/MEF portant création, attributions, composition et fonctionnement du Comité national de lutte contre le tabac au Burkina Faso." Dec. 30, 2011.
- [50] Burkina Faso Ministry of Health, "Plan Strategique Integre de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles 2016-2020," Apr. 2016. [Online]. Available at: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/BFA_B3_Plan%20SIMNT_FINAL_27-09-2016_F.pdf
- [51] Burkina Faso Ministry of Health, "Plan National De Développement Sanitaire 2011-2020," 2011. [Online]. Available: <https://www.mindbank.info/item/2518>
- [52] The Government of Burkina Faso, "Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2016-2020," Jan. 2016. [Online]. Available at: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/bkf166486.pdf>
- [53] UN Population Division Department of Economic and Social Affairs, "World Population Prospects: The 2019 Revision," Annual population by age groups (Male and Female), 2019.
- [54] J. Tesche and C. Van Walbeek, "Measuring the effects of the new ECOWAS and WAEMU tobacco excise tax directives," *Tob Control*, vol. 30, no. 6, pp. 668–674, Nov. 2021, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-055843.
- [55] World Health Organization, "WHO Technical Manual on Tobacco Tax Policy and Administration," Geneva, 2021.
- [56] F. Chaloupka et al., "Tobacconomics cigarette tax scorecard 2nd Edition," Health Policy Center, Institute for Health Research and Policy, University of Illinois Chicago, Chicago, IL, 2021. [Online]. Available at: www.tobacconomics.org
- [57] The Government of Burkina Faso, "DECREE No. 2011-1052 /PRES/PM/MS/MEF concerning the ban on smoking in public places and public transportation." Dec. 30, 2011.
- [58] World Health Organization Regional Office for Africa, Burkina Faso, "Lutte contre le tabac au Burkina Faso : Le Ministère de la Santé et l'OMS outillent les journalistes dans la lutte antitabac," WHO AFRO, Aug. 14, 2019. Available at: <https://www.afro.who.int/fr/news/lutte-contre-le-tabac-au-burkina-faso-le-ministere-de-la-sante-et-loms-outillent-les> (accessed Mar. 30, 2021).
- [59] LeFaso, "Lutte Anti-Tabac au Burkina: Sous la Houlette de l'Acontá, des (...)," Available at: https://lefaso.net/spip.php?page=web-tv-video&id_article=86349&rubrique4 (accessed Apr. 01, 2022).
- [60] Secretariat of the WHO FCTC, "Burkina Faso - Workshop aims to boost tobacco cessation." Available at: https://www.who.int/fctc/implementation/news/burkinafaso_news/en/ (accessed Apr. 01, 2022).
- [61] G. Kere, "Burkina Faso: Réseau des journalistes pour la lutte anti-tabac - Sortir de l'ombre avec la collaboration des directeurs de presse," *allAfrica*, Jan. 2012. Available at: <https://fr.allafrica.com/stories/201201100686.html> (accessed Apr. 01, 2022).

- [62] J. T. Balima, "Lutte Antitabac: Un Centre de Sevrage Désormais Fonctionnel à (...)," Available at: [Lefaso.net. https://lefaso.net/spip.php?page=web-tv-video&id_article=75906&rubrique4](https://lefaso.net/spip.php?page=web-tv-video&id_article=75906&rubrique4) (accessed Mar. 30, 2022).
- [63] World Health Organization Regional Office for Africa, "Burkina Faso Report card on the WHO Framework Convention on Tobacco Control," Oct. 2018. [Online]. Available at: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/BurkinaFaso_report_card_0.pdf
- [64] Secretariat of the WHO FCTC, "Guidelines for implementation of Article 14," Jan. 2013. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/guidelines-for-implementation-of-article-14>
- [65] World Health Organization, "Coronavirus disease (COVID-19): Tobacco," May 25, 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-tobacco> (accessed Aug. 02, 2022).
- [66] WHO Framework Convention on Tobacco Control Secretariat and United Nations Development Programme, "Integrating Tobacco Control into Tuberculosis and HIV Responses: Implementing the WHO Framework Convention on Tobacco Control to address co-morbidities," Nov. 2018. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/integrating-tobacco-control-into-tuberculosis-and-hiv-responses>
- [67] The DHS Program, USAID, "Burkina Faso: Standard DHS, 2021," 2021. Available at: <https://dhsprogram.com/methodology/survey/survey-display-562.cfm> (accessed Mar. 30, 2022).
- [68] Expertise France, the Ministry of Europe and Foreign Affairs and the Ministries for the Economy, Finance and the Recovery, "Voussongo – Helping to breathe better in Burkina Faso," Expertise France, Mar. 24, 2017. Available at: <https://expertisefrance.fr/en/fiche-projet?id=248826> (accessed Apr. 01, 2022).
- [69] Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use Grants Program, "Tobacco Control Grants Program Previously Funded Projects," 2008. Available at: https://tobaccocontrolgrants.org/What-we-fund?who_region=AFRO&country_id=31&date_type=&date_from=&date_to=&submit=Search (accessed Apr. 01, 2022).
- [70] Candice and Center for Tobacco Control in Africa, "Burkina Faso develops a national tobacco control programme," Center for Tobacco Control in Africa, Mar. 19, 2021. Available at: <https://ctc-africa.org/burkina-faso-develops-a-national-tobacco-control-programme/> (accessed Mar. 30, 2022).
- [71] Global Center for Good Governance in Tobacco Control, Afrique contre le tabac, and African Tobacco Control Alliance, "Burkina Faso Indice d'ingérence de l'industrie du tabac 2021," 2021. [Online]. Available at: <https://globaltobaccoindex.org/country/BF>
- [72] M. Assunta, "Global Tobacco Industry Interference Index 2021," Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC), Bangkok, Thailand, Nov. 2021. [Online]. Available at: <https://globaltobaccoindex.org/>
- [73] J. Drope, Ed., Tobacco control in Africa: people, politics, and policies. in Anthem studies in development and globalization. London ; New York: Anthem Press, 2011.

- [74] C. O. Egbe, P. Magati, E. Wanyonyi, L. Sessou, E. Owusu-Dabo, and O. A. Ayo-Yusuf, "Landscape of tobacco control in sub-Saharan Africa," *Tob Control*, vol. 31, no. 2, pp. 153–159, Mar. 2022, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056540.
- [75] ONG Afrique Contre le Tabac, "Rapport Parallele de Mise en Oeuvre des Articles 5.3; 6 et 13 de la Convention Cadre de L'OMS pour la Lutte Antitabac au Burkina Faso," Nov. 2013. [Online]. Available at: https://fctc.org/wp-content/uploads/2018/05/Burkina_Faso_FCTC_shadow_report_2013.pdf
- [76] Comté National Contre le Tabagisme, "La contrebande alimentée par l'industrie du tabac finance le terrorisme." Available at: <https://cnct.fr/communiqués/la-contrebande-alimentee-par-lindustrie-du-tabac-finance-le-terrorisme/> (accessed Apr. 01, 2022).
- [77] Tobacco Tactics University of Bath, "Codentify," Tobacco Tactics, Jul. 21, 2021. Available at: <https://tobaccotactics.org/article/codentify/>
- [78] Global Center for Good Governance in Tobacco Control, "Global Tobacco Industry Interference Index 2021 - Burkina Faso Country Summary." [Online]. Available at: <https://globaltobaccoindex.org/country/BF>
- [79] Secretariat of the WHO FCTC, "Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products." May 03, 2013. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9789241505246>
- [80] M. Gallien and G. Occhiali, "No smoking gun: tobacco taxation and smuggling in Sierra Leone," *Tob Control*, p. tobaccocontrol-2021-057163, Jun. 2022, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-057163.
- [81] Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, "4. a Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products," United Nations Treaty Collection, Mar. 15, 2022. Available at: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=en (accessed Mar. 15, 2022).
- [82] Government of France Ministry of Agriculture and Food, "Burkina Faso: Contexte agricole et relations internationales," Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, Jul. 14, 2016.
- [83] Tobacco Atlas, "Burkina Faso," Tobacco Atlas. Available at: <https://tobaccoatlas.org/country/burkina-faso/> (accessed Apr. 01, 2022).
- [84] Secretariat of the WHO FCTC, "UNEP, Secretariat of the WHO FCTC partner to combat microplastics in cigarettes," Feb. 01, 2022. <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/01-02-2022-unesp-secretariat-of-the-who-fctc-partner-to-combat-microplastics-in-cigarettes> (accessed Mar. 18, 2022).
- [85] NationMaster, "Top Countries in Exposure to PM2.5 Air Pollution, Micrograms Per Cubic Meter - 1990 to 2019." Accessed: Apr. 01, 2022. [Online]. Available at: <https://www.nationmaster.com/nmx/ranking/exposure-to-pm25-air-pollution>
- [86] S. Ki Ouedrago, L. Ouedrago, and K. Théodore, ATSA synthesis : Burkina Faso chapter, Pre-Publication copy. International Development Research Centre, 2010. [Online]. Available at: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/42361?locale-attribute=fr>

- [87] Framework Convention Alliance, "Framework Convention Alliance on Tobacco Control. 2017 Annual Report," Ottawa, Canada, 2017. [Online]. Available at: https://www.fctc.org/wp-content/uploads/2018/06/FCA-Annual-Report-2017_FINAL.pdf
- [88] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "The Global Burden of Disease Results Tool." University of Washington, Seattle, WA, 2019. [Online]. Available at: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- [89] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "Frequently Asked Questions." Available at: <https://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY> (accessed May 08, 2023).
- [90] World Health Organization, "Global Health Expenditures Database." online, 2020. [Online]. Available: <https://apps.who.int/nha/database>
- [91] M. Goodchild, N. Nargis, and E. Tursan d'Espaignet, "Global economic cost of smoking-attributable diseases," *Tobacco control*, vol. 27, no. 1, pp. 58–64, 2018, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305.
- [92] 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.
- [93] 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 at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31575>
- [94] 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, 2016, doi: 10.1016/j.socscimed.2016.10.020.
- [95] 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.
- [96] Secretariat of the WHO FCTC, "Guidelines for implementation of Article 6." Jan. 01, 2017. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/price-and-tax-measures-to-reduce-the-demand-for-tobacco>
- [97] G. Rodriguez-Iglesias and E. Blecher, "Tax Structures are Key in Raising Tobacco Taxes & Revenues," *Tobacconomics*, Health Policy Center, Institute for Health Research and Policy, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL, Oct. 2018.
- [98] World Health Assembly, "Fifty-fourth World Health Assembly, Transparency in tobacco control process." May 22, 2001. [Online]. Available at: <https://apps.who.int/gb/archive/pdf/files/WHA54/ea54r18.pdf>
- [99] Secretariat of the WHO FCTC, "Global Progress Reports." Available at: <https://fctc.who.int/who-fctc/reporting/global-progress-reports> (accessed Jun. 01, 2023).

- [100] Secretariat of the WHO FCTC, "Guidelines for implementation of Article 5.3." Jan. 01, 2013. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/guidelines-for-implementation-of-article-5.3>
- [101] UNDP and Secretariat of the WHO FCTC, "National Coordinating Mechanisms for Tobacco Control: Toolkit for Parties to implement Article 5.2 (a) of the WHO FCTC." UNDP and FCTC Secretariat. Accessed: Feb. 03, 2021. [Online]. Available at: <http://www.who.int/fctc/implementation/cooperation/5-2-toolkit/en/>
- [102] NCD Alliance, "Making the case for tobacco control and fiscal measures in Ghana," Oct. 09, 2017. Available at: <https://ncdalliance.org/news-events/news/making-the-case-for-tobacco-control-and-fiscal-measures-in-ghana> (accessed May 26, 2022).
- [103] 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.
- [104] D. R. Smith, A. Behzadnia, R. A. Imawana, M. N. Solim, and M. L. Goodson, "Exposure-lag response of smoking prevalence on lung cancer incidence using a distributed lag non-linear model," *Sci Rep*, vol. 11, no. 1, p. 14478, Jul. 2021, doi: 10.1038/s41598-021-91644-y.
- [105] M. S. Duncan, M. S. Freiberg, R. A. Greevy, S. Kundu, R. S. Vasan, and H. A. Tindle, "Association of Smoking Cessation With Subsequent Risk of Cardiovascular Disease," *JAMA*, vol. 322, no. 7, pp. 642–650, Aug. 2019, doi: 10.1001/jama.2019.10298.
- [106] L. A. Robinson et al., "Reference Case Guidelines for Benefit-Cost Analysis in Global Health and Development," Harvard T.H. Chan School of Public Health, Bill and Melinda Gates Foundation, Boston, MA, May 2019. [Online]. Available at: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2447/2019/05/BCA-Guidelines-May-2019.pdf>
- [107] L. A. Robinson, J. K. Hammitt, and L. O'Keeffe, "Valuing Mortality Risk Reductions in Global Benefit-Cost Analysis," *J Benefit Cost Anal*, vol. 10, no. Suppl 1, pp. 15–50, 2019, doi: 10.1017/bca.2018.26.
- [108] 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.
- [109] 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.
- [110] 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.
- [111] 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.

- [112] WHO FCTC Secretariat, "Global Strategy to Accelerate Tobacco Control - Advancing Sustainable Development through the Implementation of the WHO FCTC 2019–2025," 2019. Available at: <https://www.who.int/fctc/implementation/global-strategy-to-accelerate-tobacco-control/en/>
- [113] T. Chipty, "Study of the Impact of the Tobacco Plain Packaging Measure on Smoking Prevalence in Australia," Analysis Group, Inc., 2016. [Online]. Available at: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/\\$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx)
- [114] "Tobacco Interventions for the Appendix 3 of the Global Action Plan for Non Communicable Disease." World Health Organization, 2017. [Online]. Available at: https://www.who.int/ncds/governance/tobacco_use.pdf?ua=1
- [115] 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.
- [116] 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. Accessed: Oct. 22, 2020. [Online]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44706>
- [117] L.-M. Ho, C. Schafferer, J.-M. Lee, C.-Y. Yeh, and C.-J. Hsieh, "The effect of cigarette price increases on cigarette consumption, tax revenue, and smoking-related death in Africa from 1999 to 2013," *Int J Public Health*, vol. 62, no. 8, pp. 899–909, Nov. 2017, doi: 10.1007/s00038-017-0980-7.
- [118] 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*, 2016, pp. 250–7. doi: 10.2471/blt.15.164707.
- [119] 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.
- [120] International Monetary Fund, "Real GDP Growth - Annual percent change," *World Economic Outlook Dataset*. Available at: https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEO_WORLD (accessed Dec. 17, 2020).
- [121] 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.
- [122] D. B. Abrams, A. L. Graham, D. T. Levy, P. L. Mabry, and C. T. Orleans, "Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy," *Am J Prev Med*, vol. 38, no. 3 Suppl, pp. S351-363, Mar. 2010, doi: 10.1016/j.amepre.2009.12.011.

- [123] O. García-Rodríguez, R. Secades-Villa, L. Flórez-Salamanca, M. Okuda, S.-M. Liu, and C. Blanco, "Probability and predictors of relapse to smoking: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)," *Drug Alcohol Depend*, vol. 132, no. 3, pp. 479–485, Oct. 2013, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.008.
- [124] World Health Organization, "Global Health Observatory (GHO)," 2021. Available at: <https://www.who.int/data/gho> (accessed Mar. 14, 2021).
- [125] J. Altschuler, D. Margolius, T. Bodenheimer, and K. Grumbach, "Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation," *Ann Fam Med*, vol. 10, no. 5, pp. 396–400, Sep. 2012, doi: 10.1370/afm.1400.
- [126] 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.
- [127] S. Castro Lopes, M. Guerra-Arias, J. Buchan, F. Pozo-Martin, and A. Nove, "A rapid review of the rate of attrition from the health workforce," in *Hum Resour Health*, 2017. doi: 10.1186/s12960-017-0195-2.
- [128] World Health Organization, "Part III. Training for primary care providers," Geneva, 2013.
- [129] "New Occupant Load Factors Coming to NFPA 101," MeyerFire Blog, 2017. Available at: <https://www.meyerfire.com/blog/new-occupant-load-factors-coming-to-nfpa-101>
- [130] World Health Organization, "WHO-CHOICE Unit Cost estimates for service delivery - Estimation File." http 2010.
- [131] K. Stenberg, J. A. Lauer, G. Gkountouras, C. Fitzpatrick, and A. Stanciole, "Econometric estimation of WHO-CHOICE country-specific costs for inpatient and outpatient health service delivery," *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, vol. 16, no. 1, pp. 1–15, Mar. 2018, doi: 10.1186/s12962-018-0095-x.
- [132] The World Bank, "World Bank Open Data: Free and open access to global development data." The World Bank Data Catalog, 2019.
- [133] Health Services Executive of Ireland, "Brief Intervention for Smoking Cessation," 2012.
- [134] A. Fuchs, F. González Icaza, and D. Paz, "Distributional Effects of Tobacco Taxation: A Comparative Analysis," World Bank, Washington, DC, Working Paper, Apr. 2019. doi: 10.1596/1813-9450-8805.

