

# STRATEGIES POUR UNE MISE EN ŒUVRE ACCELEREE DU TRAITE MONDIAL DE LUTTE ANTITABAC :

QUELS ENSEIGNEMENTS POUVONS-NOUS TIRER  
DES INITIATIVES DE SANTE AU NIVEAU MONDIAL ?

Dr. K Srinath Reddy<sup>α</sup>, Dr. Peter Piot<sup>β</sup> & Shoba John<sup>γ</sup>

Résumé de recherche

*Le tabagisme devrait tuer 1 milliard de personnes au 21<sup>ème</sup> siècle, à moins que des mesures de lutte antitabac fermes ne soient mises en place sur l'ensemble du globe. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) est un accord juridiquement contraignant qui vise à endiguer l'épidémie de tabagisme et représente le consensus mondial. L'objectif de réduire de 30 % la prévalence du tabagisme chez les adultes d'ici à 2025, défini par les États membres de l'OMS en 2013, obligera les gouvernements à intensifier leurs efforts et à augmenter les ressources destinées à la lutte antitabac. Cette recherche a examiné les stratégies qui ont motivé des engagements politiques et financiers destinés à résoudre des problèmes de santé publique, tels que le sida, le paludisme, la tuberculose (TB) et la santé maternelle et infantile, d'une part, et tire des enseignements pour la lutte antitabac dans son ensemble et la mise en œuvre de la CCLAT en particulier, d'autre part.*

*L'identification des obstacles et l'établissement de stratégies mondiales et nationales, de campagnes, de plans nationaux chiffrés, de mécanismes de responsabilité et de vastes alliances ont permis d'attirer non seulement l'attention politique mais aussi des ressources sur d'autres problèmes de santé. Une direction politique et une campagne de plaidoyer à haut niveau, associées à des stratégies à plus long terme et une coordination multisectorielle, pourraient renforcer de manière significative la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS. Le groupe de travail sur les mesures durables destinées à renforcer la mise en œuvre de la CCLAT, créé par la Conférence des Parties (COP) à la CCLAT en 2012, offre une plateforme idéale pour examiner et recommander des mesures pratiques destinées à générer une dynamique mondiale et les ressources suffisantes à la mise en œuvre du traité.*

.....  
<sup>α</sup>Public Health Foundation of India, <sup>β</sup>London School of Hygiene & Tropical Medicine, <sup>γ</sup>Framework Convention Alliance [Alliance pour la Convention-cadre]

Correspondance : [editor@fctc.org](mailto:editor@fctc.org)

## OBTENIR UN SOUTIEN MONDIAL POUR LA LUTTE ANTITABAC

L'épidémie de tabagisme menace la santé de millions de personnes et affaiblit le développement de régions entières ; la communauté mondiale se doit donc de réagir à une vitesse et avec une détermination sans précédent.

Plusieurs problèmes de santé de ce type sont parvenus à attiré l'attention du monde entier ces dernières décennies, tandis que l'Aide au Développement de la Santé (ADS) a augmenté de 16,2 milliards \$US en valeur réelle entre 1990 et 2007<sup>1</sup>. Malheureusement, l'épidémie de tabagisme n'a pas encore fait naître d'effort résolu.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prévoit que d'ici à la fin du siècle le nombre de décès liés au tabac atteindra 1 milliard<sup>2</sup>, dont 80 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), adoptée par les États membres de l'OMS en 2003, représente le consensus mondial sur une feuille de route pour endiguer l'épidémie de tabagisme.

Dix ans après son adoption, un bon nombre de Parties<sup>#</sup> commencé à prendre des mesures pour mettre en œuvre le traité. Néanmoins, ce travail doit encore prendre de l'essor, attirer les ressources appropriées et s'inscrire sur le long terme dans la majorité des pays et, en particulier, dans les pays à faible revenu<sup>3</sup>. Afin de donner de l'élan aux efforts mondiaux pour endiguer l'épidémie de tabagisme, la Conférence des Parties (COP), l'instance dirigeante de la Convention, a établi un groupe de travail en 2012 afin de proposer des mesures durables destinées à renforcer la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS<sup>4</sup>.

Cette recherche a examiné les stratégies qui ont créé la volonté politique nécessaire et attiré des ressources suffisantes pour s'attaquer sérieusement à des problèmes de santé publique tels que le sida, le paludisme, la tuberculose (TB) et la santé maternelle et infantile ; elle tire des enseignements pour la lutte antitabac dans son ensemble et la mise en œuvre de la CCLAT en

particulier. Ses conclusions peuvent fournir des informations importantes au groupe de travail de la CCLAT.

## FACTEURS AYANT SUSCITÉ UN INTÉRÊT MONDIAL POUR DIFFÉRENTES CRISES SANITAIRES

Plusieurs facteurs semblent avoir conduit au renforcement de l'engagement politique et des ressources en faveur des problèmes de santé examinés. Une forte hausse de la mortalité<sup>5</sup> et la découverte d'un traitement antirétroviral<sup>6</sup> ont porté l'attention du monde sur le sida. Par exemple, le nombre de personnes séropositives est passé de 7,6 millions à 28,3 millions entre 1990 et 2000<sup>7</sup>. Les questions de justice sociale autour de la disparité dans l'accès au traitement ont poussé des philanthropes influents et des donateurs d'aide au développement à orienter leurs ressources vers la vaccination et les initiatives de lutte contre le sida<sup>8,9</sup>.

Dans le cas du paludisme, l'apparition d'interventions efficaces en termes de coût, telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide, ont centré l'attention sur cette maladie et intéressé la communauté des donateurs. De la même façon, les vaccins, la supplémentation en vitamine A et les soins post-partum ont motivé le financement de stratégies en faveur de la survie de la mère et de l'enfant. La possibilité de résurgence de la tuberculose dans les pays développés a soulevé des inquiétudes<sup>10</sup>, tandis que l'introduction de la stratégie DOTS au milieu des années 1990 a présenté une solution<sup>11</sup>.

La recherche a identifié huit stratégies qui ont joué un rôle important dans l'obtention d'engagements politiques et financiers en faveur des problèmes de santé publique examinés.

<sup>#</sup> États membres de l'OMS ayant signé, ratifié/adhéré au traité.

## QUELS ENSEIGNEMENTS POUVONS-NOUS TIRER DES INITIATIVES DE SANTE AU NIVEAU MONDIAL ?

<b>Fournir des preuves</b>	Les expériences des mouvements liés au sida, à la tuberculose et au paludisme indiquent que le fait de démontrer le coût de l'action, de l'inaction, de même que le retour sur investissement aux niveaux national et mondial, a été essentiel pour générer de l'intérêt auprès des gouvernements et des donateurs internationaux. Ces mouvements ont présenté l'impact des maladies sur la pauvreté, la productivité et les coûts des soins de santé des pays. Ils ont également mis en avant le coût des interventions et le retour sur investissement en termes d'augmentation de la productivité et du produit intérieur brut résultant d'une diminution de la prévalence <sup>12,13</sup> .
<b>Élaborer une stratégie à long terme</b>	Les stratégies nationales et mondiales qui incluaient des objectifs et des délais ont éclairé les décisions des donateurs relatives à la santé maternelle et infantile et à la tuberculose. La stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant a attiré des promesses de dons d'un montant de 40 milliards \$US de la part des pays développés et en développement et d'autres partenaires <sup>14</sup> . En outre, au cours des trois premières années de mise en œuvre du plan mondial de lutte contre la tuberculose 2006-2015, 155 pays ont présenté des projets de stratégie nationale et augmenté le financement national et international pour cette maladie <sup>15</sup> .
<b>S'accorder sur les messages et la communication</b>	La recherche indique qu'une stratégie et des objectifs à long terme doivent être complétés par une stratégie de marque et une communication stratégique afin d'étayer le plaidoyer politique. Les messages portant sur la souffrance humaine, l'égalité, la justice sociale et les conséquences économiques ont contribué à encourager des actions en ce qui concerne la mortalité maternelle, l'infection par le VIH, le paludisme et la tuberculose <sup>16</sup> . Le plaidoyer sur le sort des femmes et des enfants a impulsé une action mondiale pour la santé maternelle et infantile, ainsi que sur la vaccination. Les disparités dans l'accès aux médicaments anti-VIH entre les pays développés et les pays en développement, soutenues par des images choc d'enfants africains orphelins à cause du sida, ont ému de nombreux donateurs. Les messages de la lutte antitabac pourraient également cibler les problèmes d'égalité dans les pays en développement, où les compétences et les cadres réglementaires sont à la traîne.
<b>Cibler l'épidémie naissante</b>	L'axe stratégique de la campagne contre le paludisme en Afrique, au début du 21 <sup>ème</sup> siècle, en réponse à la forte incidence de la maladie sur le continent, a porté ses fruits en 2000. Cette année-là, lors du sommet d'Abuja, les nations africaines se sont engagées à diviser par deux le taux de mortalité lié au paludisme d'ici à 2010 et ont demandé 1 milliard de dollars américains par an afin d'atteindre leurs objectifs <sup>17</sup> . Dans le cas du tabagisme, il convient d'accroître les moyens politiques et financiers dans les pays à revenu faible et intermédiaire où la prévalence du tabagisme est déjà élevée et se développe rapidement, ainsi que dans les pays où les taux de tabagisme sont actuellement faibles mais où l'industrie du tabac promeut activement ses produits.
<b>Rechercher activement les synergies</b>	Les initiatives de lutte contre le paludisme et la tuberculose ont gagné en succès à partir du moment où elles ont été associées aux préoccupations mondiales grandissantes liées au sida à la fin des années 1990, et en particulier au besoin d'améliorer la prévention et le traitement dans les pays en développement. Par exemple, la communauté de lutte contre le paludisme a saisi l'occasion des discussions sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés au VIH/sida pour susciter des engagements politiques et financiers plus importants en faveur de la maladie <sup>18</sup> . Dans la même veine, le plan mondial en faveur de l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici à 2015 et le programme « Keeping Their Mothers Alive » visant à maintenir leurs mères en vie contribuent à réaliser les OMD liés à la santé et aux genres de façon synergique, tout en réduisant le taux de mortalité maternelle et infantile lié au sida.
<b>Promouvoir un engagement multisectoriel</b>	Les partenariats qui ont activement engagé de multiples parties prenantes et des secteurs autres que celui de la santé ont été indispensables pour mettre en avant les problèmes examinés. Par exemple, le programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (UNAIDS) a réuni 10 institutions du système onusien, tandis que le partenariat Roll Back Malaria compte un groupe de soutien à la lutte contre le paludisme qui bénéficie d'un appui politique. Une approche multisectorielle similaire au niveau national, telle que le mécanisme de coordination pays pour le VIH/sida permet une prise de responsabilités et une prise de décisions participative au niveau local <sup>19</sup> .
<b>Mener les engagements grâce la direction</b>	Le plaidoyer de dirigeants mondiaux de prestige a donné de la crédibilité et une voix aux nombreux problèmes de santé examinés. Dans le cas du VIH/sida, nombreux sont les dirigeants qui ont joué un rôle majeur. Si l'ancien président brésilien Fernando Enrique Cardoso a garanti l'introduction du traitement antirétroviral au Brésil <sup>20</sup> , le président nigérian Olusegun Obasanjo a accueilli un sommet spécial de ce qui était à l'époque l'Organisation de l'Unité africaine, qui s'appelle aujourd'hui l'Union africaine <sup>21</sup> et Bill Gates est le principal défenseur et pourvoyeur de fonds de la vaccination et de l'élimination de la polio.
<b>Soutenir l'activisme de la société civile</b>	La société civile a joué divers rôles pour capter l'attention mondiale sur les différents problèmes de santé examinés par cette recherche. Dans le cas du VIH/sida, l'activisme des personnes séropositives a souvent motivé des réactions aux niveaux national et mondial <sup>22</sup> . La société civile a également joué un rôle plus direct dans l'élaboration des politiques et les décisions en matière de ressources, en particulier au conseil d'administration du Fond mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose ces dernières années <sup>23</sup> .

## STRATÉGIES PERTINENTES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCLAT

Le groupe de travail sur les mesures durables destinées à renforcer la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS a l'occasion unique de proposer des recommandations fermes lors de la prochaine COP, en 2014, sur les mesures à prendre afin d'obtenir un soutien important pour la lutte antitabac. Les sept suggestions suivantes pourraient guider le travail de la COP à cet égard.

**Identifier les obstacles à la mise en œuvre du traité :** l'histoire de tous les problèmes de santé examinés ayant obtenu un soutien international au fil des années est marquée par une première phase d'identification des difficultés, suivie d'une phase de recherche de solutions et, enfin, par une période de plaidoyer en faveur du renforcement du soutien politique, des ressources et des actions. De la même façon, l'État et les acteurs de la société civile doivent d'abord identifier les obstacles à la mise en œuvre de la CCLAT au niveau national. Ces obstacles peuvent inclure un manque de soutien public ou de volonté politique, l'absence de coordination entre les différentes instances gouvernementales, des contraintes financières entre des priorités de développement et de santé concurrentes aux niveaux national et mondial, l'impossibilité d'avoir accès à un financement public existant, les influences extérieures sur les politiques d'investissement et commerciales des pays et l'opposition de l'industrie du tabac aux mesures de lutte antitabac.

**Élaborer une stratégie mondiale, des plans chiffrés et un cadre d'investissement :** il est avéré que les interventions de lutte antitabac réduisent le tabagisme tout en nécessitant un minimum de ressources. Par exemple, le coût nécessaire à la mise en œuvre de quatre des mesures de lutte antitabac destinées à réduire la demande exigées par la CCLAT et qui ont prouvé leur efficacité s'élève à 0,40 \$US par personne et par an dans les pays à faibles revenus ou à revenus moyen-inférieurs et à 0,5-1,00 \$US dans les pays à revenus moyens-supérieurs ou à hauts revenus<sup>24</sup>. Il est important que ces montants soient complétés par un chiffrage en vue d'une mise en œuvre complète et efficace de la CCLAT à l'échelle du pays. Une stratégie mondiale à long terme pour la mise en œuvre de la CCLAT, associée à un cadre

d'investissement, un plan d'affaires et des mécanismes de responsabilité, sont essentiels pour éclairer les décisions de la COP et de la communauté des donateurs en matière de ressources.

**Faire avancer la mise en œuvre de la CCLA en participant aux discussions sur les MNT et le développement :** la lutte antitabac et les maladies non transmissibles (MNT) doivent être incluses dans les priorités de santé du cadre de développement après 2015. Il est important que les pays saisissent l'occasion des discussions sur le programme de développement futur afin de s'assurer que la mise en œuvre de la CCLAT est bien articulée, avec des objectifs et des indicateurs spécifiques à la lutte antitabac. Les objectifs et les indicateurs liés au tabagisme définis par les États membres de l'OMS dans le cadre de la stratégie mondiale de surveillance des MNT pourraient guider ces efforts aux niveaux national et mondial.

**Fixer un compte-à-rebours pour la CCLAT à 2025 :** un rapport mondial de l'OMS publié plus tôt cette année indique que 90 % de la population mondiale continue d'être exposée au marketing de l'industrie du tabac, 92 % de ces personnes vivent dans des pays où les taxes représentent moins de 75 % du prix des cigarettes au détail et 84 % des États membres de l'OMS n'ont pas encore d'interdiction de fumée couvrant tous les lieux de travail, lieux publics et moyens de transports publics<sup>25</sup>. Les pays doivent de toute urgence accélérer leurs efforts de mise en œuvre du traité, en particulier en augmentant les ressources allouées à ce dernier, afin d'atteindre les objectifs associés au tabagisme définis dans le cadre de la stratégie mondiale de surveillance des MNT d'ici à 2025. Une campagne *Countdown to 2025 (Compte-à-rebours jusqu'en 2025)*, du même type que les campagnes portant sur les questions de santé maternelle et infantile, pourrait guider et accélérer les efforts des pays selon un calendrier précis. La campagne devrait être suivie de près et son évolution faire l'objet de rapports réguliers.

**Élaborer une stratégie politique pour le plaidoyer :** les plans de travail de la Conférence des Parties à la CCLAT incluent généralement des activités de sensibilisation<sup>26</sup>. Ces activités doivent être complétées par des actions de communication et de plaidoyer menées par les Parties et fondées sur une stratégie politique, qui feront connaître le

traité sur les plateformes mondiales et lors des événements internationaux. La COP doit envisager de créer un groupe de plaidoyer pour la CCLAT (similaire au groupe de travail de plaidoyer de l'initiative Roll Back Malaria), qui travaillera avec les pays, le Secrétariat du traité et la société civile afin d'identifier et de mettre en place un vaste éventail de stratégies et d'opportunités pour souligner l'importance de la CCLAT. Le leadership des pays et le plaidoyer des chefs d'États sont essentiels pour obtenir l'appui des partenaires nationaux et internationaux. L'action de la société civile destinée à générer une opinion publique, une volonté politique et un intérêt de la part des donateurs, en plus de garantir la transparence et la responsabilité, doit être soutenue pour améliorer les résultats des efforts de plaidoyer.

### **Obtenir des ressources et susciter un engagement politique aux niveaux national et international :**

les fonds nationaux sont indispensables à la durabilité des programmes de lutte antitabac dans les pays. Actuellement, les dépenses de santé des pays en développement sont 18 fois supérieures à l'aide reçue de l'extérieure<sup>27</sup>. Dans le cas de l'épidémie de tabagisme, certaines mesures de lutte, telles que la majoration des taxes sur les produits du tabac et les litiges portant sur la responsabilité, sont susceptibles de générer des recettes et ainsi financer la lutte antitabac<sup>28</sup>. Cependant, un soutien externe de démarrage, principalement pour établir des mécanismes qui développeront, défendront et financeront les politiques et les programmes de lutte antitabac, peut accélérer les efforts visant à endiguer l'épidémie de tabagisme, en plein essor dans les pays en développement<sup>29</sup>. Ce soutien peut comprendre l'évaluation des besoins et des obstacles des pays, l'élaboration et l'adoption de politiques et de plans fiscaux, le financement et la mise en place de mécanismes de coordination intersectorielle pour la lutte antitabac, l'intégration de la lutte antitabac dans les plans de développement des pays, l'accès à l'aide au développement et la création de moyens juridiques et techniques pour la défense des mesures de lutte antitabac.

**Établir une alliance multisectorielle :** les expériences d'autres problèmes de santé publique indiquent que la participation d'une grande variété

de partenaires attachés à la cause peut aider à tirer parti des ressources et des forces de l'initiative. Une coalition en faveur de l'article 26 de la CCLAT\* pourrait servir de plateforme pour renforcer et défendre les programmes de lutte antitabac des Parties qui ont moins de ressources ou sont vulnérables aux attaques de l'industrie du tabac. Ce réseautage peut offrir aux donateurs l'occasion de comprendre et de réorganiser leurs réponses aux difficultés des Parties qui disposent de peu de ressources. Une position commune claire, l'immunité contre l'influence de l'industrie du tabac et de solides mécanismes de responsabilité peuvent constituer une plateforme à la fois pour les Parties disposant des ressources nécessaires et pour les Parties dotées de ressources insuffisantes, afin de faire progresser la mise en œuvre de la CCLAT. À l'échelle nationale, il est important que les mécanismes de coordination multisectorielle soient établis au niveau du chef de l'État et qu'ils incluent comme partenaires les organisations et les initiatives indispensables à la promotion de la lutte antitabac sur le plan national.

## **CONCLUSION**

Les expériences des problèmes de santé publique examinés montrent qu'une mobilisation active de l'engagement politique et des ressources est à la fois nécessaire et possible pour relever les défis de la mise en œuvre de la CCLAT. La Conférence des Parties, et plus largement le mouvement mondial de la lutte antitabac, doivent s'inspirer de ces stratégies afin de concevoir des initiatives similaires, qu'il s'agisse d'un plaidoyer à haut niveau, de stratégies à long terme ou d'études bien défendues sur les avantages économiques de la lutte antitabac.

\* L'article 26 de la CCLAT traite des ressources financières et autres nécessaires à la mise en œuvre du traité.

## Références

- 1 Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, Murray CJL. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet* 2009; 373: 2113–24.
- 2 Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R, et al. Tobacco addiction. In: Disease control priorities in developing countries. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. New York, NY: Oxford University Press; 1996. p. 869-86.3.
- 3 World Health Organization. 2012 Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control.
- 4 Financial resources, mechanisms of assistance and international cooperation for strengthening sustainable implementation of the WHO FCTC. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control-Fifth session. Seoul, Republic of Korea. 17 November 2012. FCTC/COP5(14).
- 5 World Health Organization. HIV/ AIDS. Global epidemic data and statistics. Available from: [http://www.who.int/hiv/data/global\\_data/en/](http://www.who.int/hiv/data/global_data/en/), last accessed on 2 September 2013.
- 6 Stefano Bertozzi, Nancy S. Padian, Jeny Wegbreit, Lisa M. DeMaria, Becca Feldman, Helene Gayle, Julian Gold, Robert Grant, and Michael T. Isbell. HIV/AIDS Prevention and Treatment. In: Dean T Jamison, Joel G Breman, Anthony R Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, and Philip Musgrove (Eds). Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. Disease Control Priorities Project. Washington (DC): World Bank; 2006.
- 7 HIV/ AIDS. Global epidemic data and statistics. World Health Organization. [http://www.who.int/hiv/data/global\\_data/en/](http://www.who.int/hiv/data/global_data/en/), last access-ed on 2 September 2013.
- 8 GAVI Alliance. Origins of GAVI. Available from: <http://www.gavialliance.org/about/mission/origins/>, last accessed on 2 September 2013.
- 9 Bollyky TJ. From HIV to NCDs: Will patent fights again spur better treatment access? July 2013. *PLOS Medicine*, Vol. 10, No. 7.
- 10 Shiffman J, Beer T & Wu Y. The Emergence of global disease control priorities. *Health Policy Plan* 17(3): 225-234. 2002.
- 11 The International Union against Tuberculosis & Lung Disease. 90 years of collaboration and innovation. [Brochure].
- 12 Disease Control Priorities Project. Tuberculosis. <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/16/>, last accessed on 24 September 2013.
- 13 Rob Baltussen, Katherine Floyd & Christopher Dye. Achieving the millennium development goals for health. Cost effectiveness analysis of strategies for tuberculosis control in developing countries. *BMJ* 2005;331:1364.
- 14 The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals 2010. Putting the Global Strategy for Women's and Children's Health into action. Ministry of Foreign Affairs, Norway. Oslo, November, 2010.
- 15 World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2006-2015: progress report 2006-2008. Stop TB Partnership. 2009.
- 16 Shiffman J. A social explanation for the rise and fall of global health issues. *Bull World Health Organ* 2009;87:608–613.
- 17 Roll Back Malaria Partnership. A decade of partnership and results. Progress & Impact Series. Number 7. September 2011.
- 18 Columbia University. Chronology of Milestones. Malaria. Center for Global Health and Economic Development. [Internet]. Earth Institute. Available from: [http://cghed.ei.columbia.edu/?id=malaria\\_timeline](http://cghed.ei.columbia.edu/?id=malaria_timeline), last accessed on 2 September 2013.
- 19 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Country coordination mechanisms. Available from: <http://www.theglobalfund.org/en/ccm/>.
- 20 Former President of Brazil, Fernando Henrique Cardoso: A most public sociologist. *Footnotes*. Volume 32. Number 3. March 2004. Available from: <http://www.asanet.org/footnotes/mar04/index.html>, last accessed on 25 September 2013.
- 21 What the world summit means for Africa. Commitments on aid, debt relief and MDGs are reaffirmed. *Africa Renewal*: October 2005. p4. <http://www.un.org/africarenewal/magazine/october-2005/what-world-summit-means-africa>, last accessed on 25 September 2013.
- 22 <http://www.councilforresponsiblegenetics.org/ViewPage.aspx?pagelid=164>, last accessed on 25 August 2013.
- 23 The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Civil Society. Available from: <http://www.theglobalfund.org/en/about/partnership/civilsociety/>, last accessed on 29 August 2013.
- 24 Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*. 2007 Dec 15;370(9604):2044-53. Epub 2007 Dec 11.
- 25 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2013. World Health Organization. 2013.
- 26 Workplan and budget for the financial period 2014–2015. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control-Fifth session. Seoul, Republic of Korea. 23 November 2012. FCTC/COP5(19).
- 27 Thomas Bollyky. Big Data, Better Global Health. Expert Brief-Noncommunicable Diseases. Council on Foreign Relations. February 21, 2013.
- 28 Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control, World Bank Development in Practice series. 1999. Washington DC.
- 29 Jackson-Morris A, Latif E. Strengthening government tobacco control in low- and middle-income countries: a 'must do' for lung health progress. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013 Aug;17(8):997-1000. doi: 10.5588/ijtld.13.0138.