

**Document d'information de l'Alliance contre les MNT et
l'Alliance pour la convention-cadre (FCA)
Les MNT, le contrôle du tabac et la CCLAT**

« La lutte antitabac est la priorité la plus urgente. »
- *The Lancet*, avril 2011¹

« Les efforts fournis pour surmonter les obstacles empêchant la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac devraient jouer un rôle central. »
- The Center for Strategic and International Studies, février 2011²

La NCD Alliance appelle à une mise en œuvre efficace accélérée de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)³ :

- dans le cadre d'un environnement durable, fournissant des résultats prouvés, qui aidera la population internationale à être plus productive, à renforcer ses compétences et à adopter un mode de vie plus sain ;
- afin d'optimiser les avantages des investissements réalisés dans le but d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Le tabac : un danger pour la santé

Le tabac est devenu un produit de consommation courante (plus d'un quart des adultes en consomment^{4 5} dans le monde) à tel point qu'il est facile d'en oublier les conséquences extrêmement nocives sur le bien-être et la santé. Seul facteur de risque commun aux quatre principales maladies non transmissibles (MNT), le tabagisme est aujourd'hui responsable de 1 décès lié à une MNT sur 6.⁶ En outre, jusqu'à 1 décès liés à la tuberculose sur 5 pourrait être évité si les patients atteints de cette maladie ne fumaient pas.⁷ Chaque jour, plus de 15 000 personnes meurent car elles consommaient du tabac. Ce chiffre ne prend pas en compte les quelques mille décès quotidiens liés au tabagisme passif.⁸ L'OMS estime que, d'ici 2015, le tabac sera responsable de 6,4 millions de décès.⁹ Voir figure 1.

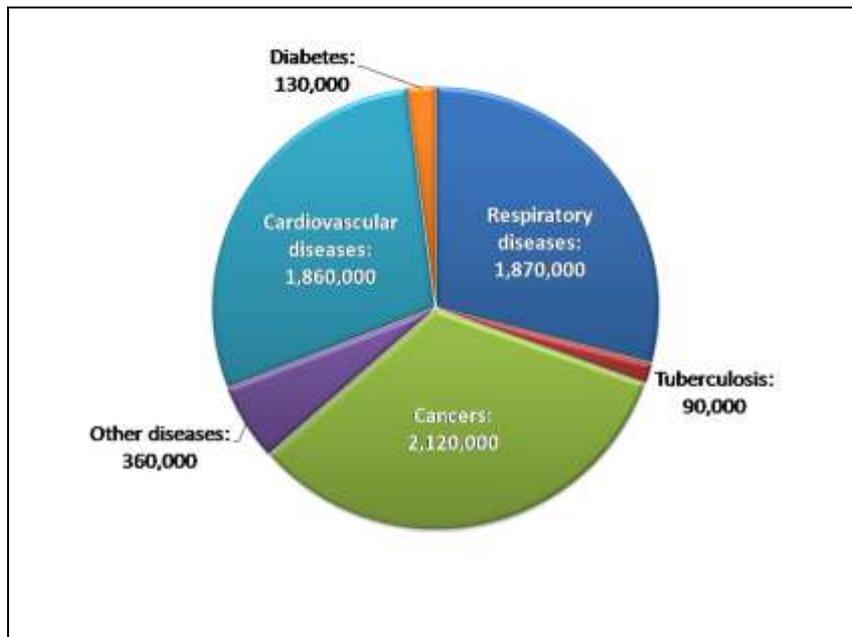


Figure 1

Même si le nombre de décès liés au tabac devrait diminuer de 9 % entre 2002 et 2030 dans les pays à revenus élevés, il passera de 3,4 à 6,8 millions d'ici à 2030 dans les pays à revenus faibles et intermédiaires si aucune action ferme n'est prise dès aujourd'hui.¹⁰ Voir figure 2.

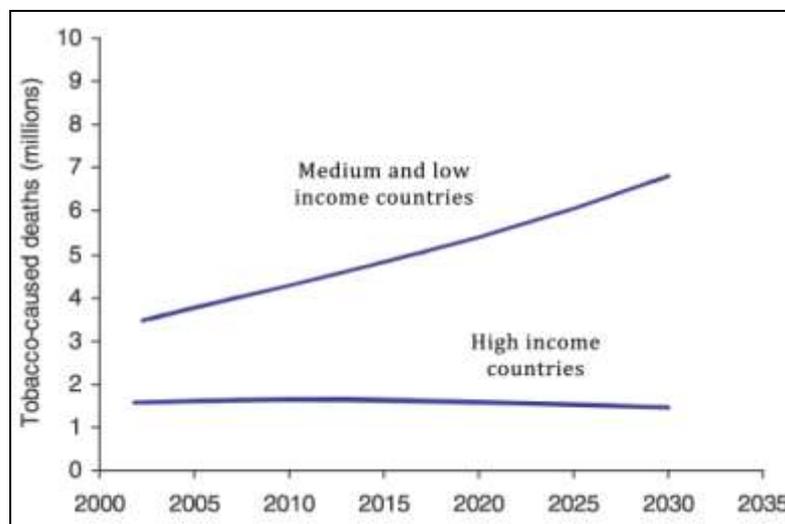


Figure 2

Contrairement au paludisme, au SIDA ou aux maladies tropicales négligées qui sont causés respectivement par les moustiques, un virus ou un parasite, le tabac se propage via un vecteur humain derrière lequel se cache une industrie multinationale puissante et prospère. Même si ses recettes sont de très loin supérieures aux PIB de nombreux pays, l'industrie du tabac a dépensé des milliards pour lancer des campagnes de marketing agressives dans les pays en

développement.¹¹ En ces temps où le monde entier se mobilise pour réduire la pauvreté, mettre un terme à la crise économique, éliminer la précarité alimentaire et endiguer les changements climatiques, aucun pays ne peut se permettre de supporter les conséquences du tabagisme en matière de santé, d'économie et d'environnement.

Le tabac : un obstacle au développement

Le tabagisme entrave le développement social et économique. La moitié des fumeurs meurent du tabac. 50 % de ces décès surviennent à un âge moyen, productif sur le plan économique, à savoir de 35 à 69 ans.¹² Dans la plupart des pays à revenus faibles et intermédiaires, les personnes économiquement défavorisées s'adonnent le plus au tabagisme. Par conséquent, elles sont les plus vulnérables et souffrent le plus des conséquences du tabac, à savoir la pauvreté et les maladies.¹³ Dans les pays à revenus faibles, les achats de produits du tabac peuvent représenter jusqu'à 10 % des dépenses totales des foyers.¹⁴ L'argent dépensé pour le tabac est déduit des sommes réservées à la nourriture,¹⁵ l'éducation¹⁶ et la santé.¹⁷ Par ailleurs, le tabagisme prive les foyers de leurs ressources lorsque le soutien de famille est atteint d'une maladie chronique, d'une part, et génère de pharamineux frais médicaux, d'hospitalisation et de soins, d'autre part.¹⁸

Incontestablement, le tabagisme est un obstacle majeur à la lutte contre les « grandes maladies qui affligent l'humanité », comme les décrit le sixième objectif du Millénaire pour le développement.¹⁹ Les avancées réalisées afin d'atteindre d'autres OMD sont également entravées par le tabagisme, notamment les objectifs liés à l'égalité des sexes mais aussi la santé des mères et de leurs enfants. Même si à l'échelle internationale beaucoup moins de femmes que d'hommes consomment du tabac, notamment dans les pays à revenus faibles, elles sont susceptibles avec leurs enfants d'être exposées au tabagisme passif, qui provoque au moins 600 000 décès chaque année chez les non-fumeurs. Près de la moitié de ces décès touchent des femmes et plus d'un quart, les enfants de moins de cinq ans.²⁰ Souvent, les femmes exercent peu de contrôle sur les finances de leur foyer. Dans les pays à revenus faibles, où de nombreuses sommes sont dépensées pour les produits du tabac, la santé et l'éducation des enfants, notamment celle des filles, peuvent pâtir de cette tendance.²¹

Des outils fondés sur les preuves pour lutter contre le tabagisme

La pandémie de tabagisme présente une caractéristique unique : après plus d'un demi-siècle de recherche et d'analyse, nous savons désormais comment endiguer ce fléau. En outre, nous disposons d'un éventail légal et négocié dans le monde de mesures de lutte antitabac basées sur les preuves. : la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac regroupent des Parties provenant de plus de 170 États membres, qui représentent plus de 85 % de la population mondiale.²²

Les politiques efficaces de lutte antitabac diminuent les MNT, principalement l'incidence des maladies cardiovasculaires et respiratoires, suivi des cancers et des autres maladies.^{23,24} Ainsi, elles permettent de réduire les coûts des soins de santé²⁵ et d'optimiser la productivité.²⁶ En outre, elles peuvent représenter d'importantes sources de revenus pour les gouvernements. Plus que toute autre

mesure, la hausse des taxes sur le tabac est la plus efficace pour diminuer le tabagisme, tout au moins à court terme. Judicieusement structurées, ces taxes permettent de financer la lutte antitabac, les actions ciblant d'autres MNT ou tout autre fin publique jugée utile par les gouvernements.

Depuis son adoption lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2003, la CCLAT a joué un rôle primordial en accélérant la mise en œuvre de politiques efficaces de lutte antitabac dans le monde. Il existe une vaste littérature académique scientifiquement rigoureuse sur l'efficacité et la rentabilité des politiques de lutte antitabac. Ces connaissances associées à des décennies d'expérience dans la mise en œuvre de programmes ont permis d'encadrer l'éventail exhaustif de mesures des programmes et des politiques de la CCLAT. Le traité met l'accent sur les interventions politiques à bas coût générant un impact prouvé touchant la population de divers types de pays. Il reconnaît que les mesures les plus efficaces se renforcent mutuellement et qu'une stratégie exhaustive est nécessaire pour alléger le poids des maladies liées au tabagisme dans le monde.

Des preuves des interventions clés de la CCLAT

- La hausse des prix du tabac via la taxation diminue la consommation de ces produits, empêche la hausse du tabagisme chez les jeunes et encourage les populations d'arrêter de fumer tout en augmentant les revenus des gouvernements.²⁷ De nombreuses études menées dans les pays à revenus élevés ont démontré qu'une hausse de 10 % des prix de cigarettes diminue le tabagisme d'environ 4 %.²⁸ Selon les données disponibles, les prix influent encore plus la consommation dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Par exemple, celle-ci devrait baisser d'environ 5,5 % en Chine, 5,2 % au Mexique et de 5,4 % en Afrique du Sud.^{29,30,31} Concernant les produits du tabac autres que les cigarettes manufacturées, les études sont tout aussi rares, même si des conséquences similaires ont été mises en évidence.³²
- Les interdictions globales de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ne sont pas chères à mettre en œuvre et permettent de diminuer efficacement la consommation du tabac. Ces mesures sont particulièrement importantes dans les pays où la prévalence du tabagisme augmente lentement mais sûrement.³³
- Les lieux publics et les lieux de travail intérieurs sans fumée diminuent de manière très efficace le tabagisme passif et augmentent considérablement la susceptibilité des fumeurs à s'arrêter.^{34,35} Les mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes constituent une méthode facile et économique d'éducation des fumeurs actuels et potentiels.³⁶
- Les campagnes médiatiques de masse ont été rigoureusement évaluées et se sont avérées très efficaces pour réduire le tabagisme tant chez les adultes que chez les jeunes.³⁷ Les mesures à plus faibles coûts, notamment les collaborations avec les journalistes visant à instaurer une couverture médiatique favorable des thèmes de lutte antitabac, ont été mises en œuvre avec succès dans de nombreux pays.
- Les mesures d'aide offertes aux consommateurs pour mettre fin à leur dépendance au tabac s'ajoutent aux approches de lutte antitabac destinées

aux populations. Ces politiques encouragent les fumeurs à essayer d'arrêter. Les interventions éprouvées, notamment les brefs conseils des professionnels de la santé sur les méthodes efficaces pour arrêter de fumer, peuvent toucher un grand nombre de consommateurs du tabac pour un coût très faible.³⁸ Pour ceux qui sont incapables de s'arrêter seuls, il existe des traitements fondés sur les preuves particulièrement rentables par rapport aux soins apportés aux maladies causées par le tabac.³⁹

Préparation de la mise en œuvre de la CCLAT

Depuis l'entrée en vigueur de la CCLAT en 2005, l'adoption des modifications apportées aux politiques fondées sur les preuves a connu des avancées significatives. Avant cela, seul cinq pays ont voté des lois d'interdiction de fumer exhaustives. Aujourd'hui, plus de 60 pays du monde entier ont adopté de solides législations antitabac locales et nationales. Certains enregistrent déjà d'importants bénéfices rapides en termes de santé.⁴⁰ Depuis l'adoption des directives de la CCLAT sur l'étiquetage des produits en 2008, le nombre de pays ayant ajouté des mises en garde sanitaires sur les paquets de produits du tabac a augmenté rapidement. Aujourd'hui, 39 nations sont dans ce cas et nombre d'entre elles mettent actuellement en place de grandes mises en garde sous forme d'illustrations. *Voir figure 3.*

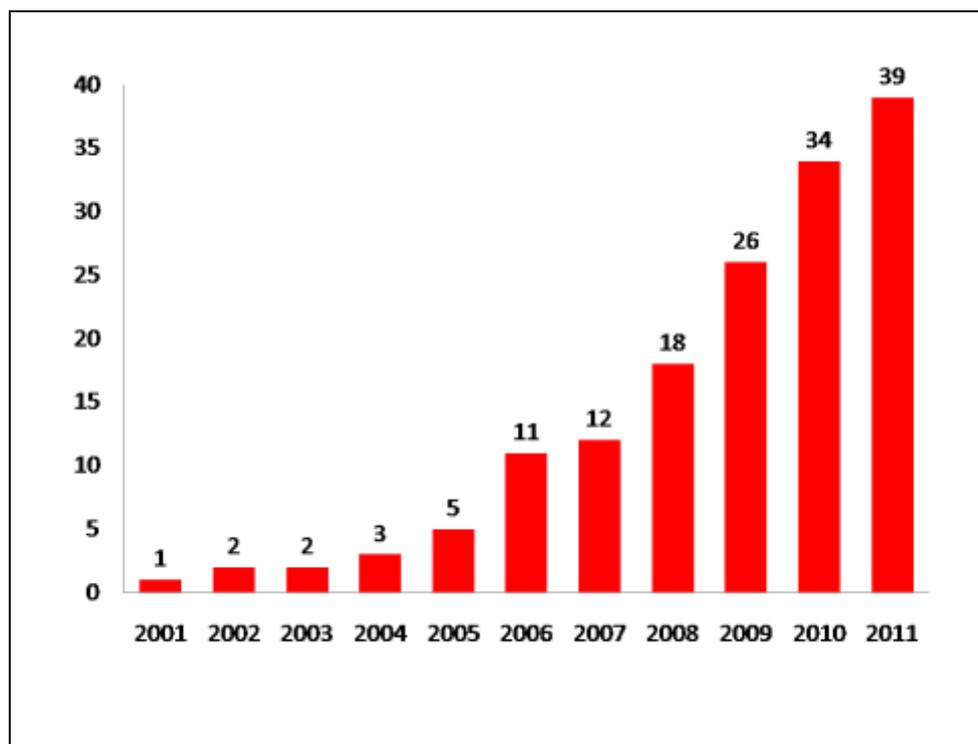


Figure 3

Malgré toutes ces réussites, l'adoption de ces directives n'a pas été aussi facile ni tranchée dans nombre de pays.⁴¹

Trois étapes simples pour progresser :

- Optimiser les investissements dans les capacités des pays à revenus faibles et intermédiaires.
- Renforcer l'engagement et la collaboration des gouvernements.
- Mettre un terme aux interférences de l'industrie du tabac dans les politiques de santé.

Optimisation des investissements dans les capacités

Tous les pays doivent disposer des capacités permettant de créer des politiques adéquates, de les promulguer et d'appliquer les législations existantes. Le retour sur cet investissement est remarquable et, dans certains domaines, instantané. Les pays à revenus faibles et intermédiaires regroupent 80 % des décès liés au tabac survenus dans le monde entier. Or, leurs dépenses dans la lutte antitabac représentent 1 % des sommes versées à l'échelle internationale, selon les chiffres communiqués par les gouvernements. La plupart des programmes nationaux liés au tabac ne dispose pas du personnel adéquat et manquent cruellement de ressources.⁴² Pour éviter les désastreux coûts économiques et humains du tabagisme, nous devons investir dans la mise en place de politiques efficaces de lutte antitabac.

Renforcement de l'engagement et de la collaboration des gouvernements.

Pour certaines des politiques de lutte antitabac les plus efficaces, les ministères autres que celui de la Santé doivent instaurer des mesures de développement ou de mise en application. Par exemple, le contrôle du commerce illicite et des taxes sur le tabac incombent principalement au ministère de la Finance et des Douanes. En outre, dans certains pays, la culture du tabac et la fabrication des produits y afférents sont gérés par les ministères du Commerce et de l'Agriculture. Il est nécessaire que tous les ministères s'engagent pleinement afin d'honorer l'engagement de la CCLAT visant à « *élaborer et soutenir à l'échelle nationale, régionale et internationale des mesures plurisectorielles exhaustives et des ripostes coordonnées* » afin de mettre en place de solides politiques de lutte antitabac, de diminuer le tabagisme et de sauver des vies.

Arrêt des interférences de l'industrie du tabac dans les politiques de santé.

Il est tellement difficile d'endiguer et d'éliminer les MNT que tous les secteurs de la société doivent participer à cette lutte, comme cela a été précisé lors de la réunion de haut niveau de l'OMS qui s'est tenue à Séoul, en Corée.⁴³ Le secteur privé peut offrir une importante contribution à condition de ne faire aucun compromis au sujet de l'industrie du tabac, qui ne doit pas participer à l'élaboration de politiques de santé. En effet, toutes les Parties à la CCLAT ont convenu qu'il existe « *un conflit fondamental et inconciliable entre les intérêts de l'industrie du tabac et ceux de la santé publique* » et que leurs gouvernements s'efforceront de protéger ces politiques.⁴⁴ Il est vital de surveiller l'industrie du tabac mais surtout de résister à son influence et à ses interférences dans le processus d'élaboration des politiques et au long de leur mise en œuvre.

« La lutte antitabac à l'échelle internationale doit faire office de moteur »

C'est la conclusion tirée par l'une des plus éminentes institutions publiques au monde, le Center for Strategic and International Studies, lors de son analyse de l'influence potentielle de la réunion de haut niveau de l'OMS sur les MNT. Cette réunion qui se tiendra du 19 au 20 septembre 2011 vise à évaluer les MNT à l'échelle internationale. Nombre des scientifiques les plus renommés de la planète, des plus importantes organisations non gouvernementales et d'acteurs de la santé publique dans les pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés se sont déjà engagés à classer les données disponibles et à proposer les actions prioritaires à mettre en place afin de réaliser des avancées durables et immédiates.⁴⁵

La Conférence des Parties, l'organe directeur de la CCLAT, a mis en valeur le Sommet sur les MNT lors de sa dernière réunion et a incité la communauté internationale à accélérer la mise en œuvre du traité et à mobiliser des aides au développement supplémentaires afin de faire baisser les chiffres du tabagisme.⁴⁶

Comme la revue britannique *The Lancet* l'a noté, les avancées réalisées au cours du siècle dernier vis-à-vis des conditions de vie sont aujourd'hui « *menacées par des crises de notre propre fait* ». ⁴⁷ Face aux importants défis internationaux que représentent les changements climatiques, la crise économique et la précarité alimentaire, nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas résoudre de manière efficace le moindre problème (en l'occurrence les MNT) au sujet duquel nous possédons les connaissances et les outils adéquats pour l'éliminer.

De quoi avons-nous besoin ? D'un engagement :

À l'échelle internationale

- Définir un objectif mondial à court terme, par exemple une réduction de 20 % de la prévalence du tabagisme d'ici 2016. * Cet objectif devrait être accompagné de cibles régionales/nationales ambitieuses mais réalisables et devrait être révisé régulièrement.
- Augmenter les dépenses internationales engagées dans la lutte antitabac et, notamment, dans la mise en œuvre de la CCLAT afin d'atteindre un objectif spécifique qui sera convenu mutuellement par les États membres.
- Intégrer la mise en œuvre de la CCLAT dans des programmes d'aide au développement et la planification d'agences de développement multilatérales, bilatérales et des Nations Unies.
- Inclure les indicateurs de la lutte antitabac dans tous les rapports de réussite des objectifs du Millénaire pour le développement.
- Encourager les pays qui n'ont pas encore ratifié la CCLAT à le faire.
- Protéger les politiques de santé publique des intérêts de l'industrie du tabac.

* Par rapport à 2009, l'année la plus récente sur laquelle des données fiables sont disponibles.

À l'échelle nationale

- Relier les ministères appropriés dotés d'un solide mandat politique afin d'accélérer la mise en œuvre de la CCLAT.
- S'efforcer d'augmenter les droits d'accise sur le tabac tous les ans afin d'en faire baisser la consommation.
- Développer une stratégie nationale afin d'augmenter les taxes sur le tabac pour diminuer régulièrement et de manière significative le tabagisme.
- Intégrer la lutte antitabac dans tous les plans nationaux appropriés relatifs à la santé, au développement et à la diminution de la pauvreté.
- Identifier les besoins en ressources et en capacités techniques afin de garantir une mise en œuvre efficace.
- Protéger les politiques de santé publique des intérêts de l'industrie du tabac.

Bibliographie

-
- ¹ Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al. (2011) Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, Early Online Publication, 6 April 2011 doi:10.1016/S0140-6736(11)60393-0
- ² Sridhar D, Morrison J, Piot P. (2011) Getting the Politics Right for the September 2011 UN High-Level Meeting on Noncommunicable Diseases, Washington DC. Global Health Policy Center, Center for Strategic and International Studies
- ³ NCD Alliance (2011) Proposed Outcomes for the United Nations High-Level Summit on Non-communicable Disease. <http://www.ncdalliance.org/node/3316>
- ⁴ Shafey O, Erickson M, Ross H, Mackay J (2009) The Tobacco Atlas. www.tobaccoatlas.org
- ⁵ United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: the 2008 Revision. <http://esa.un.org/unpp/>
- ⁶ Beaglehole R, (op cit)
- ⁷ Slama K, Chiang C-Y, Enarson D, Hassmiller K, Fanning A, Gupta P, Ray C. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. Submitted for publication
- ⁸ Oberg M, Maritta JS, Woodward A, et al. (2010) Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. Published Online November 26, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8.
- ⁹ Mathers C, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.
- ¹⁰ Mathers C (op cit)
- ¹¹ Bostic, C. (Ed.) Tobacco Watch: Monitoring countries' performance on the tobacco treaty. Geneva.
- ¹² Guindon GE et al. The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ¹³ World Health Organization (2004) Tobacco and poverty: a vicious cycle. Geneva. World Health Organization.
- ¹⁴ World Health Organization (2011) Systematic review of the link between tobacco and poverty. Geneva. World Health Organization. (in press)
- ¹⁵ Efroymson D, Ahmed S, Townsend J, et al. (2001) Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*;10:212-217.
- ¹⁶ Hoang M, Thu L, Tuan T, Van Kinh H, Efroymson D, FitzGerald S. (2005) Tobacco over education: an examination of the opportunity losses for smoking households. HealthBridge Vietnam.
- ¹⁷ Hu T-w, Mao Z, Shi J, Chen W. Tobacco taxation and its potential impact in China. (2008) Paris. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- ¹⁸ World Health Organization (2004) (op cit)
- ¹⁹ Objectif du Millénaire pour le développement n° 6. Assemblée générale des Nations Unies (2000), sommet du Millénaire. Déclaration du Millénaire, A/RES/55/2 paragraphe 19, Nations unies, New York, États-Unis.
- ²⁰ Oberg M (op cit)
- ²¹ World Health Organization (2005) The millennium development goals and tobacco control, Geneva. World Health Organization.
- ²² www.who.int/fctc
- ²³ Lightwood JM, Glantz SA. Short-Term Economic and Health Benefits of Smoking Cessation: Myocardial Infarction and Stroke. *Circulation*. 1997;96(4):1089-96
- ²⁴ Jemal A, Thun MJ, Ries LA, et al. Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2005, Featuring Trends in Lung Cancer, Tobacco Use, and Tobacco Control. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100(23):1672-94
- ²⁵ Lightwood JM, Dinno A, Glantz SA. Effect of the California Tobacco Control Program on Personal Health Care Expenditures. *PLoS Med*. 2008;5(8):e178.
- ²⁶ Parrott S, Godfrey C, Raw M. (2000) Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tobacco Control* 9(2):187-92.
- ²⁷ Jha P Chaloupka F. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: World Bank, 1999.
- ²⁸ World Health Organization (2010) WHO technical manual on tobacco tax administration. Geneva. World Health Organization.
- ²⁹ Hu T-w (op cit)
- ³⁰ Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, et al. (2010) The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in Mexico. Paris. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. http://www.tobaccofreeunion.org/assets/Technical%20Resources/Economic%20Reports/Mexico-Report_April2010_Online%20Final.pdf
- ³¹ Van Walbeek C. The need for a new excise tax model for cigarettes in South Africa. Personal communication. 2010

-
- ³² John R, Rao R, Rao M, et al. (2010) The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in India, Paris. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. www.tobaccofreeunion.org/assets/India_Tobacco_Economics_full_en.pdf
- ³³ Saffer H and Chaloupka F. Tobacco (2000) Advertising: Economic Theory and International Evidence. *Journal of Health Economics* 19(6); 1117-37.
- ³⁴ Gao J, Zheng P, Goa J. et al. (2011) Workplace smoking policies and their association with male employees' smoking behaviours: a cross-sectional survey in one company in China. *Tobacco Control*; 20; 131-136.
- ³⁵ Bauer J, Hyland A, Li Q, et al. (2005) A Longitudinal Assessment of the Impact of Smoke-Free Worksite Policies on Tobacco Use. *American Journal of Public Health*; 95;1024-1029.
- ³⁶ Hammond D, Fong G, McNeill A, et al. (2006) Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking : findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* ; 15; iii19-iii25.
- ³⁷ National Cancer Institute (2008). The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco Control Monograph No. 19. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 07-6242, June 2008.
- ³⁸ Parrott S, Godfrey C, Kind P. (2006) Cost-effectiveness of brief intervention and referral for smoking cessation. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH1EconomicModellingReport.pdf>
- ³⁹ Maciosek M, Coffield A, Edwards N, et al. (2006) Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;31:52-61.
- ⁴⁰ U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010
- ⁴¹ Bostic, C (op cit)
- ⁴² Organisation mondiale de la santé (2009), rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, Genève. Organisation mondiale de la santé.
- ⁴³ World Health Organization (2011) Seoul declaration on noncommunicable disease prevention and control in the Western Pacific Region. 18 March 2011. Seoul, Republic of Korea. World Health Organization.
- ⁴⁴ Directives pour l'application de l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac sur la protection des politiques de santé publique en matière de lutte antitabac face aux intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3_fr.pdf
- ⁴⁵ Beaglehole R (op cit)
- ⁴⁶ Quatrième Conférence des Parties (2010) FCTC/COP4(17), Ressources financières, mécanismes d'assistance et coopération internationale, Punta del Este, Uruguay. http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_DIV6-fr.pdf
- ⁴⁷ Beaglehole R (op cit)