

تاريخ القبول: 2018/03/27

تاريخ الإرسال: 2018/02/23

La réglementation algérienne antitabac : un mimétisme juridique *ou* une adaptation à la CCLAT OMS

Algerian against smoking regulation: legal mimicry *or* adaptation to the FCTC WHO

Nabila KENDI

Université Abderrahmane Mira de Bejaia– Algérie

kendinabila@gmail.com

Nouara KAÏD TLILANE

Université Abderrahmane Mira de Bejaia– Algérie

tlilane_n@ yahoo.fr

Résumé :

Suite à la mondialisation du tabagisme, une convention traçant les grandes lignes d'une riposte mondiale coordonnée est installée depuis 2005, sous le nom de la CCLAT OMS. L'Algérie est le premier pays du Maghreb à avoir signé la CCLAT, à travers laquelle le cadre législatif et réglementaire antitabac devrait révéler les engagements de celle-ci en plus de s'adapter au contexte national. **Est-ce réellement le cas ?**

Mots clés : réglementation, CCLAT OMS, antitabac, Algérie.

Abstract

Following the globalization of smoking, a convention outlining a coordinated global response has been in place since 2005 under the name of the WHO FCTC. Algeria is the first country in the Maghreb to sign the FCTC, through which the legislative and regulatory antitobacco framework should reveal the commitments of the latter and adapt to the national context. Is this really the case?

Key words : regulation, WHO FCTC, tobacco against, Algeria.

Introduction

Avant la naissance d'un consentement international officiel de lutte contre le tabagisme, plusieurs actions étaient déjà entreprises dans les pays développés généralement sous la pression de la société civile. Citant entre autre, l'adoption en 1988 au Québec d'une loi règlementant les produits de tabac et d'une loi sur la santé des non-fumeurs ; l'adoption en 1991 en France de la loi Evin ; et, les poursuites contre les firmes de tabac par la Food and Drug Administration aux Etats-Unis dès le début des années 90⁽¹⁾.

Par la suite, en raison de la prise de conscience de la mondialisation prépondérante de l'épidémie du tabagisme, une convention apporte une dimension juridique nouvelle à la coopération internationale en matière de santé publique, fondée sur des données factuelles et réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible est progressivement installée. D'abord présentée en mai 1999 à l'Assemblée Mondiale de la Santé, négociée et adoptée le 21 mai 2003⁽²⁾, puis entrée en vigueur le 27 février 2005 sous le nom de la Convention-cadre⁽³⁾ pour la Lutte Anti Tabac (CCLAT OMS) sous la direction de l'OMS⁽⁴⁾.

1. Le dispositif de la CCLAT OMS

La Convention-cadre de l'OMS pour la Lutte Anti Tabac (CCLAT OMS)⁽⁵⁾ est un instrument juridique sous la souveraineté du **droit international conventionnel**⁽⁶⁾ en matière de santé. Ainsi, ce consensus international de santé publique est avant tout **un modèle de législation** c'est-à-dire, **une proposition de langage législatif** présentant des options de lutte antitabac justifiées dans le but d'avancer au mieux les objectifs de la santé publique⁽⁷⁾. Cependant, il représente l'unique plateforme disponible pour le développement de standards obligatoires internationaux de lutte contre le tabagisme⁽⁸⁾.

En effet, la CCLAT OMS est un modèle juridique de souveraineté internationale qui ne consiste pas à régler toutes les questions du tabagisme dans un seul document, mais elle repose

sur plusieurs accords juridiques dits «*protocoles* ⁽⁹⁾», consistant à compléter ou à amender les dispositions de la CCLAT tout en établissant le plus souvent des engagements ultérieurs plus spécifiques ou des dispositions institutionnelles supplémentaires. Par conséquent, la négociation de la CCLAT ne constitue pas un processus complet mais le début du processus impliquant la formulation de divers protocoles. C'est pourquoi, en mai 2003, l'Assemblée Mondiale de la Santé est convenue que la décision de négocier les futurs protocoles de la CCLAT OMS devrait appartenir à la **Conférence des parties**⁽¹⁰⁾ après l'entrée en vigueur du traité.

Pour un État, le fait de signer la CCLAT OMS manifeste son intention de devenir **partie** à la convention mais n'entraîne pas encore d'obligations. Avec sa ratification, un État devient partie à la CCLAT OMS et s'engage légalement à appliquer les dispositions de celle-ci ⁽¹¹⁾. Il tient ainsi, **une promesse** de s'engager à **protéger la santé publique** au grès des méfaits du tabagisme en s'intégrant dans les **objectifs**, tenant compte des **priorités** et en appliquant les **règles de cette convention**.

À travers ce dispositif, l'OMS vise à doter les parties prenantes responsables de lutte antitabac dans un pays d'un instrument de référence leur permettant d'élaborer une réglementation antitabac fondée et de mettre en œuvre des stratégies antitabac efficaces.

2. Les principes de la Convention-cadre de l'OMS pour la Lutte Anti Tabac

La CCLAT OMS est un assentiment qui cristallise de meilleures pratiques pour la lutte contre le tabagisme si **les principes directeurs** ⁽¹²⁾ qui s'en suivent sont rigoureusement suivis.

2.1. L'horizontalité de lutte antitabac : l'approche pas à pas

L'approche *pas à pas* ⁽¹³⁾ stipule de progresser dans la lutte dans un domaine où l'appui politique se constitue dans les autres

domaines. En effet, il s'agit d'une **approche intégrée** ⁽¹⁴⁾ qui vise à exploiter au maximum les synergies existantes ou pouvant exister entre les acteurs de lutte (publics, privés et associatifs), les projets et les actions (dans les domaines socioéconomiques, environnementaux, juridiques et administratifs), les moyens et les ressources (techniques, humaines et financiers) et les secteurs d'activité (la santé, l'agriculture, l'industrie, le commerce, les services, etc.). C'est pourquoi, cette approche stipule que la lutte antitabac doit être simultanément multisectorielle (globale), multidisciplinaire et multidimensionnelle. Ces trois critères feront l'objet d'explication dans ce qui suit.

2.1.1. La multi et l'inter-sectorialité de lutte antitabac : la coordination mutuelle des efforts interministériels

Selon la CCLAT OMS, le mode de management de l'action collective antitabac doit être **multi et intersectoriel**. En effet, la lutte antitabac est une production de l'action publique fondée sur une transaction systématisée entre les différentes parties concernées par l'action, dont la cohérence des engagements et l'efficacité des actions à mettre en œuvre exigent la collaboration mutuelle entre les acteurs en présence. Cependant, il ne s'agit pas d'un transfert de responsabilité mais d'un partage mutuel de responsabilité, où **le renforcement des capacités de chaque élément responsable doit être prouvé**.

La globalité de lutte antitabac implique également la participation de tous les ministères concernés par la lutte antitabac touchant différents secteurs dans une dimension **multisectorielle** d'intégration transversale. Ceci permet de créer des synergies et de renforcer un mécanisme de coordination des liens entre les différents ministères de divers secteurs de telle sorte à dépasser les approches sectorielles isolées en les coordonnant dans une vision **transversale** des interventions.

En effet, il s'agit de renforcer la coordination inter et multisectorielle nationale en vue de formuler des positions nationales cohésives par rapport à la lutte antitabac dans le but de rentabiliser les actions stratégiques menées, avec le minimum d'inefficacité. Suivant ce principe, une lutte antitabac efficace commence d'abord par des mesures qui entrent dans les capacités du Ministère de la santé (à travers le Conseil/Comité de Lutte Anti Tabac). Celui-ci travaillera à la tête d'une équipe intégrée de différents ministères émanant de divers secteurs concernés par la lutte, afin de renforcer et d'appliquer des stratégies globales et plurisectorielles de lutte antitabac.

Ainsi, les différents ministères qui doivent intervenir dans la lutte antitabac sont : le Ministère de la santé ; le Ministère du travail et de la sécurité sociale ; le Ministère des finances ; le Ministère du commerce ; le Ministère de l'industrie ; le Ministère de l'agriculture ; le Ministère de la justice ; le Ministère de la défense nationale ; le Ministère de l'éducation nationale ; et, le Ministère de l'environnement. Cependant, la liaison entre les actions de ces ministères et l'approche multisectorielle soupçonne l'application d'un plan d'action intégrant plusieurs secteurs d'activité, tout en harmonisant les efforts entre eux. C'est pourquoi, il doit être créé un organe de coordination intersectorielle afin de permettre de fusionner l'altérité des regards de ces ministères dans un seul sens. Dans ce sens, **une gouvernance intersectorielle** des actions est capitale pour l'efficacité de la lutte antitabac.

D'autant plus, La CCLAT OMS stipule que l'inter-sectorialité pourra dépasser les frontières où les gouvernements sont encouragés à créer des mécanismes intra-gouvernementaux pour agir sur la lutte antitabac dans leurs nations de manière à créer un contexte de collaboration multilatérale le plus efficace possible entre les différents secteurs impliqués dans la lutte antitabac.

2.1.2. La multi et l'inter-dimensionnalité de lutte antitabac

La multi-dimensionnalité ⁽¹⁵⁾ évoque l'organisation d'une lutte antitabac tant individuelle que collective dans une société. En effet, la lutte antitabac est un devoir national et une responsabilité commune qui engage la participation active de chaque partie prenante de la collectivité et qui fait appel à la puissance publique à travers ses différents organismes. Cependant, la clarification des droits et des obligations de chacun dans la lutte antitabac suit la mosaïque du haut jusqu'au bas, engageant ainsi toutes les autorités concernées à différents niveaux.

Ainsi, l'intégration de la société civile est primordiale pour l'efficacité des stratégies de lutte antitabac, dans la mesure où une grande partie se fait d'elle-même lorsqu'une opinion publique favorable est assurée. Suivant cette démarche, la viabilité de la synergie des actions individuelles par leur intégration dans une démarche collective permettra de renforcer l'efficacité de lutte, dans la mesure où l'union qui fait la force permet de renforcer à la fois des efforts individuels pour aboutir à des résultats concertés.

Pour parvenir à cette fin, il faut d'abord faire passer le message dans le but d'intérioriser la solidarité et l'esprit de conscience au sein de la communauté afin de sensibiliser le citoyen de l'importance de son rôle dans la lutte contre le tabagisme. Ensuite, responsabiliser chaque citoyen de traquer, de déceler et, dans la mesure du possible, d'endiguer tout effort possible lui permettant de contribuer à la prévention antitabac. Enfin, préparer des mesures de sanction pour tout acte de négligence et du laisser-aller vis-à-vis des engagements.

2.1.3. La multi et l'interdisciplinarité de lutte antitabac

La lutte antitabac dépend d'une mise en dynamique de nombreuses disciplines : médecine, économie, sociologie,

psychologie, statistiques, législation, planification, gestion, pédagogie, etc. Les travaux de celles-ci doivent être fondés sur le même objet, qui est celui de lutte antitabac, et l'analyse, l'étude et l'interprétation des résultats de recherche doivent être inter-reliés afin d'aboutir à une **vision globale** de l'objet pour lequel elles ont été concertées, **d'où l'importance de l'interdisciplinarité pour la globalité de lutte antitabac** ⁽¹⁶⁾.

Enfin, l'ensemble des acteurs de lutte antitabac, qu'il soit partie prenante ou intégrante, partenariat, participant, citoyen, institution, etc. sont distingués à travers leur compétence, leur responsabilité, le degré de leur engagement et la qualité de leur intervention. Pour cette raison et tenant compte de cette différenciation, la coordination entre leurs actions ainsi que la mise en cohérence des stratégies est une mesure capitale qui conditionne le succès des actions à appliquer, d'où l'importance de **la gouvernance des acteurs, des actions et des stratégies** de lutte contre le tabagisme. En raison de sa complication, la gouvernance de lutte antitabac, dans une logique de l'approche pas à pas, requiert un engagement politique pour assurer un système d'incitation adéquat pour clarifier les responsabilités des différents acteurs en présence et pour élaborer et appuyer des mesures plurisectorielles complètes, pluridisciplinaires globales et des actions multidimensionnelles coordonnées.

2.2. L'adaptabilité et la flexibilité de la réglementation de lutte antitabac : la reconversion du cadre législatif et réglementaire antitabac

Le cadre législatif et réglementaire de lutte antitabac doit être flexible et doit avoir une **vision globale, souple et en évolution** ⁽¹⁷⁾ ; c'est-à-dire que dans un seul ensemble de réglementation, le cadre législatif et réglementaire de lutte antitabac doit contenir diverses mesures qui se complètent et s'appuient mutuellement et doit réunir les critères **d'adaptabilité, d'actualisation, d'amélioration, d'évaluation** et de **surveillance permanente** de ses dispositions. Ainsi, ces critères

doivent permettre la modification efficace de la réglementation antitabac en réponse à des failles inattendues, à une volonté politique accrue d'agir, à des changements dans l'opinion publique et aux progrès dans les preuves scientifiques.

De plus, ces critères permettent aux États tenus de la ratification d'adapter les dispositions contenues dans le modèle de la CCLAT OMS à leur réglementation antitabac nationale suivant leurs priorités antitabac et en fonction de l'évolution de leurs contextes juridique et socioéconomique. Ces critères permettent également de créer une réglementation nouvelle si jamais l'ancienne est inadaptable aux nouveaux contextes ou tout à fait remise en cause comparativement aux dispositions de la CCLAT OMS (si elle est très vide et relativement dépassée).

Par ailleurs, l'élaboration d'un bon langage législatif, réunissant tous ces critères, est nécessaire mais insuffisante pour assurer l'efficacité des résultats attendus en matière de lutte antitabac, car **à quoi sert-il si sa mise en œuvre ou son application n'ont pas été rigoureusement renforcées ?** D'où l'importance des rigueurs du suivi, du contrôle et de l'évaluation de toutes les étapes du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'application de la réglementation antitabac.

3. Essai d'analyse de la réglementation algérienne antitabac à l'égard de la CCLAT OMS

La réglementation antitabac favorise-t-elle les critères de multi et inter-sectorialité, de multi et interdisciplinarité et, les critères de la multi-dimensionnalité ? Répond-t-elle aux critères d'adaptabilité et de flexibilité ? C'est-à-dire, ses dispositions répondent-elles aux critères d'actualisation, d'amélioration, d'évaluation et de surveillance permanente ? La reconversion du cadre réglementaire et législatif antitabac s'accomplit-elle périodiquement ? La réglementation antitabac se base-t-elle sur une vision cohérente, complète, souple et en évolution ? Dans ce contexte, est-elle diversifiée et détaillée ?

Répondre aux questions citées ci-dessus constitue notre principale démarche pour tenter d'analyser l'adaptabilité de la réglementation algérienne antitabac par rapport aux principes de

la CCLAT OMS. Afin d'y arriver et pour la pertinence de la tentative d'analyse, il y a lieu également de comparer le dispositif législatif et réglementaire antitabac algérien avant et après ratification.

3.1. Genèse de la réglementation antitabac en Algérie : la réglementation antitabac en vigueur avant la ratification de la CCLAT OMS

Jusqu'à la veille de la ratification de la CCLAT OMS en mars 2006, la stratégie de l'Algérie dans sa lutte contre le tabagisme ne reposait pas encore sur un instrument législatif et réglementaire clairement distingué par ses objectifs. Les textes ainsi promulgués étaient copiés de la réglementation internationale et sont conformes aux objectifs de santé publique. En fonction des mutations sociodémographiques et épidémiologiques et en fonction des priorités de santé publique retenues, il a été promulgué ce qui suit :

- ⇒ La lutte contre le tabagisme à travers la veille sanitaire, l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics et l'interdiction de la promotion du tabac (**selon l'Art. 63, 64, 65, 66 et 76 de la loi n°85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé** ⁽¹⁸⁾).
- ⇒ **L'interdiction de l'usage de tabac dans les endroits publics (selon la loi 1995)** : en matière de lutte contre le tabagisme, cette loi réintègre l'objet des dispositions de la loi 85-05 citées ci-dessus, en reconnaissant la primauté du droit des non fumeurs à la protection contre le tabagisme passif.
- ⇒ **La création du Comité Médical National de Lutte Anti Tabac, selon l'arrêté n°24 MSP/MIN du 15 juillet 1999.**

En effet, tout ce qui a été promulgué jusqu'en 1999 manque d'une vision globale, planifiée et fondamentale de lutte antitabac, dans la mesure où la lutte contre le tabagisme n'a pas encore été identifiée comme une priorité nationale de santé publique et donc, ne faisait pas encore l'objet d'une politique nationale. D'autant plus, ce qui démontre l'absence de la vision et de la politique nationale de lutte antitabac pendant cette

période est l'absence des planificateurs institutionnels de cette politique, étant donné que l'arrêté portant sur la création du Comité Médical de Lutte Anti Tabac vient d'être promulgué. Ce qui est révélateur également de l'absence de la vision globale de lutte antitabac est la reproduction de l'interdiction de l'usage de tabac dans les endroits publics après dix ans de sa promulgation sans lui apporter d'amélioration ou des correctifs nécessaires. En effet, la redondance de l'interdiction doit être justifiée, c'est-à-dire qu'elle doit opérer un renversement par rapport à l'ancienne. A cet effet, elle doit proposer un nouveau contexte de mise en œuvre, une amélioration après évaluation des inefficacités, une adaptabilité aux nouveaux contextes, etc., **mais ceci n'a aucunement été le cas.**

Toutefois, les textes législatifs et réglementaires promulgués, dont le vide juridique est patent, sont limités car ils manquent de détails, de diversification et d'explication sur les conditions de leur mise en œuvre et application. De plus, ils manquent de complémentarité réglementaire (de globalité) avec les autres secteurs concernés par la lutte antitabac.

Enfin, la dénomination du comité médical cerne la notion de lutte antitabac à la dimension sanitaire, ce qui constitue la première défaillance de la multi-sectorialité de la lutte antitabac. D'autant plus, le Comité Médical de Lutte Anti Tabac est censé être responsable de coordonner, planifier, diriger, suivre et évaluer l'adoption d'une politique nationale antitabac avec l'engagement effectif des secteurs ne relevant pas de la santé. C'est pourquoi, après sa création, celui-ci doit se prononcer à l'amélioration ou à la promulgation d'un nouveau cadre législatif et réglementaire antitabac, procéder à l'élaboration des plans et des programmes d'actions antitabac et veiller à leur application. **Mais, est-ce réellement le cas ?**

Dans son passage à l'économie de marché, l'Algérie a calqué sa réglementation antitabac par rapport à la réglementation française⁽¹⁹⁾. Ainsi, à partir de l'an 2000, il a été promulgué ce qui suit :

- ⇒ Le décret exécutif n°01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction. (JORA n°55, pp.15-16).
- ⇒ La circulaire ministérielle du Ministère de la Santé du 10 mars 2002, portant sur la mise en œuvre de :
- l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics ;
 - l'interdiction totale de sponsoring au profit des compagnies du tabac ;
 - l'apposition d'étiquettes pour un avertissement général et étiquettes pour un avertissement spécifique à propos de la santé, et obligation d'afficher la composition de la cigarette ;
 - et, l'encouragement des campagnes d'information auprès des jeunes.
- ⇒ L'instruction ministérielle n°1437/MSPRH/DP/2005 relative à la mise en application du décret exécutif n°01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

Durant la même période, d'autres textes réglementaires ont été élaborés par secteur, à savoir :

- **Le secteur de l'éducation nationale**

- ⇒ L'instruction interministérielle n°02 du 28 août 2002 relative aux campagnes de communication sociale et d'éducation sanitaire en milieu scolaire.
- ⇒ L'instruction interministérielle n°02 du 19 septembre 2002 relative à la lutte contre le tabagisme en milieu scolaire.

En Algérie, la lutte contre le tabagisme en milieu scolaire date depuis 1985. A travers la promulgation de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, des activités d'éducation sanitaire ont été déterminées parmi les mesures de protection sanitaire en milieu éducatif dont le but est de contribuer au bien-être par l'acquisition des connaissances nécessaires de lutte contre les pratiques nocives (en l'occurrence le tabagisme), de protection de l'environnement et de prévention des maladies et des accidents. Cette prérogative à l'éducation

sanitaire contre le tabagisme en milieu scolaire à été reconfirmée en 2002 par la promulgation de deux instructions interministérielles relatives à la lutte contre le tabagisme et aux campagnes de communication sociale et d'éducation sanitaire en milieu scolaire.

En raison de l'importance législative et réglementaire accordée à cette initiative depuis 1985 et accentuée en 2002, le Ministère de l'Education Nationale doit prendre position pour l'application d'un programme de lutte contre le tabagisme en milieu scolaire. Ce programme consiste à appliquer des mesures d'éducation pour la santé, d'information, de sensibilisation et d'éveil quant aux méfaits du tabagisme (les conséquences sanitaires, économiques et environnementales préjudiciables du tabagisme actif et passif) auprès des élèves, des enseignants(es) et autres personnels et usagers fréquentant les établissements scolaires. Son exécution s'applique sous la tutelle de l'Education Nationale et s'assure par les services de santé, d'une façon coordonnée avec les établissements éducatifs et les collectivités locales.

- **Le secteur de la jeunesse et des sports**

⇒ L'arrêté du 15 septembre 2002 fixant les modalités spécifiques d'application du secteur de la jeunesse et des sports aux dispositions du décret exécutif n°01-285 de 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction (JO n°01 du 5 janvier 2003, pp. 21-22).

En principe, le secteur de la jeunesse et des sports doit être concerné par la prévention du tabagisme juvénile vu son contact avec les jeunes ; il doit faire ainsi partie prenante de la mise en garde, la communication, l'information et la sensibilisation des jeunes contre le tabagisme. Malheureusement, la réglementation algérienne antitabac n'intègre pas ce secteur dans les objectifs susdits.

- **Le secteur de la communication et de la culture**

⇒ L'arrêté du 6 avril 2003 met des emplacements à la disposition des fumeurs dans certains lieux du secteur de la

communication et de la culture où l'usage du tabac est interdit (JJO n° 35 du 25 mai 2003, p. 14).

• **Le secteur des Finances**

- ⇒ Le décret exécutif n°01-396 du 9 décembre 2001 portant réglementation des activités de fabrication et de distribution de tabacs. (JORA N°75, pp. 9-14).
- ⇒ Le décret exécutif n°01-397 du 9 décembre 2001 fixant les conditions d'importation des tabacs manufacturés par les personnes morales justifiant d'un agrément en qualité de fabricant de tabacs. (JORA N°75, p. 15).
- ⇒ Le décret exécutif n°04-331 du 4 Ramadhan 1425 correspondant au 18 octobre 2004 portant réglementation des activités de fabrication, d'importation et de distribution de produits tabagiques (JORA N°66, pp. 5-11).

Une incohérence flagrante est soulevée lors d'intégration du décret exécutif n°01-396 du 9 décembre 2001 portant réglementation des activités de fabrication et de distribution de tabac dans la réglementation antitabac. En effet, les dispositions⁽²⁰⁾ de ce décret stipulent de libéraliser la vente du tabac. Cette forme de distribution ne véhicule aucun objectif de santé publique, ni de prévention antitabac dans la mesure où elle rend le tabac très accessible à toute catégorie sociale et en tout lieu. Dans ces conditions, l'accessibilité et la disponibilité de la cigarette sont très aisées pour les enfants et les adolescents. D'autant plus, cette forme de libéralisation de la distribution et de la vente du tabac favorise le développement de la contrefaçon qui est très nocive pour la santé des fumeurs, ce qui rend plus difficile l'application des lois antitabac en vigueur. Cependant, la réglementation des activités de fabrication et de distribution de tabac à été revue par le décret exécutif n°04-331 du 4 Ramadhan 1425 correspondant au 18 octobre 2004, mais dont l'appui réglementaire n'a touché que les conditions d'importation des produits tabagiques après l'ouverture du marché national du tabac au secteur privé étranger et n'a aucunement revu les conditions de libéralisation de la vente du

tabac. C'est pourquoi, ces décrets, promulgués par le Ministère des Finances pour la réglementation des activités du secteur du tabac en Algérie, doivent être revus dans des ambitions d'une réglementation véhiculant des objectifs de santé publique, de prévention du tabagisme juvénile et de lutte contre la contrefaçon des produits du tabac.

Donc, après ratification, la réglementation des activités de fabrication, d'importation et de distribution des produits tabagiques doit être revue et connaître une actualisation, une amélioration et une évolution adaptées aux principes et aux objectifs de lutte antitabac tels que stipulés par la CCLAT OMS. C'est pourquoi, nous avons pour ambition de vérifier la réunion de ces critères dans la réglementation des activités du secteur du tabac promulguée par le Ministère des Finances après 2006.

Sans pour autant négliger les autres stratégies de lutte contre le tabagisme, la législation antitabac promulguée en Algérie depuis l'an 2000, qu'elle soit globale ou par secteur, s'est focalisée sur l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics. En effet, le renforcement de cette interdiction en 2001, en 2002, puis en 2005 reflète une volonté politique d'appliquer cette stratégie. Mais, la réglementation antitabac ainsi promulguée n'est pas suffisante pour exécuter un suivi rigoureux, un contrôle et une évaluation *ex post*. Bien que ces textes soient suivis par des décisions sur la méthode, les conditions, les moyens, les techniques et les sanctions nécessaires permettent d'aboutir à l'exécution de l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics, ils manquent toutefois des mesures de mise en œuvre et d'application suivantes : la fixation de délais d'application, l'identification des responsables du contrôle, du suivi et d'exécution applicables aux responsables de locaux et la fixation du montant du budget affecté à la mise en œuvre (les ressources). De plus, ces textes manquent de dispositions législatives et réglementaires engageant les deux secteurs de la sûreté et de la justice nationales, tant que secteurs garants et responsables d'application des textes ainsi promulgués.

De plus, jusqu'en 2005, même si la réglementation antitabac reflète une certaine globalité de lutte en raison de la présence de la majorité des secteurs clés dans la lutte antitabac, à l'exemple du secteur de la santé, du commerce, de l'industrie, de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, de la communication et de la culture, et du secteur des finances ; elle manque toutefois de stratégie cohésive de prévention antitabac car rien n'indique, ni n'intègre des liens organisationnels systématisés pour coordonner le travail entre ces secteurs susmentionnés. Dans ces conditions de cloisonnement interministériels, même si l'action est concrétisée, l'isolement des ministères réduira nécessairement son efficacité et risquera de produire des effets inattendus. **C'est pourquoi des dispositions de coordination des actions des acteurs de lutte antitabac restent à définir dans la réglementation algérienne de prévention antitabac.**

Enfin, pendant 20 ans (de 1985 à 2005), nous avons constaté l'absence d'une vision cohérente de la réglementation antitabac dans la mesure où elle s'est renforcée activement dans certaines stratégies, alors que passive et/ou inexistante pour d'autres, sans pour autant tenir compte des priorités dans l'action. Mais à part l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics, les dispositions promulguées ne se complètent pas dans le temps et n'implique pas tous les secteurs concernés par la lutte antitabac où nous avons identifié la mise à l'écart de certains d'entre eux. De plus, la réglementation algérienne antitabac est caractérisée par l'absence de certaines **dispositions clés** de mise en œuvre et d'application de ses dispositions.

Par sa ratification de la CCLAT OMS en mars 2006 à travers l'élaboration du décret présidentiel n°06-120 du 12 mars 2006, l'Algérie est tenue de suivre les recommandations de l'OMS dans sa politique de lutte antitabac. En principe donc, le cadre législatif et réglementaire promulgué après 2006 en Algérie devrait être ajusté de sorte à suivre parfaitement les principes d'horizontalité et réunir les critères d'adaptabilité, de diversification, d'actualisation, d'amélioration, d'évaluation et

de surveillance permanente des mesures de lutte antitabac.

Mais, est-ce réellement le cas ?

3.2. La réglementation antitabac en vigueur en Algérie après la ratification de la CCLAT OMS

Après ratification, l'évolution du cadre législatif et réglementaire antitabac n'a concerné que la promulgation de ce qui suit :

- ⇒ Arrêté n°803 MSPRH/MIN du 13 février 2007, portant création, organisation et fonctionnement du Comité Médical de Lutte Antitabac.
- ⇒ Circulaire ministérielle n°020 MSPRH/MIN du 23 mai 2007 relative à la mise en application du décret exécutif n°01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit.
- ⇒ Instruction ministérielle n°020 du 23 mai 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac.
- ⇒ Instruction ministérielle 03 Juin 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac.
- ⇒ Décision ministérielle n°2389 du 08 décembre 2007, fixant la liste nominative du Comité National de Lutte contre le Tabac.

Il a fallu attendre huit ans après sa création pour déterminer l'organisation et le fonctionnement du Comité Médical de Lutte Antitabac et dix mois après pour lui fixer la liste nominative. Ce qui reflète que les actions nécessaires ne s'accomplissent pas à leur moment nécessaire. Ceci est dû à la non prise en compte des priorités car avant de se focaliser sur n'importe quelle stratégie, il faudrait d'abord éclaircir le statut fonctionnel du premier responsable de la lutte antitabac dans un pays qui, sans lui, aucune mesure législative ou réglementaire ne pourra s'aboutir à l'auto-applicabilité. D'autant plus, l'attribution retardée et différée dans le temps des tâches de ce Comité, premier responsable pour coordonner, planifier, diriger, suivre et évaluer les actions de lutte antitabac, est révélatrice de l'absence d'une vision cohérente.

Par ailleurs, l'incohérence réglementaire se révèle également dans la persistance répétée plusieurs fois de l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics en 1985, en 2002, en 2005 et enfin, en 2007. En effet, il ne s'agit pas de la **reconversion** des clauses du décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit ou de son évolution, à titre d'actualisation et d'amélioration quant aux conditions de son application. Mais, il ne s'agit en fait que d'une reconduction textuelle.

De plus, l'incohérence flagrante et amplifiée réside dans la promulgation répétée de l'instruction ministérielle 03 Juin 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac. En effet, après 22 ans d'appuis répétés sur l'interdiction de l'usage du tabac dans tous les lieux publics, y compris les structures de santé, deux instructions viennent d'être promulguées pour réglementer la mise en place d'hôpitaux sans tabac, ce qui reflète réellement l'incohérence du cadre législatif et réglementaire antitabac algérien. En définitive, l'ampleur des incohérences constatées est si conséquente, qu'il y a un risque de compromettre son application.

D'autant plus, la multi-sectorialité, la multi-dimensionnalité et la multidisciplinarité de la réglementation algérienne antitabac sont largement marginalisées. En effet, le rôle et l'engagement des associations de lutte antitabac et de la société civile dans la prévention antitabac ne sont pas encore précisés ou spécifiés dans la réglementation antitabac. De plus, rien n'engage le Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Environnement et du Tourisme à intervenir, surtout qu'il joue un rôle important dans la régulation, le suivi et le contrôle des activités de fabrication des produits du tabac. A cet effet, il doit être engagé pour effectuer des audits sur les impacts négatifs de la production du tabac sur l'environnement accompagnés d'actes de sanction au cas de dépassement. Par ailleurs, le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural est absent sur toute la ligne, alors que son intégration dans la réglementation antitabac est capitale afin d'engager une stratégie agricole de substitution

économiquement viable. Il est de même pour le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, le Ministère du Commerce, le Ministère des Affaires Etrangères, et le Ministère de la Justice. Nous avons remarqué également que l'application de la réglementation antitabac manque de suivi en raison de l'absence d'une évaluation *ex post*. Ceci se reflète également dans l'absence de l'adaptation des dispositions de la réglementation antitabac. Autrement dit, il y a absence des mesures signalant les insuffisances et proposant des correctifs sur les conditions de mise en œuvre et d'application de la réglementation antitabac déjà promulguée. De plus, aucune disposition nouvelle n'est adoptée afin d'apporter des améliorations ou des modifications de l'ordre juridique antérieur. A cet effet, nous donnerons l'exemple du décret exécutif n° 01-396 du 9 décembre 2001 portant réglementation des activités de fabrication et de distribution des tabacs qui n'a pas été revu tel que nous avons supposé et ses dispositions n'ont connu, jusqu'à présent, aucune reconversion depuis leur promulgation, mises à part celles concernant les conditions d'importations des produits tabagiques après l'ouverture du marché national du tabac au privé. Ce qui reflète l'absence du suivi, de la vérification et de l'adaptation de la législation et de la réglementation antitabac antérieur à la ratification aux nouveaux principes et priorités de la prévention antitabac stipulés dans la CCLAT OMS.

Conclusion

Pendant 29 ans (depuis 1985 jusqu'à 2014), le cadre législatif et réglementaire antitabac en Algérie se caractérise par :

- L'absence d'une vision cohérente dans la mesure où la réglementation antitabac se renforce activement dans certaines stratégies, alors qu'elle reste passive et/ou inexistante pour d'autres, sans pour autant tenir compte ni des priorités ni des objectifs clairement identifiés.
- Des dispositions qui ne se complètent pas dans le temps. Dans ce sens, la réglementation antitabac est caractérisée par un vide juridique flagrant en matière de coordination,

d'adaptabilité, d'actualisation, de reconversion et d'évolution dans le temps.

- La marginalisation des critères de multi et d'inter-sectorialité et l'absence des critères de multi et d'inter-dimensionnalité ainsi que ceux de multi et d'interdisciplinarité.
- L'absence du suivi, de surveillance, d'évaluation et du contrôle de l'acceptabilité, de l'applicabilité, de la faisabilité et de l'impact des mesures réglementaires antitabac promulguées. Ce qui explique l'absence de la reconversion, de la correction, de l'amélioration et de l'adaptation de la réglementation antérieure à la ratification par rapport aux principes de la CCLAT OMS.

A travers ces résultats, nous affirmons que le dispositif législatif et réglementaire antitabac algérien ne répond pas aux critères retenus par l'OMS.

Ainsi, les limites du cadre législatif et réglementaire de la politique nationale de lutte antitabac décrites et analysées ci-dessus sont le résultat de **l'absence de l'information** nécessaire pour la planification de lutte antitabac.

En effet, les nombreuses défaillances dans le recueil, l'évaluation, la gestion et l'analyse des données permettant de cerner le problème du tabagisme en Algérie ne permettent pas de faire le diagnostic nécessaire de la planification stratégique de lutte antitabac. En conséquence, **l'absence de l'information biaise la décision**. Ce qui atteste que la réglementation algérienne antitabac est conçue sur un cadre législatif et réglementaire **subjectif** et sans que sa vision ne soit fondée sur un but et des objectifs de lutte antitabac prioritairement déterminés. **C'est pourquoi nous le qualifions d'un cadre réglementaire calqué de la réglementation internationale sans stratégie cohérente de prévention antitabac compatible et appropriée au contexte national algérien.**

Dans ces conditions, sa mise en œuvre et son application entraînent un certain nombre d'inefficacités et peuvent même entraîner des effets inattendus. L'absence d'une évaluation *ex*

post ne permet pas de revoir la conception de chaque dispositif législatif et/ou réglementaire afin de mener des mesures de correction, d'adaptabilité, d'amélioration, d'actualisation et, si nécessaire, d'élimination. Ce qui explique pourquoi les dispositions de la réglementation algérienne antitabac n'ont pas connu de changement, n'ont pas évolué et n'ont pas eu de modification depuis leur promulgation malgré le changement des contextes.

Enfin, l'élaboration de la réglementation antitabac sert de base pour aboutir à l'élaboration des plans d'action antitabac cohérents et à l'application des programmes efficaces de lutte contre le tabagisme. C'est pourquoi, les insuffisances soulevées dans la réglementation algérienne antitabac expliquent dans quelles mesures les interventions et les stratégies des plans antitabac promulgués en Algérie sont peu coordonnées, peu intégrées et peu globaux.

- (1) Ministère de la sante : Plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013, Burkina Faso, Mai 2009, 10-11pp. <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/documents/Plan-strategique-antitabac.pdf>,
- (2) Le 21 mai 2003, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. La Convention a été ouverte à la signature pour une période d'un an, du 16 juin 2003 au 22 juin 2003 au Siège de l'OMS à Genève, puis au Siège de l'Organisation des Nations Unies à Ne York du 30 juin 2003 au 29 juin 2004.
- (3) Le terme de "convention-cadre" s'emploie pour décrire divers types d'accords juridiques comportant, à propos d'un sujet donné, des engagements sur les principes et un système général de gouvernance. Ainsi, à la différence des traités exhaustifs, qui s'efforcent de régler toutes les questions dans un seul document, une convention-cadre s'accompagne de protocoles qui s'élaborent au fur et à mesure pour s'adapter

- aux faits, aux nouveaux contextes, aux réorientations, aux nouveaux objectifs, etc.
- (4) NU & OMS : La Convention antitabac : le premier traité international en matière de santé publique, Mars 2009.
 - (5) Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac, Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS, Genève 2003.
http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf
 - (6) En matière de santé, le droit international conventionnel constitue un outil efficace à la fois législatif et politique et joue un rôle déterminant dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. A cet effet, il est utilisé à des fins de réalisation d'objectifs stratégiques, de structuration et de coordination des interventions de santé publiques requises, de mise en œuvre des mesures et d'initiatives en faveur de la santé publique, de modification du comportement et des modes de vie, etc.
 - (7) Bodansky D. The Framework Convention Protocol Approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/NCD/TFI99.1). Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac, partie VIII : dispositions institutionnelles et ressources financières, article 23, Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS, Genève 2003.
 - (8) OMS : Eléments d'une convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, première réunion du groupe de travail sur la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, A/FCTC/WG1/6, 8 septembre 1999.
 - (9) Un protocole désigne un accord international subsidiaire qui complète un accord international conclu antérieurement ou simultanément. Pour cela, il vient généralement compléter, préciser, amender ou qualifier l'accord international pour lequel il a été fondé, à l'exemple de la CCLAT OMS. De nouveaux protocoles pourront être négociés à mesure de l'acquisition de connaissances nouvelles, pour

l'éclaircissement des questions sur les quelles les Etats membres parviennent à se mettre d'accord, ou pour des questions qui suscitent un débat important dont le consentement n'est pas encore établie (à l'exemple de la remise en cause de l'efficacité de la politique fiscale liée à la question de la contrebande).

- (10) La Conférence des Parties (COP) est l'organe directeur et l'institution centrale de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Seuls les Etats ou les autres entités parties à la convention sont habilités à y participer. Elle s'attache à promouvoir et examine régulièrement l'application de la Convention. Elle se compose de toutes les Parties à la Convention et tient des sessions régulières tous les deux ans. Pour promouvoir l'application des dispositions de la CCLAT, la Conférence des Parties prévoit différents instruments, tels que des protocoles et des directives qui précisent l'application de différents articles. Les rapports que les parties (les Etats qui ont ratifié la CCLAT) présentent à la Conférence lui permettent d'examiner et de suivre l'application de la Convention, ils aident les Parties à comprendre le processus de sa mise en œuvre et leur promettent d'apprendre de l'expérience des autres. Depuis sa ratification en 2003, quatre Conférences des parties ont déjà eu lieu.
- (11) Pour cette raison, une fois ratifiée, la CCLAT OMS influence directement le droit interne d'un État en matière de santé publique.
- (12) Une Convention-cadre doit comporter des clauses introductives qui exposent les principes qui en guident l'élaboration, la mise en œuvre et l'application de son but de promulgation. Dans ce contexte, les principes directeurs de la CCLAT OMS énoncent les normes qui régiront et qui devront guider les efforts des parties à la convention pour atteindre l'objectif de la Convention et en appliquer ses dispositions.

- (13) Selin H. et Bolis M. : Législation de lutte contre le tabac : Modèle et lignes directrices, Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO), Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, Mai 2002, p. 4.
- (14) L'approche LEADER, chapitre VII : L'approche intégrée et multisectorielle. http://www.ec.europa.eu/agriculture/rur/leader2/dossier_p/fr/dossier/chap7.pdf
- (15) Drope J., Barnoya J., Mejia R., et Rampersad-Rattan D. : Le mentorat pour la lutte mondiale antitabac : Perspectives d'Amérique latine et des Caraïbes, CRDI- IDRCT, Juillet 2007, pp. 6-7. In : www.ccghr.ca
- (16) La pluridisciplinarité regroupe des travaux de différentes disciplines sur un même objet, mais avec échanges restreints. L'interdisciplinarité suppose un échange plus important entre les disciplines. Lorsque celle-ci dépasse les frontières disciplinaires, nous parlerons alors de la transdisciplinarité. Par : Blanc M. : L'interdisciplinarité en urbanisme et en développement social urbain, Atelier de recherche : Méthodologie des sciences sociales, Université de Béjaïa, 10-11 novembre 2010.
- (17) Selin H. et Bolis M. (Op.cit.).
- (18) La loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA, 17 février 1985. In : http://www.caci.dz/fileadmin/template/recueil/pdf/Loi_85-05.pdf
- (19) Inspirée de la loi Evin (loi 91-32, dite loi EVIN publiée au JO du 12/01/1991).
- (20) Cf. Art. : 29, 30, 31, 32 et 33 du décret exécutif n° 01-396 du 9 décembre 2001 portant réglementation des activités de fabrication et de distribution des tabacs. JORA N°75. <https://www.tobaccocontrol.org/files/live/Algeria/Algeria%20-%20Executive%20Decree%20No.%2001-396%20-%20national.pdf>