

## La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

**Par Gian Luca Burci**

*Professeur associé de droit international*

*Conseiller pédagogique, Centre d'études en santé mondiale*

*Institut de hautes études internationales et du développement*

*Genève*

### Contexte

Tuant jusqu'à 7 millions de personnes par an, selon les données disponibles en 2017 (OMS, Principaux repères : Tabac, 2017), le tabagisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. On évalue les pertes économiques associées à ce fléau à environ 1 400 milliards de dollars par an, ce qui en fait un obstacle au développement et un facteur important de pauvreté et d'inégalités sociales, en plus d'être une tragédie sanitaire (Institut national du cancer des États-Unis, OMS, Économie du tabac et de la lutte antitabac, 2016). Ses effets sur la santé – et le rôle joué par l'industrie du tabac pour dissimuler ces effets et le pouvoir de dépendance de la nicotine – ont été progressivement découverts à partir des années 1950. Dans l'ensemble, les mesures antitabac prises à l'échelle nationale depuis les années 1960 – principalement dans les pays développés – ont entraîné une diminution progressive des taux de tabagisme et, parallèlement, de la survenue de maladies liées au tabagisme. Néanmoins, au cours de la même période, l'industrie du tabac a été marquée par le regroupement des entreprises du secteur en une poignée de grandes multinationales, qui, à la faveur du boom des investissements étrangers directs et de la libéralisation du droit commercial international dans les années 1990, ont réussi à étendre la production de tabac et à en faire bondir la consommation dans les pays en développement et les économies en transition de l'Europe de l'Est. Il est donc devenu de plus en plus évident que, pour être efficace, la lutte antitabac devait passer par des mesures nationales rigoureuses, renforcées et complétées par un cadre juridique international qui traite des questions transnationales et compense les effets restrictifs du droit commercial international sur la capacité des États de prendre des mesures réglementaires pour protéger la santé publique.

L'OMS s'est intéressée à la question du tabac dès 1970 ; il s'agissait alors surtout d'en étudier les effets sur la santé et d'épauler les États Membres, en particulier les pays en développement, dans leurs programmes antitabac nationaux. Il a fallu attendre les années 1990 et les conséquences indéniables, sur l'essor du tabagisme, de la mondialisation et de la libéralisation économique, ainsi que de la montée en puissance des multinationales du tabac et de la sophistication des stratégies mises en place par ces dernières, pour voir peu à peu émerger l'idée d'une approche fondée sur le droit international. C'est en 1996 que l'Assemblée mondiale de la Santé (l'Assemblée), s'appuyant sur une étude de faisabilité réalisée par des juristes, a décidé d'axer ses efforts sur l'élaboration d'une convention-cadre, sur le modèle de celles existant dans le domaine environnemental (résolution WHA49.17). Ce choix d'un modèle normatif (une convention générale, suppléée par des protocoles détaillés) inspiré d'un domaine très différent est le fruit d'un compromis entre la volonté d'adopter un instrument juridiquement contraignant, d'une part, et la conscience qu'il serait difficile de convaincre les États ayant des intérêts économiques importants dans le tabac d'accepter immédiatement des obligations strictes, d'autre part. Fait notable, l'Assemblée n'avait alors jamais usé du pouvoir de conclure des traités que lui confèrent les articles 19 et 20 de la Constitution de l'OMS, d'où le manque total d'expérience du secrétariat de l'OMS et des délégations nationales,

majoritairement composées de fonctionnaires des ministères de la santé, en matière de négociation et d'administration d'une convention internationale.

Une publication importante est venue valider la stratégie adoptée par l'OMS : un grand rapport de la Banque mondiale confirmant, données probantes à l'appui, le coût économique et social du tabagisme, et recensant des mesures rentables qui permettraient à la fois de réduire la consommation de tabac et d'accroître les recettes publiques (Banque mondiale, *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, 1999). Le dernier facteur à connaître pour comprendre la décision de l'OMS de s'orienter vers une convention est l'influence décisive de Gro Harlem Brundtland, alors Directrice générale de l'OMS, qui avait fait de la lutte antitabac l'un de ses fers de lance.

### **Des négociations historiques**

L'Assemblée a entamé les négociations relatives à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (la Convention) en 1999 et 2000 (résolutions WHA52.18 et WHA53.16). Face aux hésitations d'un certain nombre de pays à s'engager à négocier un instrument sans précédent sur la seule foi d'études produites par le secrétariat de l'OMS, l'Assemblée a fait précéder les négociations d'une phase de « négociations préalables », inhabituelle, créant à ces fins un groupe de travail chargé de cerner les principaux points de droit et éléments de fond de la convention à venir, sans négociation. Cette étape intermédiaire a permis aux délégations de se familiariser avec la procédure de conclusion des traités. Elle a également fait naître une attente infondée, à mettre, une fois encore, sur le compte de l'inexpérience, à savoir que plusieurs protocoles pourraient être négociés en parallèle du texte principal (doc. A/53/12). Toutefois, l'organe intergouvernemental de négociation (l'Organe) institué par l'Assemblée pour mener des négociations a reçu instruction de se concentrer sur la convention.

Entre octobre 2000 et février 2003, l'Organe a tenu six sessions, entre lesquelles ont eu lieu de nombreuses consultations et conférences techniques visant à régler les questions en suspens et à établir des positions à l'échelle régionale. Signe de l'importance politique de ce projet, quelque 170 États Membres, de même que l'Union européenne, ont participé à au moins une session. Les quatre premières sessions ont fait naître des doutes quant aux perspectives de succès des négociations, puisqu'elles n'ont débouché que sur un document évolutif ne comprenant quasiment aucune disposition convenue. Les raisons de cet échec sont diverses, nous n'en citerons que les principales. La première est la rigidité des positions des représentants des ministères de la santé, peu habitués aux négociations de traités, et leur refus de diluer ce qu'ils considéraient comme des caractéristiques cruciales d'un cadre international pour la lutte antitabac. D'autres délégations ont exploité cette intransigeance pour introduire des contre-propositions faibles et essentiellement paralyser le processus. Deuxièmement, les positions régionales fermes qui ont été arrêtées (en particulier au sein du groupe des États d'Afrique et de l'Union européenne), autre facteur d'inflexibilité, ont compliqué la recherche de compromis.

En définitive, les négociations ont été sauvées par l'établissement d'un texte du Président à la cinquième session, qui a servi de seule base aux discussions ultérieures (A/FCTC/INB5/2, 25 juin 2002). Aux deux dernières sessions, le personnel de santé a dû accepter plusieurs compromis douloureux afin d'apaiser les craintes de certains États clefs, dont l'abandon de l'interdiction pure et simple de la publicité en faveur du tabac et de la promotion du tabac. La Convention a fini par être adoptée par consensus le 21 mai 2003 (résolution WHA56.1). Dans le même temps, l'Assemblée a formé un groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée pour

servir de comité préparatoire à la première session de la Conférence des Parties. Le Groupe a tenu deux sessions et formulé des recommandations sur des points tels que l'élaboration d'un règlement intérieur, les règles de gestion financière, la nomination d'un secrétariat pour la Convention et un projet de budget (doc. A/FCTC/IGWG/2/7, rapport de la seconde session du groupe de travail intergouvernemental, 5 octobre 2005).

### **Principales dispositions**

La version finale du texte de la Convention a marqué la victoire des tenants d'un traité global et robuste. Malgré son intitulé, la Convention-cadre est en réalité un instrument mixte : elle comporte certes des dispositions d'ordre général qui doivent être développées dans des instruments ultérieurs (p. ex., l'article 9 sur Réglementation de la composition des produits du tabac), mais aussi, et surtout, des dispositions de fond qui peuvent être appliquées immédiatement à l'échelle nationale, tout en étant suffisamment souples pour pouvoir être adaptées aux différents cadres réglementaires nationaux.

L'essence du texte est présentée dans le préambule et l'article 3 (Objectif), en particulier la priorité donnée au « droit de protéger la santé publique », la nécessité d'une coopération internationale large face à un problème mondial et l'objectif de la Convention, qui est de « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac ». La Convention est divisée en 11 parties, comme suit (l'accent étant mis sur les dispositions les plus importantes) :

La partie I (Introduction) comprend l'article 2, relatif à la relation entre la Convention et d'autres accords et instruments juridiques. De nombreux pays ont plaidé, sans succès, pour que cet article affirme clairement la primauté de la protection de la santé sur les intérêts économiques. Le consensus retenu a été de traiter la Convention comme un plancher et d'encourager les parties à appliquer des mesures plus strictes, dans le respect du droit international.

La partie II (Objectifs, principes directeurs et obligations générales) se compose de trois articles qui jettent les bases de l'application et de l'interprétation de la Convention. L'accent mis à l'article 4 sur la nécessité de « mesures plurisectorielles complètes » mérite d'être relevé ; il souligne que la lutte antitabac doit passer par des actions allant bien au-delà du mandat des autorités de santé publique. L'article 5.3 impose aux parties de veiller à ce que les politiques en matière de lutte antitabac ne soient pas influencées par les intérêts de l'industrie du tabac. Cette déclaration limpide illustre l'une des caractéristiques uniques de la Convention : outre réguler la commercialisation et la consommation des produits du tabac dans l'objectif d'une réduction des taux de tabagisme, la Convention entend envoyer un message politique fort visant à faire perdre sa légitimité à toute une industrie et à l'empêcher complètement de participer directement à la gouvernance de la Convention et, potentiellement, à la lutte antitabac mondiale.

La partie III (Mesures relatives à la réduction de la demande de tabac) renferme la majorité des dispositions de fond de la Convention et concrétise l'accord auquel sont rapidement parvenus les négociateurs afin de tenir compte des préoccupations des pays en développement producteurs de tabac, à savoir que l'accent serait mis sur la réduction de la demande. Elle se divise en neuf articles. À l'exception d'une disposition essentiellement incitative en matière fiscale (art. 6), la plupart d'entre eux visent à amoindrir l'attrait des produits du tabac et à mieux sensibiliser les fumeurs

en réglementant le conditionnement et l'étiquetage, notamment en interdisant les descriptifs trompeurs comme « légère » ou « douce » (art. 11), en interdisant la publicité, la promotion et le parrainage ou en y adossant des restrictions (art. 13), en interdisant de fumer dans les lieux publics pour protéger contre l'exposition à la fumée (art. 8), en éduquant le public (art. 12) et en encourageant le sevrage et le traitement de la dépendance (art. 14). Les parties sont également tenues d'adopter des mesures relatives à la composition des produits (art. 9) et aux mentions obligatoires (art. 10).

La partie IV (Mesures relatives à la réduction de l'offre de tabac) comprend trois articles, relatifs, respectivement, au commerce illicite (art. 15), à la vente aux mineurs et par les mineurs, y compris les pratiques visant à rendre les produits du tabac attrayants pour les mineurs, comme la vente de confiseries ou de jouets ayant la forme de produits du tabac (art. 16), et à la fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs et les travailleurs (art. 17). Ce dernier point s'est avéré faire débat au cours des négociations, les pays en développement producteurs de tabac faisant de l'obtention de garanties d'un appui financier la condition de leur participation à la Convention, et les pays développés refusant de s'engager à verser une forme de subventions agricoles.

Il est frappant que la plupart des mesures prévues dans les parties III et IV soient essentiellement nationales et ne justifient pas de façon claire l'existence d'un traité international. Deux grandes raisons expliquent ce choix : premièrement, arrêter des standards au niveau international pour ce type de mesures met les États à l'abri des pressions que pourrait exercer l'industrie du tabac. Deuxièmement, ériger ces mesures en obligations internationales revient à renforcer le pouvoir des ministres de la santé au sein de leur gouvernement en leur permettant d'invoquer ces obligations pour obtenir un soutien politique plus fort et davantage de ressources financières.

Les parties V (Protection de l'environnement) et VI (Questions se rapportant à la responsabilité) ne comportent qu'un article chacune, relatif à la protection de l'environnement (art. 18) et à la responsabilité (art. 19). Le second, dont les dispositions sont pour le moins ambiguës, trouve son origine dans les poursuites intentées avec succès contre des fabricants de tabac au niveau national, principalement aux États-Unis. De telles poursuites avaient permis à la fois à des organismes publics et à des fumeurs de faire reconnaître la responsabilité des cigarettiers pour des dommages de santé. L'article 19 entendait reproduire cette approche au niveau international, mais, compte tenu des difficultés juridiques évidentes que pose l'élaboration d'un modèle de responsabilité internationale viable, il se contente d'imposer aux parties de coopérer en se communiquant des informations sur les meilleures pratiques et en s'accordant une assistance juridique mutuelle « en matière de responsabilité pénale et civile, y compris l'indemnisation le cas échéant ».

C'est dans la partie VII (Coopération scientifique et technique et communication d'informations) que figurent les principales obligations internationales prévues par la Convention, les parties précédentes prévoyant essentiellement des mesures au niveau national. Les articles 20 et 22 obligent les parties à mener des activités de recherche et de surveillance dans le domaine de la lutte antitabac, à coopérer à cet égard et à faciliter le transfert de technologies et de compétences pour renforcer la capacité des pays à s'acquitter de leurs obligations au titre de la Convention. Ils ont notamment pour objectif la création d'un corpus de données factuelles devant servir de base à l'élaboration de mesures réglementaires nationales et internationales, et permettre de contrer la diffusion de fausses informations par l'industrie du tabac. L'article 21 constitue le principal fondement juridique du suivi de l'application de la Convention. Il impose aux parties de

soumettre à la Conférence des Parties des rapports périodiques sur les politiques et mesures prises, les difficultés ou obstacles rencontrés, la surveillance et la recherche.

La partie VIII (Dispositions institutionnelles et ressources financières) encadre la gouvernance de la Convention et son élaboration ultérieure, l'article 23 instituant son organe directeur, la Conférence des Parties (la Conférence), et l'article 24 créant un secrétariat, qui est aujourd'hui assuré par une unité spécialisée au sein de l'OMS. La Conférence a pour mandat d'examiner régulièrement et de promouvoir l'application de la Convention, d'en orienter les développements en adoptant des protocoles, des principes directeurs, des annexes et d'autres décisions, et de coopérer et de se coordonner avec les autres institutions et régimes juridiques internationaux.

La partie IX (Règlement des différends) se distingue par le flou de son seul et unique article. L'article 27 se limite à exiger des parties qu'elles s'efforcent de régler leurs différends par le moyen pacifique de leur choix ou qu'elles choisissent l'arbitrage obligatoire à la ratification, ce qu'aucune n'a fait à ce jour. À première vue, la faiblesse de cette disposition peut étonner, mais il s'agit vraisemblablement d'un choix délibéré fait dans l'idée d'aiguiller les différends vers d'autres instances, comme l'OMC ou un tribunal d'arbitrage d'investissement, peut-être plus sensible aux intérêts économiques des investisseurs et des pays exportateurs. Ce n'est pas par hasard que les différends découlant de mesures antitabac nationales fondées sur la Convention ont été soumis aux mécanismes de règlement des différends de l'OMC ou aux tribunaux arbitraux établis sous le régime de traités d'investissement bilatéraux (Zhou et Libermann, p. 375 à 386).

Enfin, les parties X (Élaboration ultérieure de la Convention) et XI (Dispositions finales) réunissent les dispositions procédurales et les dispositions finales, notamment en matière d'amendements (art. 28), de dénonciation (art. 31) et d'adoption de protocoles (art. 33) et d'annexes (art. 29). L'article 30 présente la particularité d'interdire les réserves. Cette disposition inconditionnelle a suscité bien des débats lors des négociations, en particulier sur la manière de la réconcilier avec la position de pays comme les États-Unis d'Amérique, qui soutenaient qu'il leur serait pratiquement impossible d'obtenir l'approbation du parlement sans la possibilité d'émettre des réserves. La position contraire a fini par l'emporter, du fait des nombreuses concessions déjà faites concernant les dispositions de fond de la Convention.

### **L'élaboration ultérieure de la Convention**

La Convention est entrée en vigueur le 27 février 2005, après avoir rapidement obtenu les 40 ratifications nécessaires. Du point de vue de la participation, c'est un succès : en janvier 2020, elle comptait 181 parties, y compris la plupart des pays producteurs ou exportateurs de tabac. La Conférence a tenu huit sessions entre février 2006 et octobre 2018 et a été extrêmement active dans la promotion de l'élaboration ultérieure du cadre juridique de la Convention et la mobilisation d'un soutien politique en faveur de la lutte contre le tabagisme dans le cadre de ses programmes en matière de maladies non transmissibles (MNT) et de développement. Elle s'est aussi efforcée de mieux faire appliquer la Convention, en misant sur la coopération interinstitutionnelle, le suivi de l'application au niveau national et l'évaluation de l'impact général de la Convention.

L'élaboration de normes dans le cadre de la Convention a pris la forme de directives et protocoles adoptés par la Conférence. S'agissant de ces derniers, alors qu'aux balbutiements de ce projet, on prédisait de multiples protocoles, en janvier 2020, un seul instrument de ce type avait été adopté : le Protocole pour éliminer le

commerce illicite des produits du tabac, adopté à la cinquième session de la Conférence en 2012 (décision FCTC/COP/5(1), 12 novembre 2012) et entré en vigueur le 25 septembre 2018. En janvier 2020, il comptait 58 parties. À ce jour, aucune proposition tendant à l'élaboration d'un nouveau protocole n'est à l'étude.

Le Protocole se fonde sur l'article 15 de la Convention et vise à éliminer « toutes les formes de commerce illicite des produits du tabac », qui sape les mesures financières et fiscales destinées à renforcer la lutte antitabac et accroît par là même l'accessibilité et le caractère abordable des produits du tabac. Alors qu'on pensait qu'il serait relativement aisé de se doter d'un protocole sur le commerce illicite, ce qui démontrait le bien-fondé du choix d'une convention-cadre, les négociations, qui ont duré près de quatre ans, se sont avérées complexes et ont donné lieu à controverse. En cause, notamment, la difficulté de concevoir un système international de contrôle de la chaîne logistique qui ne requière pas la coopération de l'industrie du tabac. Le protocole comporte plusieurs grands volets : contrôle de la chaîne logistique, notamment par l'instauration d'un régime mondial de suivi et de traçabilité (art. 6 à 13), incrimination et autres mesures dissuasives ou répressives (art. 14 à 19) et coopération internationale, notamment l'entraide judiciaire et l'extradition (art. 20 à 31).

La Conférence a également adopté huit directives en rapport avec divers articles relatifs aux mesures de réduction de la demande de tabac (p. ex., l'article 6 sur les mesures fiscales, les articles 9 et 10 sur la réglementation de la composition des produits du tabac et des informations sur les produits du tabac à communiquer, et l'article 13 sur la publicité, la promotion et le parrainage) et, de manière importante, avec l'article 5.3, relatif à la protection des politiques en matière de lutte antitabac face aux intérêts de l'industrie du tabac. La Conférence adopte les directives par consensus à l'issue d'un processus rigoureux, auquel participent des représentants de pays et des experts techniques, et qui repose à la fois sur l'analyse des données disponibles et sur des négociations sur le libellé des directives. Bien qu'elles ne soient pas contraignantes, ces directives offrent des orientations détaillées, bien étayées et acceptées sur l'interprétation et l'exécution des obligations prévues par la Convention. De plus, elles pourraient constituer des « accords ultérieurs entre les parties » utiles à l'interprétation au sens de l'alinéa a) du paragraphe 3 de l'article 31 de la Convention de Vienne sur le droit des traités, ce qui leur confère une autorité certaine s'agissant de la mise en œuvre de la Convention au niveau national. Il convient également de mentionner les « déclarations » adoptées aux quatrième et huitième sessions de la Conférence, par exemple, la Déclaration de Punta del Este, relative à la protection des mesures nationales de lutte antitabac face aux contestations de l'industrie du tabac (FCTC/COP4(5), 19 novembre 2010). Les déclarations présentent un message politique et non une interprétation acceptée des obligations découlant de la Convention, mais elles ont tout de même leur importance, car elles sont l'expression d'un engagement individuel et collectif à appliquer effectivement la Convention.

### **L'influence de la Convention sur l'élaboration ultérieure du droit international**

La Convention est un instrument inédit et unique en son genre. C'est le premier – et jusqu'ici le seul – traité réglementant la commercialisation et la consommation d'un produit licite, mais fondamentalement nocif pour le consommateur, dans l'objectif d'en réduire les effets sanitaires. Avec la consommation d'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice physique, le tabagisme est l'un des plus gros facteurs de la pandémie de MNT, comme le cancer et les maladies respiratoires, qui cause jusqu'à 65 % des décès enregistrés dans le monde, surtout dans les pays en développement. La lutte antitabac est donc un objectif de santé

publique à part entière, ainsi qu'une composante essentielle de l'objectif plus large de prévention et de maîtrise des MNT, qui a fait l'objet d'une déclaration de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2011 (résolution de l'Assemblée générale 66/2 du 19 septembre 2011). Tant la déclaration que l'objectif de développement durable n° 3, formulé en 2015, mentionnent spécifiquement le renforcement de l'application de la Convention comme un puissant levier du développement durable au point de vue de la santé publique. Ainsi, la Convention fait partie intégrante du cadre juridique et général mondial en matière de développement durable.

L'éventail de mesures réglementaires prévues par la Convention pouvant, dans l'ensemble, s'appliquer également aux autres facteurs de risque de MNT, la Convention sert de test pour déterminer si les mesures nationales de santé publique qui limitent les intérêts économiques et les attentes des investisseurs et des fabricants (p. ex., les mesures fiscales ou celles relatives à l'étiquetage des produits et à la publicité) sont compatibles avec le commerce international, la propriété intellectuelle et les règles d'investissement, comme celles énoncées par les accords sur l'OMC, les accords de libre-échange et les traités en matière d'investissement. En un sens, la Convention a mis en lumière le fait que la protection de la santé en droit international ne tenait pas qu'à l'existence d'instruments internationaux sur la question, mais reposait également sur l'application de normes dans d'autres branches du droit, en particulier le droit économique et le droit des droits de l'homme.

À l'égard de ce dernier, la Convention joue un rôle dans la reconnaissance d'un « droit à la santé » (consacré à l'échelle mondiale à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies) et l'interprétation des dispositions en matière de santé d'autres traités relatifs aux droits humains, comme la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention américaine relative aux droits de l'homme. Les organes chargés des droits de l'homme utilisent la ratification et l'application de la Convention comme un indicateur de conformité, ce qui ressort, par exemple, de l'observation générale n° 15 du Comité des droits de l'enfant (l'observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible) et de l'inclusion de l'application de la Convention dans les observations finales concernant les rapports périodiques des États parties.

En ce qui concerne la conciliation des mesures antitabac avec les droits des investisseurs et les droits commerciaux, la Convention a joué un rôle clef dans les litiges nationaux et internationaux engagés par des géants du tabac sous le régime de traités d'investissement bilatéraux ou du droit national, et par des pays exportateurs de tabac dans le système de règlement des différends de l'OMC. Dans la quasi-totalité de ces affaires, les tribunaux et tribunaux d'arbitrage d'investissement ont jugé que les mesures nationales fondées sur la Convention l'emportaient sur les droits économiques, au motif que la Convention reflétait un consensus mondial sur les mesures nécessaires, légitimes et proportionnées visant un objectif social de la plus haute importance, comme la santé publique. Deux décisions phares illustrent particulièrement cette perspective : la sentence rendue dans l'arbitrage d'investissement opposant Philip Morris à l'Uruguay devant le Centre international pour le développement industriel durable (Philip Morris SARL v Oriental Republic of Uruguay (sentence), 8 juillet 2016) et le rapport adopté dans l'affaire de 2018 concernant la législation australienne en matière d'emballage dit neutre des produits du tabac (Australie – Certaines mesures concernant les marques de fabrique ou de commerce, les indications géographiques et autres prescriptions en matière d'emballage neutre applicables aux produits du tabac et à leur emballage, 28 août 2018).

## Références

### A. Instruments juridiques

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, New York, 16 décembre 1966, *Recueil des Traités*, vol. 993, p. 3.

Accord entre la Confédération suisse et la République orientale de l'Uruguay concernant la promotion et la protection réciproques des investissements, Berne, 7 octobre 1988.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, New York, 18 décembre 1979, *Recueil des Traités*, vol. 1249, p. 13.

Convention relative aux droits de l'enfant, New York, 20 novembre 1989, *Recueil des Traités*, vol. 1577, p. 3.

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Genève, 21 mai 2003, *Recueil des Traités*, vol. 2302, p. 166.

Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, Séoul, 12 novembre 2012, décision FCTC/COP5 (1).

### B. Jurisprudence

Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements, *Philip Morris Brands SARL v. Oriental Republic of Uruguay*, sentence du 8 juillet 2016, affaire n° ARB/10/7.

Australie – Certaines mesures concernant les marques de fabrique ou de commerce, les indications géographiques et autres prescriptions en matière d'emballage neutre applicables aux produits du tabac et à leur emballage, rapports des groupes spéciaux, WT/DS435/R, WT/DS441/R, WT/DS458/R, WT/DS467/R, 28 juin 2018.

### C. Documents

Organisation mondiale de la Santé, résolution WHA49.17, Convention-cadre pour la lutte antitabac, 25 mai 1996, *Recueil des résolutions*, vol. III.

Organisation mondiale de la Santé, résolution WHA52.18, Vers une convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 24 mai 1999.

Organisation mondiale de la Santé, résolution WHA53.16, Convention-cadre pour la lutte antitabac, 20 mai 2000.

Organisation mondiale de la Santé, Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, rapport du groupe de travail, cinquante-troisième session de l'Assemblée mondiale de la Santé (A/53/12, 26 avril 2000).

Organisation mondiale de la Santé, Convention-cadre pour la lutte antitabac : nouveau texte du Président, Organe intergouvernemental de négociation de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, cinquième session, (A/FCTC/INB5/2, 25 juin 2002).

Organisation mondiale de la Santé, rapport de la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental, Groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (A/FCTC/IGWG/2/7, 5 octobre 2005).



Directives adoptées par la Conférence des Parties pour l'application des articles 5.3, 6, 8, 11, 12, 13 et 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et Directives partielles pour l'application des articles 9 et 10.

Déclaration de Punta del Este sur la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Conférence des Parties, quatrième session, (FCTC/COP4(5), 19 novembre 2010).

Résolution de l'Assemblée générale 66/2 du 19 septembre 2011 (Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles).

Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24) (CRC/C/GC/15), 17 avril 2013.

#### **D. Doctrine**

S. Zhou and J. Liberman, "The Global Tobacco Epidemic and the WHO Framework Convention on Tobacco Control – The Contributions of the World Health Organization's First Convention to Global Health Law and Governance", in G. Luca Burci and B. Toebe (eds.), *Research Handbook on Global Health Law*, Cheltenham, UK, Edward Elgar, 2018, p. 340.

K. DeLand, G. Lien and H. Wipfli, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control and the Tobacco Free Initiative", in A.D. Mitchell and T. Voon (eds.), *The Global Tobacco Epidemic and the Law*, Cheltenham, UK, Edward Elgar, 2014, p. 11.

C. Lo, "Guidelines and Protocols under the framework convention, in A.D. Mitchell and T. Voon (eds.), *The Global Tobacco Epidemic and the Law*, Cheltenham, UK, Edward Elgar, 2014, p. 32.

J. Liberman, "The Power of the WHO FCTC: Understanding its Legal Status and Weight", in A.D. Mitchell and T. Voon (eds.), *The Global Tobacco Epidemic and the Law*, Cheltenham, UK, Edward Elgar, 2014, p. 48.

J. Liberman, "The New WHO FCTC Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products - Challenges Ahead, *ASIL Insights*, vol. 16, 2012, p. 38.

B. McGrady, *Confronting the Tobacco Epidemic in A New Era of Trade and Investment Liberalization*, WHO, Geneva, 2012.

O. A. Cabrera and L.O. Gostin, "Human Rights and the Framework Convention on Tobacco Control: Mutually Reinforcing Systems", *International Journal of Law in Context*, vol. 7, 2011, p. 285.