

The NCD Alliance

Putting non-communicable diseases
on the global agenda



LE TABAC : UN OBSTACLE AU DÉVELOPPEMENT

Le tabagisme est généralement considéré comme un problème de santé publique. Cependant, ses effets sur la pauvreté, notamment dans les pays en développement, sont moins connus. Et cela est capital car les opérations de marketing de l'industrie du tabac font grimper le taux de tabagisme dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, en particulier ceux où la mise en œuvre des principales mesures antitabac a tendance à être lente.

Le tabagisme est plus marqué chez les populations pauvres.¹ Le tabac est de loin la première cause de décès chez les fumeurs, pour la plupart pendant leurs années productives (30 à 69 ans),² réduisant ainsi le revenu du ménage et la capacité de la famille à scolariser et à subvenir aux besoins des enfants. Les dépenses du foyer allouées au tabac induisent une privation ailleurs, souvent pour les produits de première nécessité. Pour ces familles qui vivent avec des revenus très faibles, la moindre ressource accordée à l'achat de cigarettes peut avoir un réel impact sur la santé et la nutrition.³

- En 2005, les foyers indonésiens comptant des fumeurs dépensaient 11,5 % de leurs revenus pour acheter des produits du tabac alors qu'ils n'en consacraient que 11 % à l'achat de poisson, de viande, d'œufs et de lait.⁴
- En 2002, les cigarettes représentaient en moyenne 6,6 % des dépenses des foyers urbains défavorisés dans le Sud-ouest de la Chine contre 11,3 % pour les foyers ruraux défavorisés.^{5 6 7} Les dépenses accordées aux cigarettes entament le budget de l'alimentation et de l'éducation.⁸
- Au Mexique, les 20 % les plus pauvres des ménages consacrent près de 11 % de leur revenu à l'achat de tabac.⁹

Les maladies liées au tabac et les décès prématurés imposent des coûts de productivité élevés aux fumeurs, à leur famille et à l'économie. Les fumeurs sont plus souvent incapables de travailler à cause de leur maladie et travaillent moins d'années du fait de leur vie écourtée. Les opportunités économiques perdues suite aux taux élevés de tabagisme peuvent être dramatiques car la plupart des décès liés au tabac touchent les fumeurs dans leurs années les plus productives.¹⁰ En Russie, par exemple, une perte de productivité estimée à 24,7 milliards d'USD a été constatée en 2006 à cause de décès prématurés dus au tabagisme.¹¹

Les familles défavorisées sont particulièrement vulnérables si l'un de leurs membres tombe malade ou décède jeune. Les coûts médicaux associés au traitement des maladies liées au tabac, telles que les maladies cardiaques et le cancer, appauvrissent davantage ces foyers.^{12 13} Si l'épidémie de tabagisme n'est pas freinée, les sociétés devront non seulement faire face à la progression des MNT liées au tabac mais aussi lutter pour assurer des progrès en matière de traitement des maladies transmissibles.

Objectifs de développement du Millénaire

Lors du sommet du Millénaire qui s'est tenu en septembre 2000, les chefs d'État et de gouvernement du monde entier ont adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, engageant leurs nations dans un nouveau partenariat mondial pour réduire l'extrême pauvreté. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), abrégé ci-après, sont un ensemble d'objectifs à atteindre d'ici 2015 en vue de traiter le problème de l'extrême pauvreté. Le tabagisme entrave le développement de chacun des objectifs de la manière suivante :



International
Diabetes
Federation



International Union Against
Tuberculosis and Lung Disease
Health solutions for the poor



UICC
global cancer control



WORLD HEART
FEDERATION®

Objectif n° 1 : éradiquer l'extrême pauvreté et la faim

La réduction du tabagisme laissera aux familles un budget plus important à allouer aux biens essentiels tels que la nourriture et l'éducation.

Les maladies liées au tabac se traduisent par des coûts de santé élevés supportés par les individus et le gouvernement.

Objectif n° 2 : assurer l'éducation primaire pour tous

Dans les pays où le secteur du tabac est très présent, la pauvreté et le travail des enfants dans cette industrie les empêchent d'aller à l'école.

Objectif n° 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

La prévention de l'épidémie de tabagisme chez les femmes des pays à revenu faible et intermédiaire est capitale pour leurs santé, éducation et évolution.

Objectifs n° 4 et 5 : réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle

Les sommes dépensées pour le tabac privent mères et enfants de nourriture et de soins médicaux adaptés. L'exposition au tabagisme passif est responsable d'au moins 600 000 décès annuels chez les non fumeurs.¹⁸ Près de la moitié de ces décès touchent les femmes et plus d'un quart touchent les enfants de moins de cinq ans.

Objectif n° 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Le tabagisme provoque des complications chez les personnes souffrant du VIH/sida, de tuberculose ou d'autres maladies.

Objectif n° 7 : assurer un environnement durable

La déforestation et l'utilisation de pesticides pour la culture et la fabrication du tabac ont un impact nocif majeur sur l'environnement.

Objectif n° 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement

De nombreuses organisations internationales de développement telles que la Banque mondiale et l'Organisation de coopération et de développement économiques reconnaissent que les maladies liées au tabac sont une charge pour les personnes défavorisées et soutiennent la lutte antitabac à l'échelle mondiale afin de l'alléger.

Le tabagisme est le facteur de risque commun aux principaux groupes de maladies non transmissibles (MNT). L'accélération de la mise en œuvre de la CCLAT est une mesure essentielle pour s'attaquer aux MNT et sauver des vies.

1 Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D et al. (2011) *Systematic review of the link between tobacco and poverty*. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Argentine Cochrane Centre IECs Iberoamerican Cochrane Network for WHO. Geneva: World Health Organization.

2 Peto R, (1994) *Smoking and death: the past 40 years and the next 40*. British Medical Journal 309 (6959) 937-9.

3 Ciapponi A et al. (2011) op. cit.

4 Barber S, Adioetomo S, Ahsan A, et al. (2008) *Tobacco economics in Indonesia*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

5 Wang H. (2006) *The impact of tobacco expenditure on household consumption patterns in rural China*. Social Science Medicine 62:1414-1426.

6 Hu TW, Mao Z, Liu Y, de Beyer J et al. (2005) *Smoking, standard of living and poverty in China*. Tobacco Control. 14:247-250.

7, 8 *ibid*.

9 Sesma-Vázquez S et al. *Tobacco demand in México: 1992-1998*. Salud Publica de Mexico 2002; 44 Suppl 1:s82-s92.

10 World Health Organization (2009) *WHO report on the global tobacco epidemic 2008, The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.

11 Ross H et al. (2008) *Economics of tobacco taxation in Russia*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

12 Liu Y, Rao K, Hu T, et al. (2006) *Cigarette smoking and poverty in China*. Social Science & Medicine. 63(11):2784-2790.

13 Thankappan K, Thresia (2007) *Tobacco use & social status in Kerala*. Indian Journal Med Res. 126:300-308.

14 Ahsan A, Widodo P, Wiyppn N, Fadri P, Nuzul B. (2008) *Socio-economic conditions of tobacco framers and laborers in Indonesia: A case study of three provinces of tobacco main producers*.

15 NIOSH Agricultural Health & Safety Center (1996) *Southeast Center Studies Ways To Prevent Green Tobacco Sickness*. News. 4 August 1996.

16 Brands A and Prakash R. *Bidis and bidi workers. Observations in India*. Geneva, World Health Organization Report, 2002 (unpublished).

17 Eftromson D, ed. *Tobacco and Poverty, observations from India and Bangladesh*. PATH Canada, October 2002.

18 Oberberg M, Maritza J, 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.

L'ILLUSION DE LA CULTURE DU TABAC

Pendant des décennies, les fabricants de tabac ont fait miroiter la culture du tabac comme un bon investissement souvent basé sur des prévisions de prix et des rendements exagérément optimistes, en offrant des incitatifs et des prêts aux cultivateurs pour lancer leurs cultures. Mais lorsque les prix chutent, les agriculteurs se trouvent dans un cycle de dette auprès des fabricants de tabac.¹⁴ En outre, la culture du tabac comporte des risques pour la santé. Ainsi, la culture et le séchage du tabac entraînent de graves maladies¹⁵, compromettant la capacité de l'agriculteur à subvenir aux besoins de sa famille.

D'autre part, la culture du tabac est très intensive en main-d'œuvre et s'effectue généralement sur de petites parcelles de terre. Toute la famille, y compris les enfants, doivent souvent participer aux tâches. Les enfants occupés dans les champs de tabac sont privés d'éducation, aggravant ainsi le cycle de la pauvreté et du faible niveau d'instruction. Ils sont également impliqués dans la production des bidis, des cigarettes d'Asie du Sud roulées à la main. En Inde, malgré l'interdiction du travail des enfants, on estime que 10 % et 5 % des travailleurs de bidis sont respectivement des filles et des garçons de moins de 14 ans. Bon nombre de ces enfants n'ont jamais fréquenté l'école.¹⁶ Au Bangladesh, les enfants de 5 à 15 ans qui travaillent dans l'industrie des bidis roulés à la main n'ont pas pu accéder à l'école : 53 % ne fréquentent aucun type d'école et 40 % n'ont même jamais franchi le seuil d'une école de leur vie.¹⁷

