



Tabac et pauvreté

LES ELEMENTS CLES

- L'épidémie tabagique est en train de se déplacer vers les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.
- Les personnes disposant de faibles revenus ont plus de risques de fumer que celles aux revenus plus importants.
- L'argent dépensé pour le tabac réduit la quantité de revenu disponible pour l'alimentation, les soins de santé, le logement et l'éducation.
- Dans les pays à faible revenu, la consommation de tabac affecte la santé, l'alimentation, l'éducation, l'emploi et l'égalité entre sexes.
- En réduisant la consommation de tabac parmi les personnes démunies, la lutte contre le tabagisme contribue de manière significative à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).



Consommation de tabac, Jakarta, Indonésie © World Lung Foundation, Fondation mondiale du Poumon, Image de la photothèque Santé pulmonaire

La consommation de tabac augmente dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

L'épidémie tabagique est en train de se déplacer des pays riches vers les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, en raison principalement du développement des activités des sociétés multinationales de tabac^{1,2}.

British American Tobacco par exemple, vend 70% de ses cigarettes en Afrique, en Asie, en Europe de l'est et en Amérique latine³.

La consommation de tabac constitue un lourd fardeau pour les gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, car elle accroît les coûts des soins pour la santé, elle induit une perte de change en raison des cigarettes importées et une diversification des terres cultivables vers la culture du tabac⁴.

Elle réduit également la productivité économique et augmente l'absentéisme au travail. En Chine, par exemple, le tabac coûte chaque année à la société environ 5 milliards de dollars (US) : (1,7 milliards \$) en soins médicaux et (3,3 milliards \$) en perte de productivité⁵.

Les personnes disposant de faibles revenus ont un risque plus important de fumer.

Les dépenses consacrées pour le tabac accroissent le fossé entre les riches et les pauvres dans la mesure où la prévalence tabagique est plus élevée parmi les personnes pauvres, et celles-ci consacrent une proportion plus importante de leurs revenus pour le tabac par rapport aux personnes financièrement aisées^{6,7}. Les 20% des ménages les plus pauvres au Mexique dépensent près de 11% des revenus du ménage pour le tabac⁸.

Les dépenses pour le tabac représentent une perte d'argent qui aurait pu être affecté à des biens fondamentaux tels que l'alimentation, l'éducation et les soins de santé. En Indonésie, les familles pauvres dépensent 22% de leur revenu mensuel pour les cigarettes^{6,7}.

La consommation de tabac affecte les personnes vivant dans les pays à faible revenu de multiples façons.

Santé

Les fumeurs des pays à faible revenu sont plus lourdement pénalisés par les problèmes de santé et les coûts associés aux maladies attribuables au tabagisme, à l'invalidité et à la mort prématurée. Les familles des fumeurs doivent supporter nombre de ces coûts. Si la personne qui entretient

financièrement la famille est dans l'impossibilité de travailler en raison de sa maladie liée au tabagisme, ou si il ou elle décède, les revenus de la famille disparaissent souvent ainsi que la possibilité de se nourrir. Avoir à payer les soins médicaux peut également aggraver la pauvreté de la famille^{4, 10}.

Alimentation

La consommation de tabac peut conduire à la malnutrition. Au Bangladesh, l'argent dépensé pour le tabac pourrait être utilisé à l'achat de suffisamment de nourriture pour pouvoir sortir 10,5 millions d'enfants de leur état actuel de malnutrition⁷. La somme dépensée pour les cigarettes par les fumeurs au Vietnam, 416,7 milliards de dollars \$, est suffisante pour nourrir 10,6 – 11,9 millions de personnes chaque année. Au Cambodge, avec l'argent dépensé pour le tabac, on pourrait acheter suffisamment de riz pour nourrir 39% de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté⁶.

Education

Les familles disposant de faibles revenus dépensent souvent davantage d'argent pour le tabac que pour l'éducation. Par exemple, au Vietnam on dépense 2,3 fois plus pour le tabac que l'éducation¹¹ et au Bangladesh, c'est 10 fois plus⁷.

Emploi

De nombreux pays ont été contraints de réduire ou de supprimer leurs subventions aux planteurs de tabac. Cette situation ainsi que la dévaluation de monnaies ont conduit les planteurs à accepter des prêts proposés par les compagnies multinationales de tabac. Nombre d'entre eux se sont gravement endettés en essayant de rembourser leurs prêts¹². Les hommes, les femmes et les enfants qui cultivent le tabac sont exposés à de longues heures de travail, harassantes et à la pauvreté. Au Malawi par exemple, on estime la valeur de travail des enfants à 10 millions de US\$¹³.

La diminution de la consommation de tabac peut permettre une augmentation de l'emploi ainsi qu'une amélioration de la santé des personnes et une diminution de la pauvreté¹⁴.

Inégalité entre sexes

La consommation de tabac affecte la santé des femmes, ce qui remet en cause leurs perspectives pour une égalité économique et une égalité entre les sexes¹⁵.

Les femmes représentent un marché essentiel, en croissance pour l'industrie du tabac, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire¹⁶. Actuellement 9% des femmes issues de ces pays fument, mais si les tendances actuelles se poursuivent, d'ici 2015, 20% d'entre elles environ fumeront¹⁷.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMS) et la Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) de l'OMS

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement, adoptés par les Nations Unies et les états membres, fixent des objectifs globaux de réduction de la pauvreté et encouragent le développement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire¹⁸. La lutte contre le tabagisme a un rôle important à jouer pour parvenir à la réalisation de ces objectifs.

La lutte contre le tabagisme peut contribuer, de nombreuses manières, à réaliser les objectifs du millénaire pour le développement:

- En réduisant la quantité d'argent dépensé pour le tabac plutôt que pour l'alimentation (OMD 1)
- En encourageant le transfert des dépenses du tabac vers les besoins fondamentaux des familles en soins et éducation (OMD 1, 2, 3, 4, 5)
- En réduisant le nombre d'enfants qui ne sont pas en mesure d'aller à l'école parce qu'ils travaillent à la culture du tabac ou à la fabrication manuelle des produits du tabac (OMD 2)
- En réduisant le nombre de femmes qui fument et sont exposées au tabagisme passif (OMD 3)
- En réduisant l'exposition de toute la population, notamment les enfants et les femmes enceintes, à la fumée passive (OMD 4 et OMD 5)
- En réduisant la mortalité par VIH/SIDA et par tuberculose qui sont liés à la consommation de tabac (OMD 6)
- En réduisant les dégâts sur l'environnement qui résultent de la culture du tabac, son séchage, sa consommation et la mise à disposition de ses produits (OMD 7)
- En établissant des coalitions efficaces de lutte contre le tabagisme (OMD 8)

Améliorer la santé, le statut social, environnemental et économique de toute la population au travers de politiques efficaces de lutte contre le tabagisme contribue à l'effort global de mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Parmi les politiques de lutte contre le tabagisme comprises dans la Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) de l'OMS, l'augmentation des taxes (et l'augmentation générale des prix du tabac) a démontré son efficacité pour réduire de manière significative la consommation de tabac et les dépenses pour les produits du tabac parmi les personnes économiquement défavorisées¹⁹.

En offrant un cadre pour la mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabagisme à un niveau national, régional et international, la CCLAT souligne les étapes requises pour les gouvernements pour adopter des politiques efficaces de lutte contre le tabagisme et réduire la pauvreté.

Cette fiche technique a été réalisée en collaboration avec Smokefree Partnership (Europe).

LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT²⁰

- **OMD 1.** Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim
- **OMD 2.** Parvenir à une éducation primaire universelle
- **OMD 3.** Promouvoir l'égalité entre les sexes et renforcer le rôle des femmes
- **OMD 4.** Réduire la mortalité infantile
- **OMD 5.** Améliorer la santé maternelle
- **OMD 6.** Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies (y compris la tuberculose)
- **OMD 7.** Veiller à la préservation de l'environnement
- **OMD 8.** Mettre en place un partenariat global pour le développement

Pour plus d'informations, merci de consulter les sites www.theunion.org
www.tobaccofreeunion.org tobaccofreeunion@theunion.org

08

¹ Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The tobacco atlas (3rd ed.). Atlanta, GA: American Cancer Society, 2009. www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_TobaccoAtlas_3rd_Ed.asp

² Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: The World Bank, 1999. www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm

³ Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. Bull World Health Organization 2000;78:902-10 www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10994263&dopt=Abstract (Abstract).

⁴ Tobacco and poverty: a vicious circle. World Health Organization, Geneva, 2004. www.ingcat.org/linked_files/Poverty_en.pdf

⁵ Hu T-w, Mao Z, Shi J, Chen W. Tobacco taxation and its potential impact in China. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2008. www.tobaccofreeunion.org/content/en/217/

⁶ The collaborative funding program for Southeast Asia tobacco control research regional research. Report on tobacco. Southeast Asia Tobacco Control Alliance, 2007. www.seatca.org

⁷ Efroymson D, Ahmed S, Townsend J, Alam S, Dey A, Saha R et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh. Tob Control 2001;10:212-217. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11544383

⁸ WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html

⁹ National Health Survey 2008 (Susenas 2008), National Institute for Health Research and Development, Ministry of Health, Jakarta, Indonesia.

¹⁰ Hu T-w, Mao Z, Shi J, Chen W. Tobacco taxation and its potential impact in China. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2008. www.tobaccofreeunion.org/content/en/217/

¹¹ Hoang M, Thu L, Tuan T, Van Kinh H, Efroymson D, FitzGerald S. Tobacco over education: an examination of the opportunity losses for smoking households. HealthBridge Vietnam, 2005.

¹² Golden leaf, barren harvest. The costs of tobacco farming. Campaign for Tobacco-free Kids. Washington, DC, 2001. <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/FCTCreport1.pdf>

¹³ Arcury T, Quandt S. Health and social impacts of tobacco production. J Agromedicine 2006;11:71-81

¹⁴ Warner, K. The economics of tobacco: myths and realities. Tob Control 2000;9:78-89. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1748316/pdf/v009p00078.pdf

¹⁵ Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S. (Eds). Turning a new leaf: women, tobacco and the future. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCEWH) and International Network of Women Against Tobacco (INWAT). Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2006. www.bcccewh.bc.ca/publications-resources/documents/Turning_New_Leaf06-28-06_000.pdf

¹⁶ Kaufman N, Nichter M. The marketing of tobacco to women: global perspectives. In: Samet J, Yoon S (Eds). Women and the tobacco epidemic; Challenges for the 21st century. World Health Organization, 2001. www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf

¹⁷ Amos A, Haglund M. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. Tob Control 2000;9:3-8. www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1748294&blobtype=pdf

¹⁸ United Nations Millennium Development Goals 2015 <http://www.un.org/millenniumgoals/>

¹⁹ The Framework Convention Alliance for Tobacco Control. www.fctc.org