

PRÉVENTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE TABAGISME EN AFRIQUE

UN APPEL POUR UNE ACTION EFFICACE EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET ÉCONOMIQUE



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Une épidémie émergente	2
Gouvernance	4
Priorités concurrentes	4
RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LA LUTTE ANTITABAC	6
LE RÔLE DES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DES PARTENAIRES DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL	7
COMPRENDRE ET DÉJOUER LES TACTIQUES DE L'INDUSTRIE DU TABAC	9
Tactiques économiques de l'industrie du tabac	9
Tactiques politiques de l'industrie du tabac	11
Ciblage des femmes et des jeunes	12
<i>Ciblage des femmes</i>	12
<i>Ciblage des jeunes</i>	12
SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT	15
Tendances de la consommation de tabac en Afrique	15
Effets sur la santé	19
Conséquences sur le développement	20
Prévention et réduction des effets sanitaires de la consommation de tabac	22
<i>Réduction de la demande par le biais de la politique fiscale</i>	23
<i>Protection contre l'exposition au tabagisme passif</i>	24
<i>Interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage</i>	25
<i>Conditionnement et étiquetage des produits du tabac</i>	25
<i>Éducation, communication, formation et sensibilisation du public</i>	26
PRODUCTION DE LA FEUILLE DE TABAC	28
Conséquences néfastes de la production de tabac	28
<i>Effets sur la santé</i>	28
<i>Effets sur l'environnement</i>	29
<i>Effets socio-économiques</i>	30
Atténuation des effets néfastes de la production de tabac	31
<i>Autres moyens de subsistance</i>	31
<i>Protection de l'environnement</i>	32
RECOMMANDATIONS PRIMORDIALES	33
RÉFÉRENCES	35
REMERCIEMENTS	45

ACRONYMES

ATSA	African Tobacco Situation Analysis (Analyse situationnelle du tabac en Afrique)
AU / UA	African Union / Union africaine
CTFK	Campagne pour une enfance sans tabac
DALYs / AVCI	Disability-Adjusted Life Years / Années de vie ajustées en fonction de l'incapacité
FCA - ACC	Framework Convention Alliance (Alliance pour la Convention Cadre)
FCTC / CCLAT	Framework Convention on Tobacco Control / Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
GATS	Global Adult Tobacco Survey (Enquête sur le tabagisme chez les adultes)
HIV/AIDS / VIH/SIDA	Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome / Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
IDRC / CRDI	International Development Research Centre / Centre de recherches pour le développement international
ITGA	International Tobacco Growers' Association (Association internationale des cultivateurs de tabac)
NCD - MNT	Noncommunicable Disease (Maladie Non Transmissible)
NGO / ONG	Nongovernmental Organizations / Organisations non gouvernementales
STEPS	STEPwise approach to Surveillance (Approche de surveillance de l'OMS)
UN / ONU	United Nations / Organisation des Nations Unies
U.S. / É.-U.	United States / États-Unis
VALD	Vision for Alternative Livelihood Development (Vision pour le développement de moyens de subsistance différents)
WHO / OMS	World Health Organization / Organisation mondiale de la santé

INTRODUCTION

« Bien que le tabagisme continue à être la principale cause mondiale de mortalité évitable, il existe des moyens éprouvés et économiques de combattre cette épidémie mortelle. »

—*Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2013*

En avril 2013, le réseau NASAC (Network of African Science Academies) a convoqué une commission d'experts pour analyser les données factuelles, les obstacles et les possibilités se rapportant à la mise en oeuvre et à l'application de mesures de prévention et de lutte antitabac en Afrique. La Commission, composée de 16 experts originaires de 8 pays d'Afrique, s'est réunie pendant 3 jours à Kampala, en Ouganda, son financement étant assuré par l'initiative la campagne pour une enfance sans tabac. Chaque membre distingué de la commission avait été sélectionné pour ses connaissances approfondies du rôle du tabac dans des domaines tels que l'agriculture, la politique, l'économie, les sciences sociales, la santé publique et l'environnement.

La Commission a analysé et évalué les éléments d'information relatifs à la consommation et à la production de tabac, et à leurs effets néfastes sur la santé, l'économie et l'environnement en Afrique. La Commission a également analysé les efforts actuellement en cours visant à prévenir le tabagisme et à lutter contre lui, notamment la situation de l'adoption et de la ratification de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). Sur la base de cette information, la Commission est parvenue à un consensus sur les mesures que les responsables africains et autres parties prenantes devraient prendre pour combattre cette menace croissante. Le présent rapport présente, sur la base des données factuelles, les recommandations de la Commission pour la lutte antitabac en Afrique. Il fournit les grandes lignes des stratégies qui devraient faire figurer en bonne place la politique de lutte antitabac à l'ordre du jour des responsables africains et fait également appel à d'autres groupes, notamment les organisations de la société civile, pour assumer une part de responsabilité dans la défense des plus vulnérables contre les messages trompeurs et perfides de l'industrie du tabac.¹

Une épidémie émergente

¹ Dans le présent rapport, le terme « industrie du tabac » désigne principalement les grosses compagnies multinationales qui achètent la plus grosse partie des feuilles de tabac, mais comprend également les compagnies régionales ou nationales plus petites, qui achètent des feuilles de tabac et fabriquent des produits du tabac, ainsi que les représentants de ces compagnies.

On estime que le tabac tue jusqu'à un sur deux de ses consommateurs. Aucun autre facteur de risque n'est associé à un taux de mortalité aussi élevé et ne cause plus de 500 milliards de dollars par an de dommages économiques (OMS, 2013b). La consommation de tabac diminuant dans les pays à revenu élevé, l'industrie du tabac se tourne progressivement vers les pays à revenus moyens et faibles, particulièrement en Afrique, en Asie et en Europe de l'Est, pour attirer de nouveaux consommateurs. En l'absence de politiques complètes de prévention et de lutte antitabac, on estime que la prévalence du tabagisme va augmenter en Afrique de près de 39 % à l'horizon 2030, pour passer de 15,8 % en 2010 à 21,9 %² — la plus grande augmentation régionale prévue dans le monde (Blecher et Ross, 2013 ; Mendez et al., 2013). Cette augmentation de prévalence, accompagnant une croissance économique prolongée et l'évolution de la dynamique des populations, pourrait conduire au doublement de la consommation de tabac en Afrique dans les 10 années à venir (Baleta, 2010). La morbidité et la mortalité causées par une telle augmentation de la consommation de tabac et du tabagisme passif pourraient avoir des effets dévastateurs sur la santé publique, les efforts de développement et la croissance économique dans les pays africains.

Reconnaissant la menace posée par la consommation de tabac et le tabagisme passif, les États membres de l'OMS ont adopté la Convention-cadre en 2003. Ce traité international prescrit des interventions fondées sur des données factuelles et d'un bon rapport efficacité/coût pour réduire l'offre et la demande de tabac afin de prévenir les maladies, les incapacités et la mortalité causées par le tabagisme (voir tableau 1). La plupart des pays africains ont signé et ratifié la Convention-cadre, mais n'ont pas encore complètement appliqué les interventions décrites dans les dispositions du traité (voir tableau 2). Jusqu'à présent, le nombre relativement faible des fumeurs actuels en Afrique peut expliquer le faux sentiment de sécurité et l'optimisme dans ce domaine, particulièrement dans le contexte de la priorité accordée à d'autres maladies infectieuses et non infectieuses confrontant les nations africaines. Toutefois, une rapide application des interventions décrites dans la Convention-cadre pourrait réduire de moitié la prévalence prévue du tabagisme et réduire les effets d'une épidémie africaine de tabagisme sur la santé, ainsi que les coûts affectant l'économie et les efforts de développement (Blecher et Ross, 2013 ; Mendez et al., 2013).

LA CONSOMMATION DE
TABAC DIMINUANT DANS
LES PAYS À REVENU ÉLEVÉ,
L'INDUSTRIE DU TABAC SE
TOURNE PROGRESSIVEMENT
VERS LES PAYS À REVENUS
MOYENS ET FAIBLES,
PARTICULIÈREMENT EN
AFRIQUE, EN ASIE ET EN
EUROPE DE L'EST, POUR
ATTIRER DE NOUVEAUX
CONSOMMATEURS.

² Une augmentation de 15,8 % à 21,9 % (augmentation de 6,1 %) représente une augmentation de la prévalence de 38,6 %.

TABLEAU I : Récapitulatif des dispositions de la Convention-cadre pour la lutte antitabac

Dispositions	Article
Mesures visant à réduire la demande	
Empêcher l'interférence de l'industrie du tabac en politique	5,3
Mesures financières et fiscales	6
Mesures autres que financières visant à réduire la demande de tabac	7
Protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement	8
Réglementation et divulgation de la composition des produits du tabac	9, 10
Conditionnement et étiquetage (y compris l'utilisation de mises en garde explicites)	11
Éducation, communication, formation et sensibilisation du public	12
Interdiction complète et restriction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage	13
Dépendance à l'égard du tabac et mesures de sevrage tabagique	14
Mesures visant à réduire l'offre	
Élimination du commerce illicite des produits du tabac	15
Restriction de la vente aux mineurs et par les mineurs	16
Appui à des activités de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs de tabac et ouvriers agricoles	17
Protection de l'environnement	
Protection de l'environnement et de la santé des personnes	18

SOURCE : OMS, 2003a.

TABLEAU 2 : Pays africains ayant réalisé la pleine application de certaines mesures de réduction de la demande prescrites par la Convention-cadre de lutte antitabac

Disposition de la Convention-cadre	Critère de réalisation	Pays ayant pleinement réalisé les dispositions de la Convention-cadre
Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention	Des données récentes, représentatives et régulières sont disponibles pour les adultes et les jeunes	Maurice, Togo, Swaziland
Protéger contre la fumée de tabac	Tous les endroits publics sont complètement non-fumeurs	Burkina Faso, Tchad, Congo, Namibie, Seychelles
Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac	Service téléphonique national pour arrêter de fumer, ainsi que des thérapies de substitution à base de nicotine et certains services cliniques d'aide au sevrage, avec remboursement	0
Mettre en garde contre les dangers du tabac : Étiquetage d'avertissement des risques pour la santé	Mises en garde sanitaires explicites de grande taille sur les produits du tabac	Madagascar, Maurice, Niger, Seychelles
Mettre en garde contre les dangers du tabac : Campagnes médiatiques antitabac	Campagne nationale présentant au moins sept caractéristiques appropriées	Madagascar, Maurice, Niger, Seychelles
Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage	Interdiction de toutes les formes de publicité directe et indirecte	Tchad, Érythrée, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Maurice, Niger, Togo
Augmenter la fiscalité sur le tabac	Les taxes représentent plus de 75 % du prix au détail des cigarettes	Madagascar

NOTE : Aux fins de cohérence, l'information présentée dans le tableau repose sur les données du *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2013*. Des détails spécifiques sur les critères de réalisation sont disponibles dans le rapport. Il est possible que d'autres pays aient réalisé une application complète des mesures de la Convention-cadre depuis la publication du rapport 2013.

SOURCE : OMS, 2013d.

Gouvernance

Compte tenu de la puissance et de l'influence de l'industrie du tabac, un engagement et un leadership forts au niveau national, régional et continental sont requis pour assurer la réussite des stratégies de prévention et de lutte antitabac. Au cours des négociations qui ont conduit à la Convention-cadre, les gouvernements africains ont fait preuve d'énergie et d'initiative dans la rédaction du texte du traité (Shafey et al., 2003 ; OMS, 2013d). Dans le cadre de l'engagement envers une « Afrique sans tabac », la majorité des pays africains ont ratifié ou adhéré à la Convention-cadre (Eriksen et al., 2012). Toutefois, en dépit d'un traité international robuste et de politiques bien étoffées fondées sur des données factuelles, les pays africains n'ont pas fait preuve de rapidité dans la création des politiques conformes à la Convention-cadre qu'ils s'étaient engagés à appliquer et dans le financement nécessaire pour des mesures efficaces de prévention et de lutte antitabac.

Priorités concurrentes

Au cours de la dernière décennie, la lutte contre les maladies infectieuses, qui ont été la cause principale de morbidité et de mortalité en Afrique, a reçu une priorité politique et financière par rapport à la lutte contre les facteurs de risque, tels que le tabac, pour les maladies non transmissibles.³ L'Union Africaine (UA) et les États membres individuels se sont engagés à apporter une « réponse africaine efficace visant à réduire le fardeau de la maladie et de l'incapacité » et des améliorations impressionnantes ont été réalisées dans le domaine sanitaire dans tout le continent (UA, 2007, p. 5). La santé des femmes et des enfants s'est améliorée : la mortalité maternelle a diminué de 41 % entre 1990 et 2011, passant de 920 à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes (UNFPA, 2013) et la réduction de la mortalité infantile s'est substantiellement accélérée au cours des 12 dernières années (UNICEF, 2013). Le nombre de décès attribuables au VIH/SIDA a également diminué (32 % entre 2005 et 2011). Treize pays africains ont vu le taux de nouvelles infections par le VIH chuter de plus de 50 % (ONUSIDA, 2012). Les réussites obtenues dans le domaine des maladies infectieuses doivent maintenant s'accompagner d'une lutte contre l'augmentation de la prévalence de maladies non transmissibles sur le continent et leurs facteurs de risque, particulièrement le tabagisme.

Bien que la consommation de tabac et les taux de mortalité attribuables au tabac en Afrique comptent actuellement parmi les plus faibles au monde, cette situation changera au cours de ce siècle si les tendances actuelles persistent. Selon le modèle épidémiologique à quatre phases fréquemment utilisé pour caractériser la progression de l'épidémie de tabagisme (voir figures 1 et 2), l'augmentation continue du tabagisme en Afrique sera suivie par une forte augmentation de la mortalité attribuable au tabac (Lopez et al., 1994 ; Shafey et al., 2003).⁴ La plupart des pays de l'Afrique subsaharienne sont dans les premières phases d'une épidémie de tabagisme chez les hommes et chez les femmes, mais disposent de possibilités utiles d'intervention et de prévention primaire (Eriksen et al., 2012 ; Esson et Leeder, 2004).

³ Les maladies non transmissibles, qui constituent la première cause de mortalité dans le monde, comprennent les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les cancers, le diabète, les maladies gastrointestinales, les maladies rénales, et les troubles neurologiques et mentaux. La consommation de tabac est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et les cancers (OMS, 2011a).

⁴ Le modèle, proposé à l'origine en 1994 par Lopez et ses collègues et adopté par l'OMS et d'autres organismes, identifie les stades de la consommation de tabac et ses effets sur la mortalité, sur la base de plus de 100 années d'observations dans les pays à revenu élevé (Lopez et al., 1994).

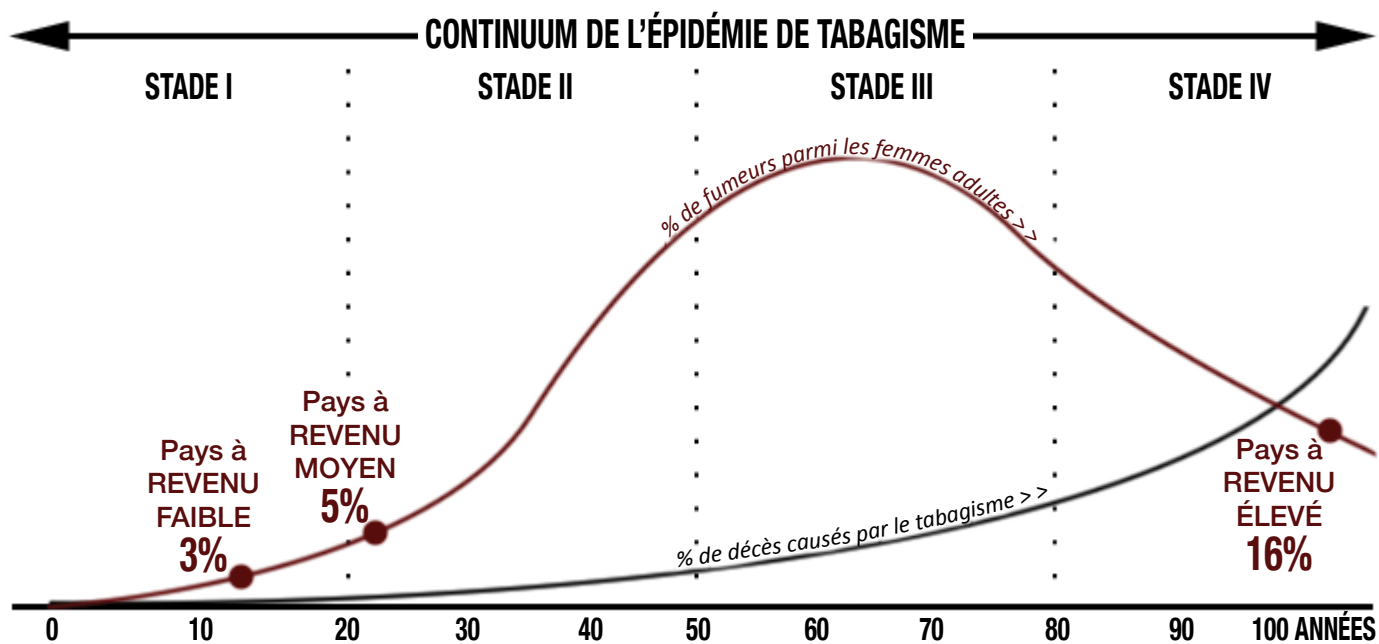


FIGURE 1 : Prévalence du tabagisme chez les femmes (2010) dans le contexte du continuum de l'épidémie de tabagisme.

SOURCE : The Tobacco Atlas, 2013a.

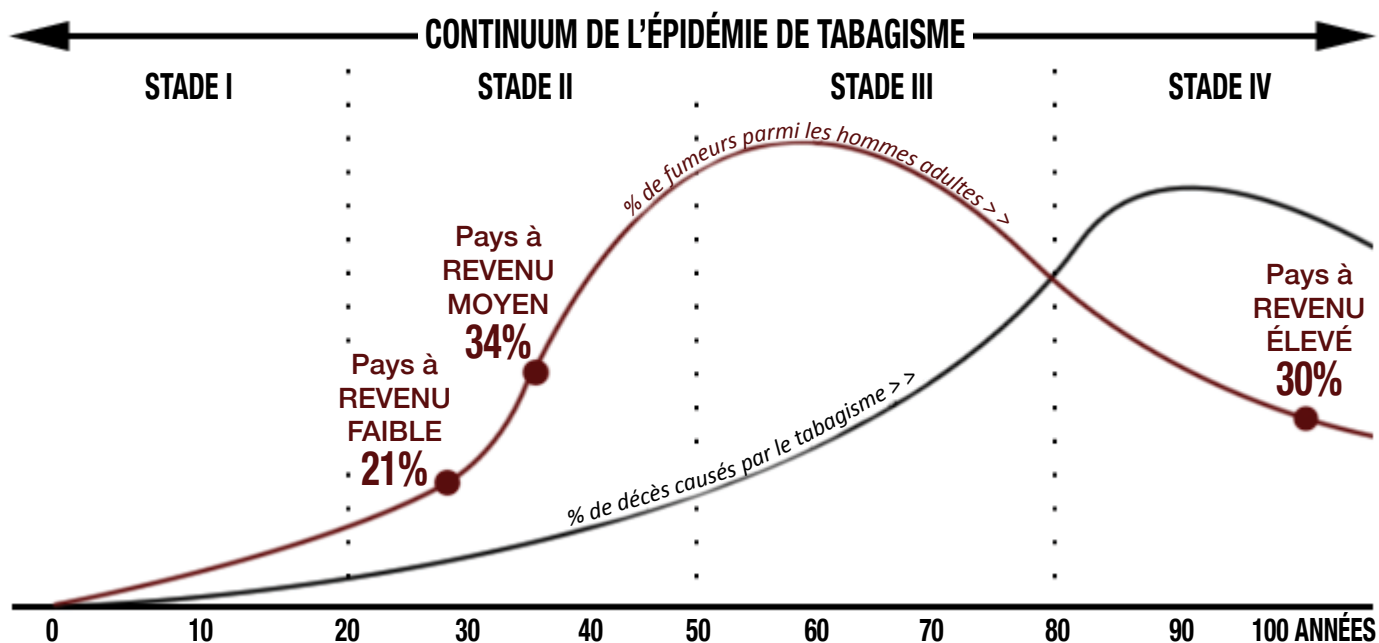


FIGURE 2 : Prévalence du tabagisme chez les hommes (2010) dans le contexte du continuum de l'épidémie de tabagisme.

SOURCE : The Tobacco Atlas, 2013b.

RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LA LUTTE ANTITABAC

En dépit du fait que les interventions visant à réduire la demande de tabac ont un rapport efficacité/coût très élevé, de nombreux pays n'ont pas investi les ressources financières adéquates pour la mise en œuvre de telles interventions. On estime le coût médian d'un ensemble d'interventions dans le cadre de la CCLAT (politique de lieux non-fumeurs, augmentation de la fiscalité sur le tabac, mises en garde sur les emballages, interdictions de la publicité et campagnes dans les médias) entre 0,05 dollar U.S. par habitant et par an dans les pays à revenu faible et 0,15 dollar U.S. dans les pays à revenu moyen supérieur (OMS, 2011b). Cependant, l'OMS estime que seulement 0,003 à 0,011 dollar U.S. est dépensé par habitant et par an pour la lutte antitabac dans les pays à revenu faible et moyen, et que seulement 1 % de l'assistance au développement totale dans le domaine de la santé a été dépensé pour une forme quelconque de prévention des maladies non transmissibles en 2009. Plus de la moitié de cette assistance a été fournie par des partenaires de développement privés (FCA, 2013 ; OMS, 2013b). Au cours des dernières années, toutefois, des groupes de la société civile, des champions et des professionnels de la santé ont propulsé les maladies non transmissibles à l'ordre du jour mondial des efforts dans le domaine de la santé (Alleyne et al., 2013 ; Assemblée générale des Nations unies, 2011). L'attention croissante portée aux maladies non transmissibles a été décrite comme le « mouvement de justice sociale » de la génération actuelle et de nouveaux partenariats public-privé ont été formés pour concentrer l'attention politique et l'appui financier sur la prévention et le traitement des maladies non transmissibles (Adams, 2013 ; Kelly et al., 2012 ; Quick, 2011).

La Commission conclut : Une volonté et une action politiques fortes ont été manifestées par les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine, ainsi que par sa Commission, les communautés économiques régionales et les pouvoirs publics nationaux dans la confrontation des problèmes de santé à grande échelle tels que le VIH/SIDA et la mortalité maternelle et infantile. Bien que les pays africains aient fait preuve d'initiative dans la négociation de la CCLAT et dans la réunion de haut niveau des Nations unies consacrée aux maladies non transmissibles en 2011, et que certains pays aient commencé à mettre en application leurs obligations, on constate un retard général dans tout le continent.

En foi de quoi, la Commission recommande : L'Union africaine devrait s'appuyer sur ses succès précédents dans le domaine de la santé en tirant parti de l'impulsion du mouvement actuel de lutte contre les maladies non transmissibles et montrer la voie de la réduction du tabagisme, particulièrement en raison du fait qu'il est l'une des causes les plus importantes de maladies non transmissibles.

En foi de quoi, la Commission recommande : L'Union africaine devrait encourager les pays n'ayant pas signé la CCLAT d'accéder au traité et ceux qui l'ont signé de le ratifier, et tous les pays devraient commencer ou continuer à appliquer les obligations prioritaires de prévention et de lutte antitabac.

LE RÔLE DES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DES PARTENAIRES DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

En raison de la paucité des ressources et des priorités concurrentielles au sein des secteurs de santé de nombreux pays africains, les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales (ONG) et les partenaires de développement international ont un rôle à jouer dans la lutte antitabac. L'article 4.7 de la CCLAT note que « La participation de la société civile est essentielle pour atteindre l'objectif de la Convention et de ses protocoles. » (OMS, 2003b, p. 6). Pour appuyer cette participation et l'application générale de la CCLAT, l'Alliance pour la Convention-cadre de lutte antitabac (ACC) a été constituée autour de plusieurs centaines d'ONG du monde entier, y compris d'Afrique. Les objectifs de l'ACC sont d'exercer des fonctions d'organe de surveillance et de développer des capacités de soutien des mesures antitabac. Les ONG et autres entités de la société civile peuvent jouer ce rôle et accomplir d'autres fonctions telles que la collecte de données, la surveillance et l'évaluation, et d'autres fonctions de recherche, si elles en ont la volonté et fournissent un soutien adéquat. Les ONG peuvent également jouer un rôle utile dans le développement et la réalisation de campagnes de sensibilisation et d'éducation du public, la mobilisation de ressources financières et techniques, la promotion de l'adoption et de l'application d'une législation efficace, et la dénonciation des tactiques de l'industrie du tabac (Yach et Bettcher, 2000).

Les organisations de la société civile sont des groupes qui expriment les besoins de leurs communautés. Elles peuvent atteindre des populations qui sont inaccessibles aux pouvoirs publics. Comme elles sont indépendantes des gouvernements, elles sont moins sensibles qu'eux aux priorités politiques. Elles peuvent servir d'intermédiaire et de partenaire pour faciliter l'accès à des groupes vulnérables et difficiles à atteindre, et pour éviter les duplications d'effort. Au Ghana, le VALD (Vision for Alternative Livelihood Development) est un organisme de ce type. Le VALD éduque le public sur les effets nocifs de la consommation de tabac et développe les moyens de l'adoption et de l'application de politiques nationales efficaces de lutte antitabac (GNA, 2013 ; VALD, 2010). L'Afrique est dotée de deux centres de ressources de lutte antitabac : le Center for Tobacco Control in Africa et l'Alliance pour le contrôle de tabac en Afrique. Ces centres collaborent avec un ensemble étendu de parties prenantes régionales et nationales afin d'offrir assistance, ressources, support technique et conseils pour l'application de mesures efficaces de lutte antitabac.

Les partenaires de développement international ont fourni une assistance financière et technique pour la prévention et la lutte antitabac en Afrique. Les trois plus gros partenaires de développement international sont l'organisme Bloomberg Philanthropies, la fondation Bill and Melinda Gates et le Centre canadien de recherche pour le développement international (CRDI). En 2008, Michael Bloomberg et Bill Gates se sont alliés pour engager 500 millions de dollars par le biais de leurs organisations afin d'aider les pays en voie de développement à appliquer des politiques antitabac efficaces. Un des objectifs de cette initiative commune est d'aider l'Afrique à empêcher que l'épidémie de tabagisme « prenne racine » (BMGF, 2008, p. 1). Le but est de soutenir et d'accélérer l'application et l'expansion des stratégies éprouvées du programme MPOWER. Le programme MPOWER, introduit

en 2008 par l'OMS, fournit aux États des stratégies pratiques et économiques pour l'application et le suivi des mesures recommandées par la CCLAT (OMS, 2008). En 2008, le CRDI, une société d'État canadienne, s'est jointe à la fondation Bill and Melinda Gates pour appuyer l'initiative Analyses situationnelles du tabagisme en Afrique (ASTA) qui se concentre sur la compréhension des facteurs déterminant de la lutte contre le tabagisme en Afrique, notamment les possibilités, les obstacles, les moyens et l'état de la situation (CRDI, 2013). Au-delà de cette assistance, le CRDI finance d'autres initiatives et activités de recherche antitabac en Afrique.

En foi de quoi, la Commission recommande : Les parties prenantes à la prévention et lutte antitabac devraient développer des mécanismes adéquats en vue d'une meilleure coordination et collaboration aux niveaux continental, national et local :

- Les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine devraient diriger au niveau du continent les mesures de prévention et de lutte antitabac, avec l'appui d'un mécanisme de coordination, qui soit hébergé par la Commission de l'Union africaine et qui permette aux États membre de se communiquer leurs progrès, leurs difficultés, leurs possibilités et leurs demandes d'assistance sur une base annuelle.
- Les dirigeants des gouvernements africains devraient développer une approche impliquant l'ensemble de leur pouvoirs publics sous les auspices d'un organisme central, conformément aux dispositions de l'article 5.2(a) de la CCLAT pour coordonner les efforts nationaux de prévention et lutte antitabac, en incluant ceux de la société civile et des participants non gouvernementaux.
- Les organisations de la société civile, ONG, établissements d'enseignement et organismes de recherche devraient établir des partenariats multisectoriels, en collaboration avec les pouvoirs publics locaux et nationaux, pour développer au niveau des communautés des soutiens et des incitations diminuant l'accès et l'exposition au tabac.

POUR QUE LA LUTTE ANTITABAC RÉUSSISSE,
L'UNION AFRICAINE ET LES POUVOIRS PUBLICS
AFRICAINS DEVRONT COMPRENDRE, ÉVITER ET DÉJOUER
LA GAMME DES TACTIQUES UTILISÉES PAR L'INDUSTRIE
DU TABAC POUR SAPER LA SANTÉ, L'ÉCONOMIE ET LE
DÉVELOPPEMENT DE L'AFRIQUE.

COMPRENDRE ET DÉJOUER LES TACTIQUES DE L'INDUSTRIE DU TABAC

Les économies mondiale, nationales et domestiques bénéficient des politiques de lutte antitabac, mais les fabricants de tabac se sont toujours opposés aux efforts de réduction de la consommation. Il existe des données factuelles substantielles dévoilant les tactiques licites et illicites qu'ils emploient pour combattre les efforts de lutte antitabac et réduire l'effet des réglementations existantes (Lee et al., 2012 ; Moodie et al., 2013). Afin de réaliser ses objectifs, l'industrie du tabac a mis en œuvre des stratégies commerciales économiques, politiques et ciblées à l'échelle mondiale. Pour que la lutte antitabac réussisse, l'Union africaine et les pouvoirs publics africains devront comprendre, éviter et déjouer la gamme des tactiques utilisées par l'industrie du tabac pour saper la santé, l'économie et le développement de l'Afrique.

Tactiques économiques de l'industrie du tabac

Afin d'augmenter ses bénéfices financiers, l'industrie du tabac utilise régulièrement des stratégies économiques légales et illégales d'expansion des marchés du tabac visant à encourager sa consommation (Lee et al., 2012). La mondialisation et la libéralisation économique ont créé pour l'industrie du tabac de nouvelles possibilités de consolider sa puissance par le biais de fusions et d'acquisitions transnationales. L'industrie est maintenant contrôlée en grande partie par quatre sociétés multinationales qui ont amassé une influence financière, politique et sociale importante : British American Tobacco, Imperial Tobacco Group, Japan Tobacco International et Philip Morris International (Joossens and Gilmore, 2013 ; Lee et al., 2012). Dans un environnement de plus en plus mondialisé, de nombreux pays à revenu faible et moyen ont adopté des politiques économiques plus libérales et des accords commerciaux conduisant à des marchés plus ouverts, alors que le développement économique mondial y a simultanément augmenté le pouvoir d'achat. Les cigarettes devenant de plus en plus abordables dans ces pays, les stratégies de l'industrie du tabac ont eu du succès. De 1997 à 2009, les ventes de tabac ont augmenté de 2 % par an dans ces pays, contrairement à 0,1 % dans les pays à revenu élevé (Li and Guindon, 2013 ; Moodie et al., 2013).

Dans tout le continent africain, les fabricants de tabac internationaux ont convaincu de nombreux gouvernements que la culture du tabac et la fabrication de ses produits conduiraient à une croissance économique. Les fabricants de tabac continuent à promouvoir l'idée de l'« or vert », c'est à dire que le tabac constituerait une culture commerciale durable et que la production de tabac emploierait un personnel important. Les effets bénéfiques sur l'économie sont ainsi un de leurs principaux arguments (Jha et Chaloupka, 2000 ; Lee et al., 2012). Les fabricants de tabac ont créé des lobbies agricoles tels que l'International Tobacco Growers' Association (ITGA), pour promouvoir l'idée de la viabilité de la culture du tabac dans les économies en transition (Otañez et al., 2009). De prime abord, la culture commerciale du tabac apparaît comme une source de revenu lucrative dans les pays

dépendant de l'agriculture, mais un examen plus approfondi révèle un certain nombre de questions relatives aux pratiques contractuelles, aux effets sur l'environnement et les exploitations agricoles, et aux effets nocifs sur la santé, notamment la maladie du tabac vert (Lecours et al., 2012 ; Yach et Bettcher, 2000). Actuellement, les pays africains qui dépendent de la culture du tabac sont parmi les plus pauvres dans le monde et les fabricants de tabac continuent à exploiter les cultivateurs africains tout en aggravant la pauvreté des communautés et des ménages (ASH, 2008 ; Otañez, 2008).

Traditionnellement, les fabricants de tabac participaient activement à la contrebande des produits du tabac sur le continent africain comme un moyen de pénétration des marchés qui, comme l'Ouganda et le Malawi, limitaient les importations de tabac, et dans le but de créer de la demande pour leurs produits (ASH, 2008 ; Joossens et Gilmore, 2013 ; Lee et al., 2012). Le commerce illicite des produits du tabac, qui inclut des produits de contrebande ou fabriqués de manière illicite, continue à poser des difficultés aux pays africains en compromettant l'effort d'amélioration de la santé publique et en contournant la collecte des droits de douane (source de revenu importante pour de nombreux gouvernements africains) (Lee et al., 2012 ; Legresley et al., 2008 ; Transcrime, 2012). Les activités illicites étant difficiles à mesurer, on dispose de peu de données sur l'ampleur du commerce illicite en Afrique, mais des estimations récentes sur le commerce illicite des cigarettes suggèrent que 6 à 12 % de leur consommation est illicite dans les pays à revenu faible ou moyen (Jha et al., 2006 ; Joossens et Raw, 2012). Certains fabricants de tabac se sont engagés à contribuer à la réduction du commerce illicite des produits du tabac, mais comme ces mêmes sociétés sont connues pour ignorer les frontières et les législations nationales au profit de leurs bénéfices commerciaux, ces promesses doivent être évaluées avec prudence (Joossens et Gilmore, 2013 ; Legresley et al., 2008).

L'article 6 de la CCLAT prévoit que les Parties doivent évaluer l'interdiction ou la restriction de la vente et de l'importation de produits du tabac en franchise de droits et de taxes (OMS, 2003a), et, en novembre 2012, les Parties à la CCLAT ont adopté le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, visant ainsi à résoudre ce problème de manière plus complète. Les mesures comprennent l'adoption de règlements efficaces d'interdiction et de suivi, l'augmentation des effectifs des autorités nationales chargées de la détection et de l'interdiction du commerce illicite, l'établissement d'une coopération sous forme d'échange de techniques et d'informations, et l'allocation de ressources financières selon le besoin (NU, 2012). Le Protocole, actuellement ouvert à la signature, n'est pas encore entré en vigueur.

La Commission recommande : Les pays devraient signer et ratifier le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

Tactiques politiques de l'industrie du tabac

Pour parer les stratégies de prévention et de lutte antitabac, l'industrie du tabac prend une part active à la vie politique nationale et transnationale, diffuse délibérément des informations erronées et a financé des recherches biaisées visant à tromper le public sur les effets du tabac (Lee et al., 2012 ; Moodie et al., 2013). Au sein des pays, les fabricants de tabac locaux et internationaux mènent auprès des responsables politiques des campagnes d'opposition à la réglementation du tabac et, dans certains pays, les dirigeants de sociétés de tabac occupent des postes de haut niveau au sein du gouvernement ou des organismes consultatifs nationaux (Goma et al., 2011 ; KTSA Consortium, 2011 ; Ouedraogo et al., 2011). L'industrie du tabac, qui dépense chaque année des millions de dollars pour influencer la législation, a constitué des groupes « porte-parole » s'opposant aux politiques de lutte antitabac en prétendant procéder d'une perspective indépendante (Eriksen et al., 2012). En Zambie, il est connu qu'un fabricant de tabac offre des incitations aux responsables politiques et a même proposé une réglementation moins contraignante à la place des politiques de lutte antitabac (Goma et al., 2011). Au Kenya, les fabricants de tabac se sont portés devant les tribunaux pour combattre l'application de la législation de lutte antitabac (KTSA Consortium, 2011). Afin de saper le soutien de l'électorat pour la réglementation antitabac, l'industrie a également payé des scientifiques et professionnels de la santé pour publier de la recherche biaisée afin de contrer l'information sur les effets nocifs du tabac (Lee et al., 2012). Dans les années 1990, le chef des services de santé du Malawi a écrit pour une revue éditée par un consultant de l'industrie du tabac un article prétendant que « les décès et maladies liées au tabac sont principalement un problème des sociétés affluentes » (Eriksen et al., 2012, p. 63).

Les fabricants de tabac trompent fréquemment leurs consommateurs et font de gros efforts pour rehausser leur image. Publiquement, les fabricants de tabac prétendent reconnaître que leurs produits « présentent un risque » et semblent convenir du besoin d'empêcher les jeunes de commencer à fumer, tout en continuant en privé à explorer les moyens d'exploiter les propriétés dépendogènes du tabac. Dans certains pays africains, tels la Zambie et l'Érythrée, les fabricants de tabac font des dons charitables et mettent l'accent sur leurs actions sociales pour détourner l'attention des effets nocifs de leurs produits (Goma et al., 2011 ; Tsighe et al., 2011).

Si les stratégies opposant les efforts économiques et politiques de l'industrie du tabac visant à saper la lutte antitabac peuvent avoir de bons effets au niveau national, elles nécessitent une coordination et collaboration multinationale et régionale à un niveau tel que l'Union africaine et les Nations Unies.

En foi de quoi, la Commission recommande : Les pouvoirs publics devraient reconnaître l'existence d'un conflit d'intérêt irréconciliable entre la santé publique et l'industrie du tabac. Conformément à l'article 5.3 de la CCLAT et de ses directives d'application, ils doivent « veiller à ce que ces politiques [de santé publique] ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac », notamment en se séparant de leurs activités dans le secteur de la fabrication du tabac, en veillant à la transparence des communications et interactions entre les pouvoirs publics et les fabricants de tabac, en obligeant les fabricants de tabac à divulguer leurs activités de lobbying, de financement et de commercialisation, et en refusant les contributions volontaires, les projets de législation ou œuvres sociales provenant de l'industrie du tabac.

POUR PARER LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION ET DE MAÎTRISE DU TABAGISME,
L'INDUSTRIE DU TABAC PREND UNE PART ACTIVE À LA VIE POLITIQUE NATIONALE ET
TRANSNATIONALE, DIFFUSE DÉLIBÉRÉMENT DES INFORMATIONS ERRONNÉES ET A FINANCÉ
DES RECHERCHES BIAISÉES VISANT À TROMPER LE PUBLIC SUR LES EFFETS DU TABAC.

Ciblage des femmes et des jeunes

Ciblage des femmes

Les bénéfices commerciaux de l'industrie du tabac dépendant du nombre de personnes consommant régulièrement du tabac, le recrutement de nouveaux consommateurs est essentiel à l'augmentation des profits. En Afrique, l'industrie du tabac cible les femmes et les jeunes dans le but de recruter de nouveaux fumeurs (Lee et al., 2012 ; Njournemi et al., 2011 ; Pampel, 2008). Traditionnellement, les fabricants de tabac conçoivent leurs produits et leur publicité de manière à faire apparaître le tabagisme comme une activité « banchée » et socialement admissible. Ils cherchent maintenant de plus en plus à accroître leur part de marché dans des catégories où peu de personnes fument.

Les femmes, en particulier, ont été la cible d'un effort de commercialisation jouant sur un appel psychologique et social. Dans le cadre d'une évaluation de documents et publicités de l'industrie du tabac, des chercheurs ont noté que les publicistes de celle-ci identifient des valeurs fondamentales telles que « l'acceptabilité sociale », « le temps personnel » et la « camaraderie féminine » et proposent des marques spécifiques jouant sur ces messages (Anderson et al., 2005, p. 128). Plus récemment, dans les pays à revenu faible ou moyen en particulier, l'industrie du tabac a associé ses marques aux idéaux occidentaux et à la notion d'ascension sociale (OMS, 2007), pour attirer une nouvelle génération de femmes disposant d'un meilleur pouvoir d'achat et exposées davantage à la mondialisation.

La Commission conclut : Les femmes sont non seulement disproportionnellement affectées par les effets du tabac (comme il est montré ci-après dans le rapport), mais sont également la cible de messages subliminaux conçus par l'industrie du tabac pour présenter le tabagisme comme un élément de l'habilitation des femmes et de l'évolution des normes sociales.

Ciblage des jeunes

Entraîner les jeunes à fumer assure la création d'une nouvelle génération de consommateurs qui seront probablement des acheteurs pendant toute leur vie (Doku, 2010) ; les jeunes qui commencent à fumer avant l'âge de 14 ans ont moins tendance à arrêter de fumer et, par conséquent, plus tendance à fumer pendant leur vie adulte que ceux qui ont commencé à fumer après l'âge de 16 ans (Breslau et Peterson, 1996). Dans plusieurs pays d'Afrique, la publicité pour le tabac cible spécialement les jeunes en associant les cigarettes aux films cinématographiques, à l'attirance sexuelle, au bien-être et au sport (OMS, 2011a). On peut voir les logos des fabricants de tabac sur les terrains de basketball et de football, et des vendeuses de cigarettes (généralement jeunes et jolies) dans les boîtes de nuit (Doku, 2010, p. 202; Ouedraogo et al., 2011). Les films et programmes de télévision contiennent souvent des scènes présentant l'acte de fumer comme étant une activité attirante de la part de personnes

branchées (Doku, 2010). Si certains pays interdisent la publicité directe et indirecte, les promoteurs du tabac continuent à trouver des moyens détournés d'atteindre les femmes et les jeunes dans le but d'augmenter leur part de marché au sein de ces groupes (Njournemi et al., 2011 ; OMS, 2011a). La plupart des pays africains n'interdisant pas complètement la publicité pour le tabac, les jeunes indiquent souvent qu'ils entendent des publicités à la radio ou voient des affiches publicitaires le long des routes, qu'ils constatent des activités de parrainage au cours de manifestations publiques ou même qu'ils reçoivent des cigarettes de la part de représentants des fabricants de tabac (CDC, 2013a,b). En 2008, un reportage de la BBC dévoilait le contournement de nombreuses interdictions et réglementations, les promoteurs locaux du tabac soutenant la vente de cigarettes individuelles, faisant de la publicité au cours d'événements musicaux et collaborant avec des célébrités à la vente de vêtements de marque au Malawi, à Maurice et au Nigeria (BBC News, 2008).

Le préambule de la CCLAT note que les Parties à la Convention-cadre ont le droit (et l'obligation selon l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et à la Convention relative aux droits de l'enfant) de protéger la santé publique et qu'elles sont préoccupées par le fait que ceux qui commencent à fumer sont de plus en plus jeunes. Par conséquent, l'article 4 de la CCLAT suggère que « Chacun doit être informé des conséquences pour la santé, du caractère dépendogène et du risque mortel de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac » (OMS, 2003a, p. 5). Si les preuves des effets du tabac sur la santé sont écrasantes et si ses autres effets sont de plus en plus évidents, cette information n'a

pas encore atteint tous les segments de la société (Dillon et Chase, 2010 ; Nsereko et al., 2008 ; Owusu-Dabo et al., 2011 ; Salaudeen et al., 2011). Une étude sur l'âge auquel les jeunes commencent à fumer dans sept pays africains a révélé que 15,5 % des écoliers avaient fumé une cigarette avant l'âge de 14 ans (Peltzer, 2011b). Les adolescents et les jeunes ont droit aux informations concernant les effets nocifs du tabac, ainsi que les tactiques utilisées par les fabricants de tabac pour promouvoir la désinformation. Si la littérature ne documente pas clairement l'effet des programmes de prévention du tabagisme dans les écoles (Thomas and Perera, 2008), les interventions qui se contentent de diffuser de l'information ne se sont pas révélées être des moyens efficaces de changer

les comportements liés à la santé (Jepson et al., 2010 ; Robertson, 2008). Toutefois, la connaissance est un élément essentiel de programmes plus étendus conçus pour modifier le comportement (NCI, 2008 ; Wakefield et al., 2010). Il a été montré que certains programmes d'éducation sanitaire améliorent les connaissances relatives aux effets nocifs du tabac et, en modifiant les attitudes et les convictions, aident à dénormaliser l'admissibilité du tabac et de l'industrie du tabac (Lotrean et al., 2010 ; Salaudeen et al., 2011). Les données factuelles suggèrent que les campagnes d'information dissuadent fortement les jeunes de commencer à fumer et que leurs effets peuvent être renforcés lorsqu'elles sont combinées avec des interventions ciblant particulièrement la jeunesse, notamment dans les établissements d'enseignement (Wakefield et al., 2010). Dans un climat où l'industrie du tabac investit beaucoup dans le recrutement de nouveaux fumeurs, la diffusion d'informations cohérentes provenant de plusieurs sources sur les effets nocifs du tabac donne aux jeunes les outils dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé.

LES ADOLESCENTS ET
LES JEUNES ONT DROIT AUX
INFORMATIONS CONCERNANT
LES EFFETS NOCIFS DU TABAC,
AINSI QUE LES TACTIQUES
UTILISÉES PAR LES FABRICANTS
DE TABAC POUR PROMOUVOIR
LA DÉSINFORMATION.

La Commission conclut : La jeunesse représentant le plus gros marché potentiel pour le tabac, le taux de prévalence de tabagisme chez les jeunes continuera à augmenter en fonction des encouragements qu'ils reçoivent de l'industrie du tabac pour commencer à fumer.

En foi de quoi, la Commission recommande : Les organisations de la société civile (à l'exception de celles de l'industrie du tabac et de ses alliés) devraient collecter des données concrètes dévoilant les tentatives effectuées par les fabricants de tabac pour cibler les femmes et la jeunesse et utiliser ces données pour contrer les tactiques de l'industrie du tabac et sensibiliser les populations vulnérables sur les dangers du tabagisme. Ces données doivent être exploitées par les pouvoirs publics pour renforcer leurs efforts de lutte antitabac.

SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

Les données scientifiques prouvent indiscutablement que la consommation de tabac est une cause principale de morbidité et de mortalité résultant de maladies infectieuses (telles la tuberculose et les infections de la voie respiratoire inférieure), comme de maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, la bronchopneumopathie chronique obstructive et plusieurs types de cancer (Rigotti, 2013 ; OMS, 2012c). Le plus souvent, les décès causés par le tabac abrègent la vie de nombreuses années ; presque la moitié des décès causés par le tabac se produisent entre l'âge de 35 ans et de 69 ans, ce qui correspond à une réduction de la durée de vie de 20 à 25 ans par comparaison avec les non-fumeurs (Jha et al., 2006). Comme il existe un retard de deux à trois décennies entre le pic de prévalence de tabagisme et le pic de mortalité attribuée au tabac, la mortalité continue à augmenter après que la prévalence a commencé à décliner. Le début tardif des maladies liées au tabagisme milite en faveur d'une application précoce des mesures de réduction de la consommation de tabac avant que la morbidité et la mortalité liée au tabac ne se soit largement répandue (Lopez et al., 1994 ; Shafey et al., 2003 ; Thun et al., 2012).

il n'existe pas de niveau de tabagisme qui soit exempt de risque, mais sa cessation confère des avantages pour la santé (HHS, 2010). Les fumeurs qui cessent avant l'âge de 35 ans peuvent éviter beaucoup des risques pour la santé qui sont liés au tabagisme. Par exemple, cesser avant 35 ans « permet d'éviter plus de 90 % du risque de cancer du poumon attribuable au tabac » (Jha et al., 2006, p. 872). Cesser de fumer à tout âge présente des avantages liés à la santé cardiovasculaire, cérébrovasculaire et respiratoire (Abdullah et Husten, 2004 ; Underner et Perriot, 2012), mais les plus gros avantages pour la santé sont liés à une cessation précoce (Jha et al., 2006 ; Thun et al., 2012). Des interventions fondées sur des données factuelles et d'un bon rapport efficacité/coût conduites lorsque la consommation de tabac est faible peut prévenir les effets nocifs du tabagisme et ses conséquences sociales et économiques (BMGF, 2011 ; Lopez et al., 1994).

Tendances de la consommation de tabac en Afrique

En 2011, l'OMS estimait que la prévalence du tabagisme des adultes (hommes et femmes) en Afrique subsaharienne se répartissait entre 5 % au Niger et 34 % au Sierra Leone (voir figure 3) (OMS, 2013c). Dans pratiquement tous les pays, l'écart entre les pourcentages de consommation des hommes et des femmes est significatif, la prévalence estimée des femmes étant inférieure à la moitié de celle des hommes. Les estimations de la prévalence du tabagisme en Afrique vont de 8 % à 48 % chez les hommes adultes et de 0,4 % à 20 % chez les femmes adultes (voir Figure 4). Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, la prévalence du tabagisme chez les femmes africaines adultes ne dépasse 10 % nulle part, à l'exception du Sierra Leone, alors qu'elle n'est inférieure à 10 % pour les hommes adultes qu'au Niger et à Sao Tomé-et-Principe. Si la prévalence est actuellement

inférieure chez les femmes, elle devrait continuer à augmenter alors qu'elle atteindra sa crête et déclinera chez les hommes, particulièrement en raison de la diminution de l'écart de prévalence entre les sexes chez les jeunes (OMS, 2007).

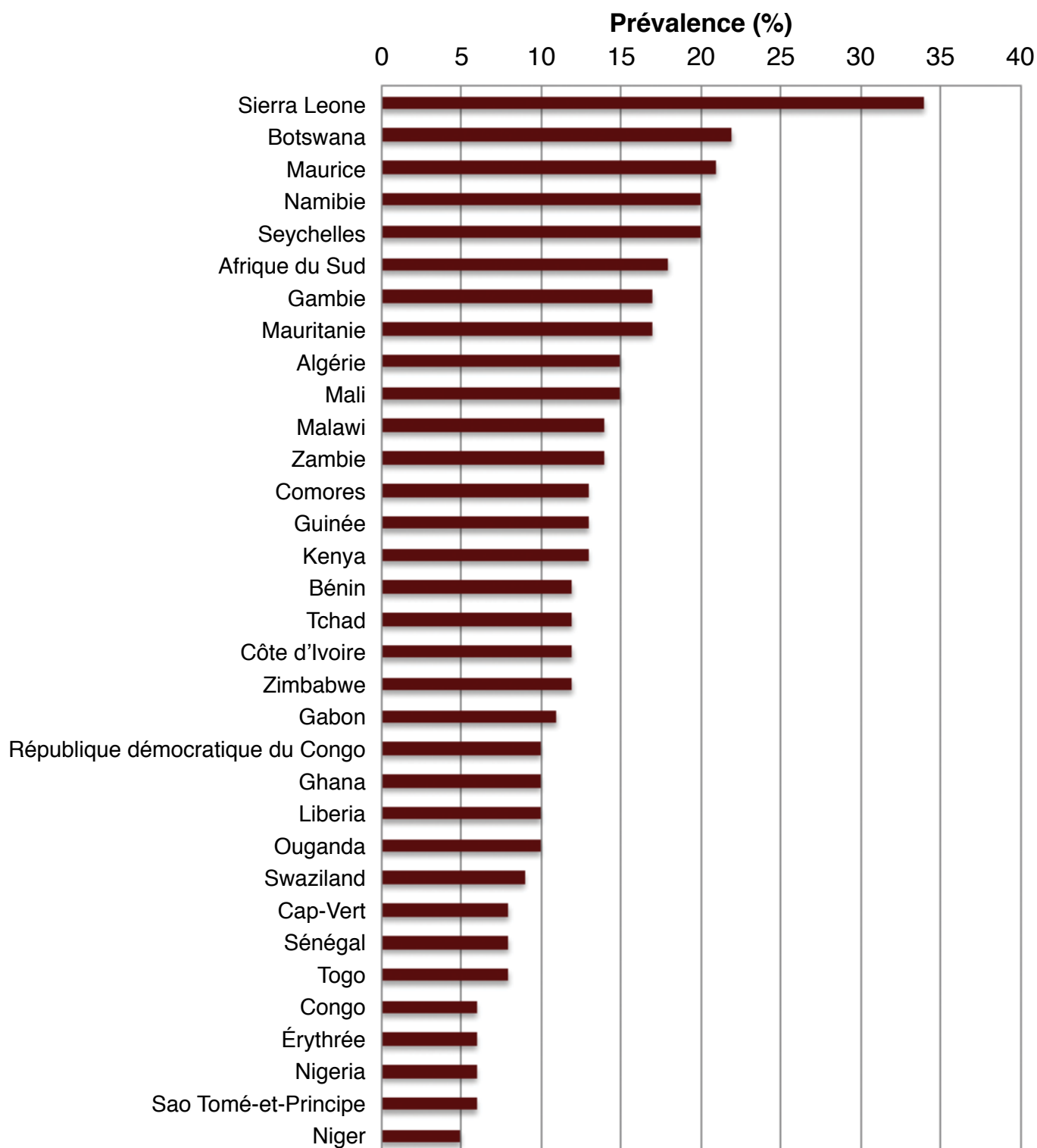


FIGURE 3 : Estimations, standardisées sur l'âge, du tabagisme en Afrique pour toutes les personnes âgées d'au moins 15 ans (2011).

NOTES : Données non communiquées/non disponibles pour l'Éthiopie, la Guinée-Bissau, le Lesotho, Madagascar, la Mozambique, le Rwanda et la République-Unie de Tanzanie.

SOURCE : OMS, 2013c.

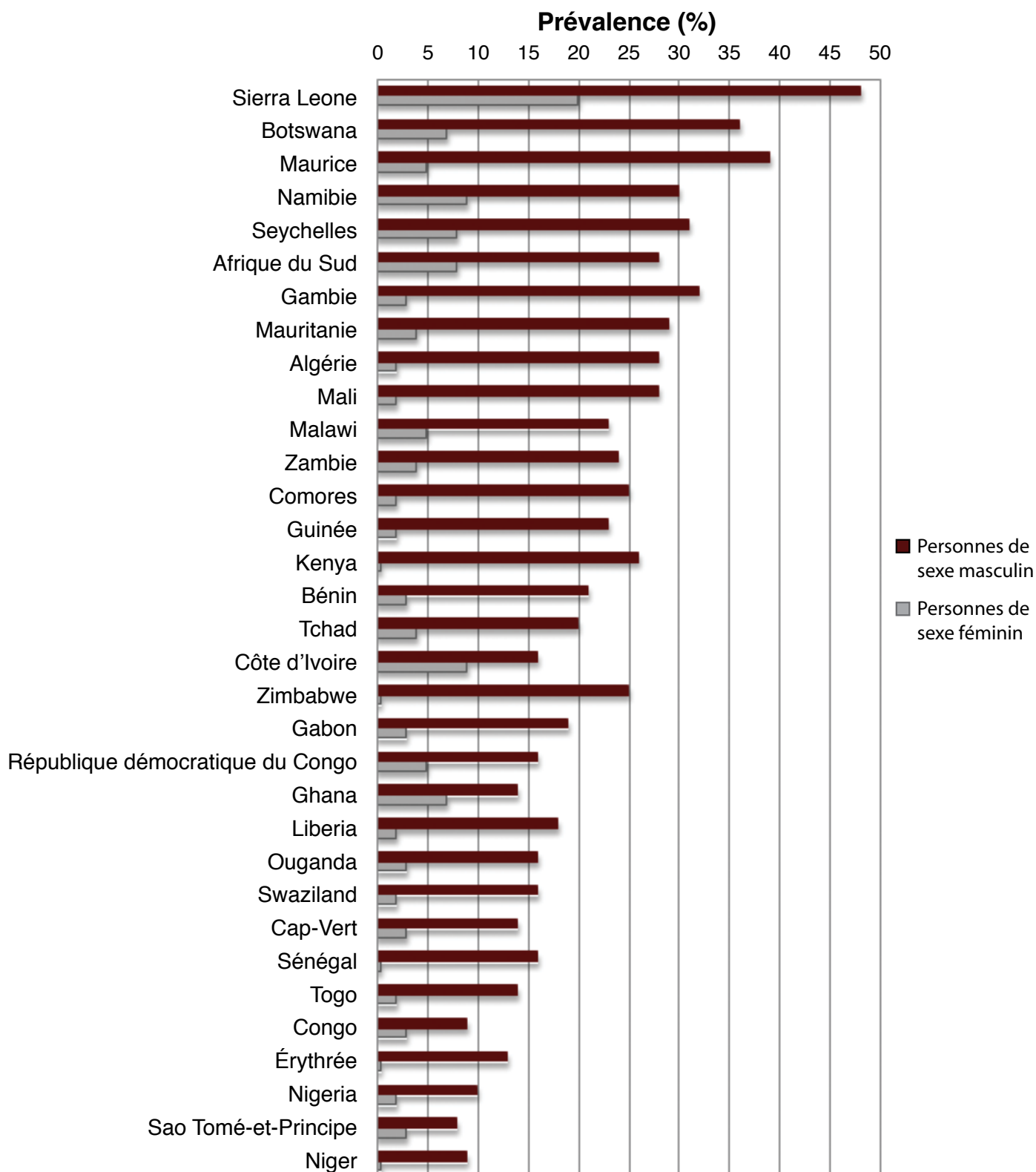


FIGURE 4 : Estimations, standardisées sur l'âge, du tabagisme en Afrique pour les hommes et les femmes âgés d'au moins 15 ans (2011).

NOTE : Données non communiquées/non disponibles pour l'Éthiopie, la Guinée-Bissau, le Lesotho, Madagascar, la Mozambique, le Rwanda et la République-Unie de Tanzanie.

SOURCE : OMS, 2013c.

La prévalence du tabagisme augmentant chez les garçons et les filles, l'écart de prévalence entre les hommes et les femmes se réduit. Dans certains pays, le prévalence chez les filles étant supérieure à celle chez les femmes adultes, l'écart des taux de prévalence entre les personnes du sexe masculin et celles de sexe féminin se réduit par rapport à l'écart des taux entre les garçons et les filles. Par exemple, au Botswana, la consommation de cigarettes actuelle est de 1,5 % chez les femmes, mais 10,9 % chez les filles de 13 à 15 ans. Cette tendance est également présente dans d'autres pays, tels que le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Swaziland, l'Afrique du Sud, la Gambie et plusieurs autres pays pour lesquels des données existent, alors que la consommation de cigarettes chez les garçons ne dépasse pas celle des hommes adultes (Eriksen et al., 2012). La plupart des nouveaux fumeurs sont des adolescents ou jeunes adultes. Les nouvelles générations semblent commencer à fumer plus tôt que les anciennes générations, parfois dès l'âge de 8 ou 9 ans (Market Behaviour Ltd., 1991 ; Peltzer, 2011b ; Townsend et al., 2006). L'initiation du tabagisme chez les jeunes a des répercussions graves pour les priorités sanitaires futures dans les pays africains déjà assaillis par la charge d'autres problèmes de santé (BMGF, 2011), en particulier dans la mesure où les taux de prévalence féminins s'approchent des taux masculins et égalisent le fardeau entre les sexes. Si le fardeau des maladies attribuables au tabac est actuellement faible en Afrique, cela ne sera plus le cas dans la mesure où la consommation de tabac continue à augmenter dans tout le continent.

Malheureusement, peu de pays en Afrique disposent de données complètes sur les tendances de la consommation de tabac et sur ses effets ultérieurs sur la morbidité et la mortalité. La plupart de ces données n'étant que des estimations.⁵ La plupart des pays de la région ne disposent pas de données normalisées et comparables pouvant être séparées par sexe, âge et groupe de risque. Les statistiques africaines sur le tabac sont moins complètes et moins comparables que dans d'autres régions du monde, en partie en raison de sondages de petite taille, non représentatifs ou moins généralisables (Nturibi et al., 2009 ; Pampel, 2008). L'utilisation de méthodologies différentes limite également la possibilité de comparer les données de sondages différents (ILA, 2011). Dans certains pays, de nouvelles enquêtes à plus grande échelle sont en cours. Dès 2009 et 2010, plusieurs pays ont collecté des données sur le tabac en utilisant la méthodologie de surveillance STEPS de l'OMS et, en juin 2013, le Nigeria a publié le premier rapport d'enquête sur le tabagisme chez les adultes dans le monde de la région de l'Afrique subsaharienne (Federal Ministry of Health, 2012a ; OMS, 2011c, 2013a). Trois autres pays, l'Ouganda, l'Afrique du Sud et le Cameroun, ont programmé l'application de la méthodologie des enquêtes sur le tabagisme chez les adultes dans le monde avant 2014, mais la surveillance systématique de la prévalence du tabagisme et la connaissance de ses effets manque toujours dans une grande partie de la région (CLATA, 2012)

Si la réalisation régulière de l'enquête sur le tabagisme chez les adultes dans le monde et de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes serait en mesure de fournir des données complètes sur les tendances de la consommation de tabac et de guider l'application de programmes de lutte antitabac, les pays peuvent également améliorer la collecte des données sur le tabac en modifiant les sources actuelles de surveillance et les données de l'état civil. L'Afrique du Sud est le seul pays dans le monde qui demande systématiquement des informations sur les antécédents tabagiques au cours du processus de signalement des décès. En ajoutant la simple question « Est-ce que la personne décédée fumait il y a 5 ans ? », l'Afrique du Sud a collecté plus de 10 années de données qui ont permis aux chercheurs de réaliser la première grande enquête sur la mortalité attribuée au tabagisme en Afrique (Sitas et al., 2013). L'intégration de questions simples concernant la consommation de tabac dans les enquêtes existantes sur les ménages et les établissements, ainsi que dans les certificats de décès et

18 ⁵ Communication personnelle avec Prabhat Jha, le 18 septembre 2013.

les autopsies verbales est une méthode à faible coût et à incidence élevée de collecte de données sur la consommation de tabac pour la surveillance de son évolution au cours du temps en Afrique.⁶ Un accord sur la nature des questions, leur normalisation et la méthode de suivi des résultats dans tous les pays africains permettrait de comparer les données de chaque pays.

Les efforts d'amélioration de la collecte des données sur la consommation de tabac en Afrique sont louables, mais les données factuelles spécifiques à l'Afrique concernant les effets du tabagisme et la réussite des interventions visant à le combattre manquent également. Beaucoup de données factuelles provenant d'autres pays indiquent que la progression à travers les stades de l'épidémie de tabagisme cause des effets sanitaires, économiques et environnementaux délétères. Il est incontestable que les pays africains doivent agir maintenant pour atténuer ces effets tout en continuant à collecter des données factuelles sur la consommation de tabac et ses effets au sein de l'Afrique, et sur les faits spécifiques à l'Afrique concernant l'application et l'évaluation des interventions stipulées par la CCLAT.

La Commission conclut : Les effets du tabac sur l'être humain sont bien connus et les robustes données prédictives collectées dans d'autres régions, ainsi que les projections de l'augmentation de la consommation de tabac en Afrique indiquent, qu'en l'absence d'interventions, le fardeau de la mortalité et de la morbidité va augmenter sur le continent. Malgré cela, les données factuelles spécifiques à l'échelle du continent sont inadéquates dans certains domaines pertinents, notamment en ce qui concerne les données économiques et environnementales.

La Commission conclut : En dépit d'une prévalence plus faible du tabagisme chez les femmes, celui-ci a un effet néfaste supplémentaire pour elles. Les femmes sont affectées non seulement par les effets directs du tabagisme, mais sont aussi sujettes au tabagisme passif (qui a un effet secondaire supplémentaire sur les femmes enceintes et leur fœtus). Celles qui dépendent d'un chef de famille qui fume sont affectées davantage socialement et économiquement. Elles sont également vulnérables aux effets sur la santé de la production de tabac.

En foi de quoi, la Commission recommande : Les responsables politiques et pouvoirs publics africains devraient utiliser les données factuelles existantes pour informer la conception et l'application de stratégies de prévention et de maîtrise du tabac telles que décrites par la CCLAT. Lorsque des données factuelles supplémentaires sont requises, les communautés de recherche scientifique et établissements d'enseignement africains, en collaboration avec les groupes de la société civile à tous les niveaux devraient créer un ordre du jour de la recherche visant à produire des données spécifiques à l'Afrique qui rehausseront les efforts de prévention et de lutte antitabac en Afrique.

Effets sur la santé

Contenant 69 substances cancérogènes connues en plus de la nicotine, elle-même drogue hautement dépendogène, la fumée de tabac nuit à pratiquement tous les organes du corps (HHS, 2010). En outre, le tabagisme est particulièrement dangereux pour les femmes enceintes et leur fœtus. Il augmente le risque de mort à la naissance et de faible poids de naissance chez les bébés nés de femmes qui fument pendant leur grossesse (CDC, 2012). Le tabagisme cause 12 % de tous

⁶ Communication personnelle avec Prabhat Jha, le 18 septembre 2013.

les décès dans le monde entier et 3 % en Afrique (OMS, 2011a). On estime qu'il cause 71 % de tous les décès dus au cancer du poumon, 42 % des maladies respiratoires chroniques et près de 10 % des maladies cardiovasculaires (OMS, 2011a). Il est aussi responsable de 7 % des décès dus à la tuberculose et 12 % des décès dus aux infections de la voie respiratoire inférieure (OMS, 2012c). Il a été montré que le tabagisme augmente le risque de tuberculose en Afrique (Ramin et al., 2008).

La consommation de tabac est le principal risque comportemental de maladies non transmissibles dans le monde entier (OMS, 2011a). En l'absence de toute tentative de prévention de la consommation de tabac en Afrique, à l'horizon 2030, la consommation de tabac pourrait constituer une proportion significative de tous les décès projetés comme étant dus aux maladies non transmissibles dans la région (Öberg et al., 2010). La mortalité due aux maladies non transmissibles n'étant pas immédiate, la morbidité et les incapacités dues à la consommation de tabac sont élevées et pourraient conduire à des charges excessives pour les familles soignant des membres malades.

Outre les effets directs du tabagisme sur les fumeurs, l'exposition involontaire à la fumée de tabac, ou tabagisme passif, pose un risque substantiel pour la santé de ceux qui ne fument pas (Eriksen et al., 2012 ; OMS, 2011a). Le tabagisme passif cause des maladies et des décès chez les non-fumeurs ; des données factuelles robustes lient l'exposition au tabagisme passif à certaines maladies chez les adultes et chez les enfants. En outre, des données factuelles préliminaires suggèrent que le tabagisme passif contribue à d'autres effets graves sur la santé (Eriksen et al., 2012). Le tabagisme passif peut être particulièrement dangereux pour les femmes et les enfants, qui sont susceptibles d'y être exposés à l'intérieur ou à l'extérieur du foyer et qui n'ont souvent pas les moyens de négocier la possibilité d'utiliser des espaces non-fumeurs (OMS, 2010b). En Afrique, où les logements abritent souvent plusieurs familles ou des parents, environ 20 % à 30 % des jeunes vivent dans une résidence comptant un fumeur (Eriksen et al., 2012). En 2008, une étude portant sur des adolescents sud-africains a montré que 26 % des jeunes scolarisés étaient exposés au tabagisme passif à la maison et 34 % l'étaient en dehors de la maison. Une étude effectuée au Burkina Faso en 2006 a montré que 36 % des jeunes vivaient avec un fumeur et que 50 % étaient exposés au tabagisme passif à l'extérieur de la maison (Ouedraogo et al., 2011).

On estime que 53 000 Africains sont morts de tabagisme passif en 2004. Ces décès ont été principalement dus à des cardiopathies ischémiques chez les adultes et à des infections de la voie respiratoire inférieure chez les enfants. À l'échelle mondiale, 10,9 millions d'années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVCI) ont été attribuées au tabagisme passif en 2004, dont 1,7 million en Afrique. La plupart de cette charge était due à des infections de la voie respiratoire inférieure chez des enfants (Öberg et al., 2010). Les effets du tabagisme passif affectent non seulement la famille, les amis et les collègues, mais aussi ceux qui sont employés dans les endroits publics, tels que les points de vente au détail, les transports publics et les établissements de restauration. L'exposition de ces employés, qui sont souvent des femmes, est non seulement involontaire, mais également d'un niveau élevé.

Conséquences sur le développement

Le tabac menace le développement des pays africains à tous les niveaux de la société (Sachs, 2001). Comme il a été décrit ci-avant, la consommation de tabac est un des facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles, qui sont estimées devoir causer un pourcentage croissant de la morbidité et de la mortalité en Afrique subsaharienne. Au niveau national et provincial ou de district, les effets

les plus directs des maladies non transmissibles se feront ressentir au sein des systèmes de santé. Les maladies non transmissibles sont coûteuses à traiter ; elles nécessitent des prestataires de soins de santé plus spécialisés et des interactions plus continues avec les systèmes de soins de santé que les maladies infectieuses. Les systèmes de santé africains qui sont conçus pour traiter les maladies transmissibles vont nécessiter des investissements importants et, dans certains cas, une reconception pour prendre en charge les besoins de patients souffrant de maladies non transmissibles. En outre, les maladies non transmissibles affectant principalement les adultes et causant souvent un certain niveau d'incapacité, les effets indirects ultérieurs d'une productivité et d'une consommation réduites peuvent avoir des conséquences socio-économiques profondes. Directement ou indirectement, le tabac constitue une menace pour le développement, le soulagement de la pauvreté et le progrès économique (Sachs, 2001). Il existe toutefois des données factuelles montrant que cibler les facteurs de risque pour les maladies non transmissibles par des programmes de promotion de la santé et de prévention peut réduire de plus de moitié la charge de ces maladies et que les efforts de réduction de la consommation de tabac sont particulièrement efficaces (BM, 2011).

Le tabac a également des conséquences délétères pour le développement au niveau du ménage et de la personne. Comme beaucoup de facteurs de risque sanitaire, la consommation de tabac et les charges économiques connexes affectent davantage les populations pauvres et peuvent faire perdurer les situations de niveau d'instruction faible et de malnutrition (Esson et Leeder, 2004 ; OMS, 2004). D'une manière plus directe, les dépenses pour le tabac ont précédence sur les dépenses pour la nourriture et l'instruction. Simultanément, les effets sur la santé de la consommation de tabac augmentent les dépenses requises pour traiter les maladies non transmissibles. Ensemble, ces coûts ont tendance à augmenter les charges sur les personnes et les ménages (Suhrcke et al., 2006 ; Townsend et al., 2006 ; OMS, 2004).

La consommation de tabac peut être une dépendance coûteuse. Dans les ménages les plus pauvres, l'augmentation des dépenses consacrées au tabac peut provoquer la diminution des dépenses affectées à un régime alimentaire adéquat et à la prévention sanitaire pour une personne ou sa famille. Au Ghana, le prix d'un paquet de cigarettes de marque correspond au prix d'un kilogramme de poisson (ASH, 2009) et, au Kenya, un homme doit travailler 2 heures et 38 minutes pour payer un paquet de cigarettes de marque, en comparaison de 1 heure et 49 minutes pour un kilogramme de riz ou 1 heure et 4 minutes pour un kilogramme de pain (OMS, 2004). Au Nigeria, la dépense mensuelle moyenne pour des cigarettes fabriquées suggère que les fumeurs de celles-ci dépensent chaque année près de 10 % du produit intérieur brut par habitant pour des cigarettes fabriquées (Federal Ministry of Health, 2012a,b).

Les conséquences sanitaires de la consommation de tabac affectent aussi financièrement les ménages. Le traitement des effets cardiovasculaires, respiratoires et cérébrovasculaires de la consommation de tabac étant coûteux, l'augmentation des dépenses de santé du ménage peut affecter les achats essentiels (nourriture et logement). Au Malawi, par exemple, un mois de traitement dans le secteur public pour une insuffisance coronaire coûte plus de 18 jours de salaire et un mois de traitement pour de l'asthme coûte plus de 9 jours de salaire (OMS, 2011a). En outre, une incapacité liée à la consommation de tabac peut réduire la capacité d'une personne à gagner sa vie et augmenter ses dépenses. Beaucoup de pays ne sont également pas équipés pour accommoder des personnes souffrant d'incapacités. Enfin, les personnes affectées par des maladies chroniques ont des possibilités réduites. Les maladies non transmissibles sont invariablement liées à une mobilité sociale descendante pour les personnes d'un statut socio-économique moyen ou faible (BM, 2011). Comme il a été noté ci-avant, les maladies non transmissibles ne sont pas limitées à ceux qui consomment des produits du tabac ; les membres de leur

famille, leurs collègues et ceux avec qui ils sont en contact risquent également d'en souffrir par suite de leur exposition au tabagisme passif.

La consommation de tabac emprisonne les personnes dans le cercle vicieux de la pauvreté. Les dépenses consacrées au tabac réduisent les dépenses possibles susceptibles d'améliorer la santé et la nutrition. Les effets directs du tabac sur la santé, ainsi que les effets indirects d'une mauvaise santé causée par le manque d'investissement en nourriture et soins de santé augmentent les dépenses en soins de santé qui réduisent le pouvoir d'achat pour des marchandises susceptibles d'améliorer la santé. La consommation de tabac individuelle et la pauvreté qui lui est liée ont des conséquences nationales et régionales, car l'augmentation de la charge causée par les maladies menace de submerger les systèmes de santé et la réduction de productivité affecte la taille des populations actives et la consommation (ASH, 2009 ; Esson et Leeder, 2004 ; Suhrcke et al., 2006 ; Townsend et al., 2006 ; OMS, 2004).

La Commission conclut : Les preuves que le tabac est une menace pour la santé et le développement sont accablantes. Des données factuelles robustes au niveau mondial montrent qu'il existe plusieurs moyens d'intervention efficaces et d'un bon rapport efficacité/coût, mais des données supplémentaires spécifiques aux pays africains sont requises sur des moyens d'intervention efficaces et d'un coût abordable.

La Commission conclut : Le tabac est le plus important facteur de risque lié au comportement pour les maladies non transmissibles. On prévoit que les maladies non transmissibles seront les principales causes de mortalité et de morbidité en Afrique dans les 20 prochaines années.

Prévention et réduction des effets sanitaires de la consommation de tabac

Compte tenu du caractère hautement dépendogène du tabac (OMS, 2010d), la prévention de la consommation de tabac est le moyen le plus efficace d'éviter les effets nocifs sur la santé du tabagisme actif et passif. L'organisme sanitaire des Académies nationales des États-Unis, The Institute of Medicine, estime que seulement 6 % des fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer y parviennent (IOM, 2012) ; les taux de sevrage sont souvent faibles, même dans les pays dotés de politiques de sevrage fortes (Abdullah and Husten, 2004). La dépendance au tabac est une maladie reconnue par l'OMS dans la dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, la nicotine étant la substance source de la dépendance (OMS, 2010d). Comme les autres dépendances, la dépendance à l'égard du tabac suit un cheminement pathologique spécifique et, si l'initiation dépend de plusieurs facteurs, la dépendance soutient la consommation (Hatsukami et al., 2008). Les politiques et interventions conçues pour réduire la prévalence du tabagisme et la consommation du tabac peuvent cibler n'importe quel stade de la trajectoire de la dépendance au tabac : réduire l'intention de consommer, prévenir l'initiation, réduire la consommation parmi les utilisateurs actuels, aider les personnes à se sevrer et aider les personnes qui ont recommencé à fumer à cesser de nouveau (Moolchan et al., 2007).

Les dispositions de la CCLAT stipulent que les Parties doivent appliquer des interventions efficaces fondées sur des données factuelles capables de réduire la prévalence et la consommation du tabac. Cela inclut des mesures législatives, exécutives et administratives visant à limiter l'exposition à la fumée du tabac, à contrecarrer les efforts de publicité et de commercialisation de l'industrie du tabac, et à éduquer le grand public sur les risques pour la santé de la consommation du tabac et de l'exposition au tabac. Plusieurs de ces dispositions sont décrites dans les sections suivantes.

Réduction de la demande par le biais de la politique fiscale

La taxation reste le moyen le plus efficace de réduire la demande pour les produits du tabac, particulièrement parmi les jeunes et les pauvres. C'est une stratégie importante dans la lutte antitabac (Ayo-Yusuf et Olutola, 2013 ; Chaloupka et al., 2012 ; ILA, 2011 ; OMS, 2010e). La consommation de tabac étant affectée par le prix du produit, les économistes ont reconnu que l'augmentation du prix est l'un des moyens les plus efficaces de réduire les achats (BM, 1999). L'imposition de taxes à un niveau adéquat a un triple effet sur la consommation : elle constitue un obstacle à l'initiation, elle réduit la consommation parmi les fumeurs actuels et elle empêche les anciens fumeurs de recommencer (BM, 1999). Les nouveaux fumeurs, qui sont souvent jeunes, sont les plus sensibles au prix. Comme ne jamais commencer à fumer est la meilleure prévention contre la mortalité et la morbidité, décourager les nouveaux fumeurs est une stratégie essentielle. Si traditionnellement la plupart des données factuelles concernant les effets de la politique fiscale proviennent des pays à revenu élevé, des données plus récentes provenant de pays à revenu faible et moyen ont montré des succès comparables (Chaloupka et al., 2012). Une grosse augmentation des taxes en Afrique du Sud, par exemple, a conduit à une réduction de la prévalence du tabagisme et de la consommation des cigarettes (Ayo-Yusuf and Olutola, 2013 ; Groenewald et al., 2007).

L'article 6 de la CCLAT stipule que les Parties doivent appliquer des politiques fiscales et tarifaires, le cas échéant, visant à réduire la consommation de tabac (OMS, 2003a). Deux types d'imposition directe, les taxes spécifiques et ad valorem, sont appliquées aux produits du tabac. Les taxes spécifiques sont des montants fixes (p. ex., pour chaque cigarette), alors que les taxes à valorem sont fonction de la valeur (p. ex., un pourcentage du prix de gros). D'une manière générale, les données suggèrent que les taxes spécifiques réduisent plus efficacement la consommation que les taxes ad valorem, particulièrement parmi ceux qui disposent d'un budget limité, comme les jeunes et les pauvres (Chaloupka et al., 2012 ; van Walbeek, 2010 ; OMS, 2010e). Les taxes ad valorem laissent la possibilité aux fabricants de tabac de maintenir leurs produits à un prix abordable par une réduction du prix ; comme les taxes ad valorem constituent un pourcentage du prix total, une réduction du prix a également pour effet de diminuer la taxe (van Walbeek, 2010). Dans de nombreux pays, l'augmentation de l'imposition du tabac peut ne pas réellement le rendre plus cher, en raison de l'évolution du prix du tabac et de la conjoncture économique. L'augmentation des revenus, alimentée par la croissance économique, rend les cigarettes plus abordables, à moins que leur prix total n'augmente dans la même proportion (Blecher et van Walbeek, 2009). Pour réduire efficacement la demande, les taxes sur le tabac doivent avoir pour effet d'augmenter le prix réel des produits du tabac. L'OMS recommande d'augmenter l'imposition jusqu'à ce qu'elle représente au moins 70 % du prix des produits du tabac. En outre, l'imposition de taxes uniformes sur tous les produits du tabac peut éliminer la possibilité de substitution (p. ex., passer à une marque qui soit moins chère) et fournit des structures plus simples permettant de prévenir l'évasion fiscale, d'augmenter le respect des obligations fiscales et de faciliter le recouvrement (ILA, 2011 ; OMS, 2010e).

L'imposition des produits du tabac n'est pas nouvelle ; elle constitue traditionnellement un moyen d'accroître les recettes publiques. En outre, l'utilisation d'une partie des revenus provenant de l'imposition du tabac pour financer des campagnes de sensibilisation et de sevrage peut contribuer à réduire davantage la consommation. En 2010, 20 pays dans le monde ont affecté une partie des impôts sur le tabac à différentes fins sanitaires (OMS, 2010e). En Thaïlande, par exemple, les recettes fiscales sur le tabac et l'alcool ont été utilisées pour établir la fondation ThaiHealth Promotion Foundation, qui reçoit 2 % des recettes annuelles (35 millions de dollars U.S.). La fondation utilise ces fonds pour soutenir des organismes travaillant sur des questions de santé publique (ILA, 2011).

La fiscalité du tabac varie beaucoup de pays à pays en Afrique. Certains pays perçoivent des taxes uniformes sur toutes les cigarettes, alors que d'autres utilisent un système progressif en fonction du site de fabrication, de la marque ou du type de produit (Chaloupka et al., 2012 ; OMS, 2010e). Presque tous les pays africains imposent un certain niveau de fiscalité sur les produits du tabac. La taxe totale moyenne sur un paquet des cigarettes les plus vendues en Afrique est de 42,6 % du prix moyen du paquet (Chaloupka et al., 2012). Tous les pays, à l'exception de Sao Tomé-et-Principe et des Seychelles) imposent des taxes à la valeur ajoutée sur les cigarettes, alors que 15 pays imposent des taxes directes spécifiques et 29 pays des taxes directes ad valorem (OMS, 2013d). Madagascar est le pays qui impose les taxes documentées les plus lourdes en Afrique ; sur le paquet de cigarettes le plus vendu, les taxes totales représentent 76 % du prix total. Outre Madagascar, seulement 8 pays perçoivent des taxes constituant plus de 50 % du prix total ; 20 perçoivent entre 26 % et 50 % et 15 pays perçoivent moins de 25 % du prix total (OMS, 2013d).

Protection contre l'exposition au tabagisme passif

Souvent appelés « espaces non-fumeurs », les endroits publics interdisant le tabagisme constituent une étape importante vers la réduction de l'exposition au tabagisme environnemental et la protection des non-fumeurs. Dans les pays et États ayant adopté des interdictions de fumer, on a noté une réduction de la prévalence de tabagisme et une amélioration des résultats dans le domaine de la santé (Bauld, 2011 ; Boles et al., 2010 ; CFTFK, 2012 ; Howell, 2005 ; Lopez et al., 2011 ; Melberg et Lund, 2012). L'article 8 de la CCLAT stipule : « Les Parties reconnaissent qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort » (OMS, 2003a, p. 8). L'article stipule également que chaque Partie doit adopter et appliquer des mesures prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics (OMS, 2003a, 2008). En 2008, la Conférence des Parties a élaboré et adopté des directives d'application de cet article, qui incluent un calendrier de 5 ans pour la réalisation d'une protection universelle contre l'exposition au tabagisme passif (OMS, 2012a).

Peu de pays en Afrique répondent aux exigences de la CCLAT relatives à la création de lieux publics intérieurs complètement non-fumeurs. L'Afrique sub-saharienne ne compte que cinq pays (le Burkina Faso, le Tchad, le Congo, la Namibie et les Seychelles) ayant appliqué des politiques rendant tous les lieux publics complètement non-fumeurs ou couvrant 90 % de la population par une législation relative aux lieux non-fumeurs au niveau d'instances infranationales. Ces pays ont interdit de fumer dans les établissements de soins de santé, établissements d'enseignement autres que les universités, services publics, bureaux et autres lieux de travail non pris en compte ailleurs, restaurants ou installations principalement consacrées à la restauration, cafés, pubs, bars et autres établissements servant surtout des boissons, et transports publics (OMS, 2013b). D'autres pays ont adopté différents niveaux d'application des mesures non-fumeurs, mais le respect des politiques et des mesures varie beaucoup d'un pays à un autre (OMS, 2013d). De nombreux pays africains font état de difficultés dans le suivi et l'application des politiques non-fumeurs, ainsi que de l'existence dans la législation de failles permettant des zones fumeurs désignées à l'intérieur et constituant des obstacles à la mise en œuvre des politiques. Dans le rapport 2010 de l'analyse situationnelle du tabac en Afrique, le Burkina Faso, L'Érythrée, le Kenya, Maurice, la Tanzanie et la Zambie notaient que l'application des politiques non-fumeurs existantes était difficile ; ces pays décrivaient l'application comme étant « minimale », peu systématique et rare, et indiquaient que les lois et politiques étaient « régulièrement enfreintes » (Burhoo et al., 2011 ; Goma et al., 2011 ; KTSA Consortium, 2011 ; Ouedraogo et al., 2011, p. 101 ; Tanzania Public Health Association, 2011 ; Tsighe et al., 2011, p. 127).

Interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage

L'industrie du tabac utilise la publicité directe et indirecte, et des stratégies de commercialisation pour cibler les fumeurs actuels et en recruter de nouveau. Ces stratégies ont du succès, particulièrement parmi les jeunes. Il a été prouvé que la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage augmentent la consommation de tabac (NCI, 2008 ; OMS et The Union, 2011b). Parmi les femmes en Afrique du Sud, la publicité pour les cigarettes a été associée à des attitudes plus favorables envers la consommation de tabac (Williams et al., 2008). Des études ont montré que la publicité et les efforts de commercialisation en faveur du tabac augmentent la probabilité de l'initiation du tabagisme chez les jeunes (Lovato et al., 2011), peut-être encore davantage que la pression de conformité ou les facteurs sociodémographiques (Evans et al., 1995). Dans de nombreux pays d'Afrique, des représentants de l'industrie du tabac ont offert des cigarettes gratuites à plus de 10 % des adolescents ; des données provenant d'Afrique du Nord montrent que les adolescents ont plus tendance à fumer lorsqu'ils sont exposés à des efforts de promotion (OMS, 2013b). Les enfants achètent les marques qui font l'objet de la publicité la plus intense (CDC, 1994) ; ils sont par ailleurs trois fois plus influencés par la publicité que les adultes (Pollay et al., 2006). Cela est particulièrement alarmant pour des pays africains comme l'Ouganda où environ la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans.

Des données factuelles substantielles montrent toutefois que des interdictions globales de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, y compris la publicité directe, notamment dans la presse écrite et à la télévision, ainsi que la publicité indirecte, telle que l'apparition de produit ou le parrainage de manifestations sportives ou musicales réduisent la consommation de tabac (NCI, 2008 ; Peltzer, 2011b ; OMS et The Union, 2011b). Les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage permettent de battre en brèche les informations fallacieuses répandues par l'industrie du tabac en réduisant la possibilité qu'elles parviennent aux jeunes (Saffer et Chaloupka, 2000 ; OMS and The Union, 2011b). L'article 13 de la CCLAT stipule que les Parties doivent appliquer une interdiction globale sur toute publicité en faveur du tabac, toute promotion et tout parrainage dans les 5 années suivant l'entrée en vigueur de la Convention (OMS, 2003a). Les données factuelles suggèrent que les interdictions partielles (sur la publicité directe) étant inefficaces parce que les fonds de commercialisation sont alors simplement redirigés sur la publicité indirecte, les interdictions globales ont le plus grand effet (OMS et The Union, 2011b). Bien que la CCLAT soit entrée en vigueur le 27 février 2005, en décembre 2012, on ne comptait que neuf pays africains (le Tchad, l'Érythrée, le Ghana, la Guinée, le Kenya, Madagascar, Maurice, le Niger et le Togo) ayant imposé des interdictions globales sur toutes les formes de publicité directe et indirecte en faveur du tabac (OMS, 2010a, 2011c, 2013d). La publicité en faveur du tabac à la télévision nationale, à la radio et dans la presse écrite est interdite dans 15 pays, mais, dans 22 pays, soit il n'existe pas d'interdiction de la publicité en faveur du tabac, soit les interdictions ne couvrent pas la publicité à la télévision, à la radio et dans la presse écrite (OMS, 2013d). Le respect des interdictions est variable.

Conditionnement et étiquetage des produits du tabac

Les fabricants conditionnent les produits du tabac de manière à rehausser la désirabilité du produit, mais des données factuelles robustes indiquent que les mises en garde sanitaires encouragent les fumeurs à cesser et aident les jeunes à ne pas commencer à fumer (OMS, 2011c, p. 14). Exiger que les produits du tabac soient vendus dans des paquets sans ornementation — sans logo, sans marque de commerce, sans décoration en couleur — mais incluant des mises en garde sanitaires

peut réduire la désirabilité des produits et communiquer au consommateur l'effet qu'ils ont sur sa santé (BHF, 2011 ; PSC, 2010). Les mises en garde sanitaires de grande taille, explicites et complètes communiquent efficacement les risques pour la santé. Lorsqu'elles sont combinées à des campagnes médiatiques nationales, les mises en garde présentes sur les paquets peuvent augmenter les taux de sevrage de 23 % et réduire les taux d'initiation de 20 % (Hammond et al., 2006 ; Mendez et al., 2013 ; PSC, 2010). Les mises en garde claires et simples sont les plus efficaces, ainsi que celles qui donnent confiance aux fumeurs qu'ils peuvent arrêter en fournissant par exemple des renseignements sur les moyens de sevrage ou le numéro de téléphone d'un service aidant à arrêter de fumer. Les images sont particulièrement efficaces avec les jeunes et les habitants des pays où le taux d'alphabétisation est faible.

L'article 11 de la CCLAT crée l'obligation pour les Parties d'adopter et d'appliquer des mesures assurant que le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ne sont pas « fallacieux, tendancieux ou trompeurs » ou « susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit » (OMS, 2003a, p. 10). La CCLAT stipule que les mises en garde sur les produits du tabac doivent :

- être approuvées par l'autorité nationale compétente ;
- couvrir 50 % ou plus des faces principales mais pas moins de 30 %, potentiellement sous la forme de dessins ou de pictogrammes ;
- être de grande dimension, clairs, visibles et lisibles ;
- ne pas contenir de termes trompeurs tels que « légère », « douce » ou semblables ;
- être permutées régulièrement pour rester récentes et originales dans l'esprit du consommateur ;
- présenter des renseignements qualitatifs sur le contenu et les émissions des produits du tabac tels que définis par les autorités nationales ; et
- être rédigées dans les langues principales du pays (OMS, 2011c, p.14).

Bien que les Parties à la CCLAT aient été sous l'obligation d'appliquer ces mesures relatives aux mises en garde contre le tabac dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention-cadre, seulement quatre pays africains exigent l'emploi de mises en garde de grande dimension (couvrant plus de 50 % de la surface du paquet) énumérant au moins sept caractéristiques appropriées des produits du tabac. Treize pays exigent des mises en garde de dimension moyenne (plus de 30 %, mais moins de 50 % de la surface du paquet) ou des mises en garde de grande dimension avec quelques-unes des caractéristiques appropriées. Plus de la moitié des pays n'exigent pas de mise en garde ou n'exigent que des mises en garde de petite dimension (couvrant moins de 30 % de la surface du paquet) sur les produits du tabac (OMS, 2013d).

Éducation, communication, formation et sensibilisation du public

En dépit de décennies de publication de résultats d'études sur les effets nocifs du tabac, beaucoup de gens ne sont pas conscients des risques posés par sa consommation ou les sous-estiment (Pampel, 2008 ; Salaudeen et al., 2011 ; OMS, 2010e, 2011c). Au cours de l'enquête 2012 sur le tabagisme chez les adultes au Nigeria, 48 % des adultes ont indiqué qu'ils ne croyaient pas que fumer causait des accidents vasculaires cérébraux et seulement 36 % des consommateurs de tabac sans fumée

ont déclaré qu'ils croyaient que le tabac sans fumée causait des maladies graves (Federal Ministry of Health, 2012a). Des données factuelles exhaustives montrent que les campagnes médiatiques de masse (utilisant plusieurs moyens de communication, tels la télévision, la radio, les panneaux d'affichage et l'internet) encouragent efficacement les fumeurs à cesser de fumer et dissuadent les jeunes de commencer, particulièrement lorsque ces campagnes sont accompagnées par d'autres interventions, telles que l'augmentation des taxes, des politiques non-fumeurs et des programmes de sensibilisation au niveau de la communauté ou de l'établissement d'enseignement (Jepson et al., 2010 ; Wakefield et al., 2010). Les campagnes médiatiques prolongées⁷ sont les plus efficaces pour l'obtention de résultats à long terme, car l'industrie du tabac continuera à faire de la publicité et de promouvoir ses produits lorsque la campagne aura cessé (Wakefield et al., 2010). Outre les moyens de communication traditionnels, comme la télévision et la radio, des résultats préliminaires de recherches suggèrent que les médias sociaux peuvent être des canaux puissants pour la diffusion de messages de lutte antitabac (Daniels et al., 2012 ; Hefler et al., 2013 ; Jordan, 2012). L'utilisation des médias sociaux augmentant en Afrique, l'exploitation de ces réseaux pourrait être un moyen innovant de promouvoir la lutte antitabac dans tout le continent.

L'article 12 de la CCLAT stipule que les Parties doivent « promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions ayant trait à la lutte antitabac » en utilisant largement des campagnes de sensibilisation et d'éducation, et en donnant au public l'accès à l'information pertinente (OMS, 2003a, p. 11). De telles campagnes doivent informer le public sur les risques que posent pour la santé la consommation du tabac et le tabagisme passif, d'éduquer le public sur les avantages du sevrage, et diffuser de l'information sur les pratiques de l'industrie du tabac (OMS, 2003a, 2011c ; OMS et The Union, 2011a). Comme il a été mentionné ci-avant, de tels programmes peuvent être financés par des mesures fiscales (OMS, 2008). Entre janvier 2011 et juin 2012, 17 pays africains ont mené une campagne médiatique nationale (durant au moins 3 semaines) visant à mettre en garde la population contre les dangers du tabac. Dans 29 pays, il n'y a eu aucune campagne nationale de lutte antitabac pendant cette période (OMS, 2013d).

⁷ Plus une campagne est longue, plus elle a de l'effet. Il a été montré que les campagnes durant au moins 3 semaines ont des effets bénéfiques mesurables, telle la réduction de l'initiation du tabagisme chez les jeunes (OMS, 2011c).

PRODUCTION DE LA FEUILLE DE TABAC

Au cours des 50 dernières années, l'essentiel de la production de tabac s'est déplacé des pays à revenu élevé aux pays à revenu faible ou moyen. Au moins 21 pays africains cultivent le tabac. Parmi ces pays, cinq (le Malawi, le Mozambique, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe) ont produit plus de 50 000 tonnes de tabac en 2009. À l'exception du Zimbabwe, la production de tabac a plus que doublé dans ces pays au cours de la dernière décennie (2000 à 2009), comme a également été le cas pour le Congo, le Ghana et le Mali (Eriksen et al., 2012). On pense souvent que la production de tabac présente des avantages pour l'économie en créant des emplois et en générant des revenus ; ces avantages à court terme sont toutefois plus que contrebalancés par les difficultés économiques et environnementales à long terme qu'elle engendre.

La culture du tabac n'a jamais fait émerger un pays de l'état de pauvreté. Un ministre africain a reconnu que : « la culture du tabac nuit à la prospérité générale... parce qu'elle enferme les cultivateurs de tabac dans un cercle vicieux d'endettement envers les fabricants de tabac au lieu d'améliorer le revenu du ménage » (Okurut, 2013). La production, l'exportation, la vente et l'importation du tabac peuvent être des investissements peu lucratifs. Peu de pays en Afrique dépendent actuellement de l'exportation du tabac. En 2011, les exportations de tabac sous forme autre que produits fabriqués ont constitué moins de 2 % de la valeur totale des exportations de tous les pays africains à l'exception de quatre : le tabac sous forme autre que produit fabriqué a généré près de 40 % du montant de toutes les exportations au Malawi, 19 % au Zimbabwe et juste au-dessus de 2 % en Ouganda et en Tanzanie (Nations Unies, 2013). La plupart des pays en Afrique vendent leur tabac à deux acheteurs de feuilles de tabac, ce qui a pour conséquence qu'il existe très peu de concurrence pour le prix du tabac ce qui conduit en fin de compte à un rendement faible de l'investissement (Otañez et al., 2007). Enfin, la plupart des pays sont des importateurs nets de tabac sous forme autre que des produits fabriqués, ce qui conduit à la perte de millions de dollars en devises et à un déficit de la balance commerciale (Esson et Leeder, 2004 ; Njournemi et al., 2011 ; OMS, 2004).

Conséquences néfastes de la production de tabac

Effets sur la santé

La production de tabac a des effets sanitaires délétères sur ceux qui produisent le tabac et sur ceux qui résident dans les communautés qui cultivent le tabac. Dans les endroits de monoculture de tabac, on utilise souvent des quantités accrues d'engrais et de pesticides pour assurer la réussite de la récolte (Lecours et al., 2012). La manipulation non sécuritaire et la réglementation inadéquate de ces substances chimiques peuvent conduire à une exposition des populations vulnérables, telles les femmes enceintes et les enfants, et au déversement de pesticides et engrais dans des bassins hydrographiques

fragiles susceptibles de contaminer des sources d'eau potable (Otañez, 2008). Des pesticides ayant des effets sanitaires nocifs connus (tant pour l'être humain que pour l'environnement) sont régulièrement pulvérisés sur les cultures de tabac, ce qui met en danger la santé des personnes qui effectuent la pulvérisation et la récolte, ainsi que des communautés situées près des champs (Lecours et al., 2012). La lixiviation potentielle de ces substances chimiques dans le sol peut contaminer les rivières et les cours d'eau utilisés comme source d'eau pour boire, cuisiner et faire sa toilette (KTSA Consortium, 2008). En outre, la maladie du tabac vert est un type d'empoisonnement par la nicotine qui provient de la manipulation du tabac humide non traité et qui peut causer des nausées, des vomissements, des maux de tête, des étourdissements et des sensations de faiblesse. Elle menace les enfants et les adultes participant à la production de tabac (CDC, 1993 ; Otañez, 2008 ; OMS, 2004). Une analyse situationnelle au Kenya a découvert des rapports de maladies professionnelles parmi les cultivateurs de tabac, ces maladies étant provoquées par les produits chimiques agricoles utilisés sur le tabac et par sa manipulation pendant sa culture et son traitement, ainsi que par un manque d'utilisation de matériel de protection pendant le travail sur le tabac (KTSA Consortium, 2008).

Enfin, la production de tabac peut contribuer à une sous-alimentation dans les communautés où il est cultivé, en raison de l'utilisation de la terre disponible pour la culture du tabac plutôt que pour la production d'aliments, et parce que la culture du tabac détruit les nutriments du sol et rend celui-ci inadapté à la culture des aliments (KTSA Consortium, 2008 ; Okrut, 2013 ; OMS, 2007). En 2008, au Malawi, chaque hectare de terre consacré à la culture du tabac a produit une tonne de feuilles de tabac ; par contraste, au cours de la même année, chaque hectare de terre utilisé pour cultiver des pommes de terre pourrait avoir produit 14,6 tonnes de pommes de terre (Eriksen et al., 2012).

Effets sur l'environnement

De plus en plus de données documentent les effets néfastes de la production de tabac sur l'environnement. Une analyse de la littérature par Lecours et ses collègues publiée dans la revue *Tobacco Control* en 2011 met en évidence deux effets principaux de la culture du tabac sur l'environnement : la déforestation et la dégradation du sol. Ces effets néfastes découlent de pratiques de la culture du tabac telles que la monoculture, le défrichage et l'utilisation de produits chimiques agricoles (c.-à-d., de pesticides et d'engrais) sur les cultures de tabac. La dégradation du sol a des effets immédiats au niveau individuel et au niveau de la communauté, comme indiqué précédemment, en diminuant la superficie de terre arable disponible pour la production d'autres cultures (pour la nourriture et les moyens de subsistance) et en réduisant la capacité du sol pour les cultures vivrières, tandis que la déforestation réduit la superficie de forêt disponible pour d'autres activités essentielles, telle la construction et la production de bois de chauffage. En outre la production de tabac et ses conséquences environnementales conduisent à des effets systémiques à long terme sur l'environnement, notamment l'érosion du sol et la sédimentation des rivières, des perturbations de l'écosystème et des disparitions d'espèces, la surexploitation de la terre et des changements climatiques. Les procédés de traitement du tabac ont également des effets néfastes sur l'environnement en raison de la nécessité d'abattre une grande quantité d'arbres pour l'alimentation en carburant du séchage des feuilles de tabac (KTSA Consortium, 2008). L'OMS estime que la quantité de bois requise pour le traitement du tabac compte pour 12 % de la déforestation de l'Afrique méridionale et que les efforts de reforestation menés par les fabricants de tabac en Afrique méridionale et en Afrique orientale ne se sont pas encore matérialisés de manière significative (OMS, 2004).

Effets socio-économiques

La production de tabac a des effets socio-économiques néfastes sur les populations qui s'y consacrent. Dans certains pays d'Afrique, la culture du tabac est le résultat d'un contrat direct entre le détenteur de la parcelle et le fabricant de tabac, ce contrat engageant le cultivateur à produire une culture spécifique en utilisant des pratiques spécifiques dans le cadre d'une tarification spécifiée dans le contrat. Ce contrat direct élimine les intermédiaires et réduit les coûts ; cependant, il laisse aux détenteurs de petites parcelles très peu de souplesse pour adapter leurs cultures et leurs techniques à l'évolution des conditions climatiques, économiques et agricoles. En outre, le contrat direct crée un rapport de force donnant essentiellement au fabricant de tabac le contrôle de la gestion des terres. Le fabricant de tabac vend souvent au cultivateur les entrants agricoles nécessaires (fournitures et matériel) et lui procure également des prêts à intérêts élevés pour réaliser ces achats. Il en résulte que les fabricants de tabac exploitent le cultivateur plusieurs fois: une fois par la vente des entrants (matériel, pesticides, engrais, etc.), de nouveau par les intérêts sur les prêts consentis pour l'achat des entrants et finalement par la vente du produit final, dont les marges bénéficiaires sont beaucoup plus élevées que pour le produit brut ou peu traité (Lecours et al., 2012). En outre, le cultivateur vend souvent sa récolte à perte. Par exemple, on estime que 80 % des cultivateurs de tabac au Kenya perdent de l'argent (KTSA Consortium, 2008 ; Otañez, 2008). Par suite de leur endettement envers les fabricants de tabac, les cultivateurs continueront à cultiver le tabac jusqu'à ce qu'ils soient en mesure de rembourser leurs prêts, souvent sans jamais faire de bénéfice (Otañez, 2008). Dans certains pays, la culture du tabac est pratiquée dans un système de location à bail, par lequel le propriétaire loue une petite parcelle à un locataire (les familles sont souvent transportées pour travailler sur les lieux) (International Labor Rights Forum, 2012). Le locataire reçoit en prêt les entrants, qui sont déduits des profits futurs, et doit produire une récolte déterminée à l'avance, ce qui conduit à un type d'asservissement pour dettes. Au Kenya, l'industrie du tabac a réussi à empêcher les cultivateurs de tabac de former un syndicat qui leur aurait donné la possibilité d'une négociation collective pour combattre ces pratiques (KTSA Consortium, 2008). Enfin, il a été noté que les cultivateurs de tabac ont davantage tendance à fumer que le reste de la population (Otañez, 2008). Tous ces facteurs peuvent entraîner les cultivateurs dans un cercle vicieux d'endettement envers les fabricants de tabac, ce qui peut les plonger dans la pauvreté ou les y enfoncer davantage.

Une étude de 2009, effectuée au Kenya, ayant identifié les différences entre les ménages pratiquant ou non la culture du tabac dans une région rurale, a noté que les ménages cultivant le tabac avaient un revenu annuel inférieur et des dépenses de santé supérieures aux autres ménages. Ceci suggère que la culture du tabac ne fournit pas nécessairement autant de revenu qu'un autre type de culture. La même étude relevait également d'autres différences, d'une nature plus subtile. Par exemple, les cultivateurs ne pratiquant pas la culture du tabac avaient un niveau d'instruction supérieur (et dépensaient davantage pour leur formation), dépensaient davantage pour des denrées alimentaires « de luxe », telles que le sucre et l'huile à friture (indication d'un plus grand revenu disponible) et avaient tendance à posséder davantage de terres. Les auteurs notaient toutefois que cette dernière différence pourrait être attribuable à l'écart entre les nombres d'épouses qu'un chef de famille pouvait avoir. En particulier, les cultivateurs de tabac avaient davantage tendance à avoir de multiples épouses que les autres. Selon une anecdote citée dans l'étude, un cultivateur a déclaré que la culture du tabac exigeant beaucoup de main-d'œuvre, le fait d'avoir plusieurs épouses (et par conséquent davantage d'enfants) augmentait la main-d'œuvre disponible dans l'exploitation. Toutefois, comme tous les travailleurs étaient des membres de la famille, ils n'étaient généralement pas payés, ce qui rendait les épouses et les enfants dépendants du chef de famille (Kibwage et al., 2009).

Le travail non officiel, souvent effectué par des mineurs, est un problème documenté dans les établissements de culture du tabac en Afrique (Geist et al., 2009 ; Kazoka, 2013 ; United Nations News Centre, 2013). Le travail des enfants en Afrique tend à se pratiquer en milieu agricole (notamment dans les établissements de famille) (Lange, 2009) et le tabac est l'une des cultures africaines nécessitant le plus de main-d'œuvre (ASH, 2009 ; Sidney, 2013). En outre, le tabac étant une culture saisonnière, il est souvent difficile de trouver de la main-d'œuvre à court terme, ce qui nécessite la participation de la famille (Otañez, 2008). Le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation a récemment noté que la culture du tabac à bail au Malawi emploie près de 80 000 enfants, alors que les cultivateurs eux-mêmes gagnent moins que le salaire minimum (et sont plus sujets à la pauvreté que leur propriétaire) (United Nations News Centre, 2013). En Tanzanie, les enfants constituent l'un des plus importants groupes de main-d'œuvre dans les établissements de culture de tabac (Geist et al., 2009 ; Kazoka, 2013) ; dans un district, les enfants constituaient 45 % de la main-d'œuvre de la culture du tabac et 26 % des enfants participaient à la culture du tabac (International Partnership for Cooperation on Child Labour in Agriculture, 2012). La principale saison de la récolte en Afrique orientale s'étendant de janvier à mars, il y a un risque élevé que les enfants n'aillent pas à l'école afin d'aller travailler. Une étude réalisée au Mozambique a montré que 80 % des familles faisaient travailler leurs enfants dans l'exploitation et des études conduites en Zambie, en Tanzanie et au Zimbabwe ont montré que les enfants sont souvent soumis à de longues journées de travail et souffrent de lésions de la colonne vertébrale par suite d'efforts excessifs et d'empoisonnement par la nicotine résultant d'un manque d'équipements de protection. Si l'on manque de données complètes sur le travail des enfants (en raison de son caractère non officiel et souvent illégal), ces rapports indiquent néanmoins l'existence d'un problème socio-économique ayant des conséquences à long terme : Les enfants qui ne vont pas à l'école ont un niveau d'instruction et un potentiel de revenus futurs inférieurs, ce qui les retient dans un cycle de pauvreté.

Atténuation des effets néfastes de la production de tabac

Autres moyens de subsistance

L'article 17 de la CCLAT oblige les Parties à coopérer pour promouvoir « des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs et les travailleurs » qui souhaitent échapper au cycle de la pauvreté et aux effets nocifs de la culture du tabac (Perucic, 2012 ; OMS, 2003a). Ces solutions de remplacement économiquement viables varieront d'un pays à un autre en fonction de la conjoncture économique et des conditions environnementales du pays, mais des projets pilotes dans divers pays ont inclus la culture de récoltes différentes (denrées alimentaires, bambou, bois, stevia), l'aquaculture, l'élevage et la transformation de fruits. Alors que l'industrie du tabac prétend qu'il n'existe pas de solution de remplacement adéquate qui ne s'accompagne d'une diminution des moyens d'existence (IGTA, 2012), plusieurs cultures sont susceptibles d'être plus rentables que le tabac (IGTA, 2012), Remplacer le tabac par une combinaison de cultures commerciales et de cultures vivrières peut contribuer à la sécurité alimentaire d'un ménage et améliorer la qualité de la terre tout en continuant à constituer une source de revenu (Otañez, 2008). Des programmes de substitution de cultures ont été mis en œuvre et des initiatives de recherche au Kenya, en Ouganda et en Afrique du Sud ont montré que plusieurs cultures de remplacement sont plus viables que le tabac. Au Kenya, des programmes expérimentaux substituant le bambou au tabac donnent des résultats durables prometteurs, le bambou produisant davantage de revenus et pouvant également être combiné avec d'autres cultures, ce qui

augmente encore les revenus potentiels (Magati et al., 2012). D'autres études menées au Kenya évaluent la culture forestière pour le bois de chauffage et la culture des ananas, du soja, du poivre, des pastèques, et de fruits de la passion comme solutions de remplacement à la culture du tabac (KTSA Consortium, 2008).

Des solutions de remplacement économiquement viables ne doivent pas avoir davantage ni moins d'effets sur l'environnement que la culture du tabac (voir la rubrique consacrée aux effets sur l'environnement ci-avant) et doivent coûter moins et générer davantage de revenus. Ceci nécessite le maintien d'un marché adéquat pour la culture de substitution. Dans beaucoup de pays africains, si des cultures vivrières seraient généralement durables et rentables, il est important de veiller à ce que leurs produits n'inondent pas les marchés locaux. En outre, la culture du tabac bénéficiant actuellement d'un soutien important de l'industrie du tabac en terme de disponibilité d'entrants, d'outillage et de financement, les cultures de remplacement devront bénéficier d'une infrastructure d'une fiabilité comparable.

La Commission conclut : Un très petit nombre de pays dépendent économiquement de la production de tabac, mais la plupart des pays en Afrique ont une balance commerciale déficitaire en ce qui concerne le tabac. En outre, la production de tabac a des effets néfastes sur l'environnement et le développement, et contribue à la pauvreté rurale et urbaine.

La Commission conclut : La production de tabac aggrave la pauvreté rurale en renforçant le cycle d'endettement des cultivateurs, en entraînant le travail des enfants (ce qui réduit leur niveau d'instruction) et en exploitant les femmes.

En foi de quoi, la Commission recommande : Les responsables politiques et les pouvoirs publics africains devraient utiliser les données disponibles pour promouvoir la création et l'application de projets qui fournissent des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs et ouvriers agricoles du tabac, et qui peuvent être, le cas échéant, intégrées dans les programmes existants. Lorsque des données factuelles supplémentaires sont requises, les communautés de recherche scientifique et établissements d'enseignement africains, en collaboration avec les groupes de la société civile à tous les niveaux devraient créer un ordre du jour de la recherche visant à produire des données spécifiques à l'Afrique qui rehausseront les efforts de création d'une plate-forme qui permette aux cultivateurs et ouvriers agricoles d'abandonner la culture du tabac.

Protection de l'environnement

Dans le cadre des obligations énoncées dans l'article 18 de la CCLAT, les Parties conviennent de protéger l'environnement et la santé des personnes participant à la culture et à la fabrication du tabac. En 2008, la Conférence des Parties a établi un groupe de travail chargé d'élaborer des directives et recommandations pour l'application des articles 17 et 18. Outre l'élaboration de recommandations, le groupe de travail s'est vu attribuer la responsabilité de définir un cadre permettant l'évaluation de solutions de remplacement durables à la culture du tabac et l'encouragement de la collaboration dans le domaine de la recherche et de la diffusion des connaissances sur les effets de la culture du tabac. Le groupe de travail a présenté son rapport d'activité le plus récent au cours de la cinquième session de la Conférence des Parties en 2012. Le rapport contient des recommandations et des options de politiques sur des solutions de remplacement économiquement durables de la culture du tabac (Perucic, 2012 ; OMS, 2012b).

RECOMMANDATIONS PRIMORDIALES

Après examen des données factuelles, la Commission recommande : Afin de réduire les effets sanitaires actuels et futurs de la consommation de tabac, les pouvoirs publics africains devraient fournir des ressources humaines et financières pour les programmes de prévention et de lutte antitabac. Les pouvoirs publics devraient adopter les modèles innovants ayant réussi dans d'autres pays. Ils devraient également encourager des partenaires de développement externes à soutenir leurs plans dans ce domaine. Des plates-formes législatives devraient être créées pour rehausser ces efforts. En particulier, les pouvoirs publics devraient rendre prioritaire l'application des mesures suivantes, conformément aux stipulations de la CCLAT :

- adopter des mesures efficaces, qu'elles soient législatives ou autres, pour protéger leurs politiques de santé publique dans le domaine de la lutte antitabac contre l'influence des intérêts commerciaux ou autres de l'industrie du tabac (article 5.3) ;
- utiliser efficacement des mesures fiscales, y compris le cas échéant la restructuration de l'imposition et des augmentations régulières d'impôts qui augmentent réellement le prix des produits du tabac afin d'en réduire la demande (article 6) ;
- assurer la protection contre la fumée du tabac dans tous les lieux publics, y compris les lieux de travail intérieurs et les transports publics (article 8) ;
- interdire complètement la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage (article 13) ;
- exiger un conditionnement et étiquetage ne contenant que des informations avérées et des étiquettes et mises en garde sanitaires très visibles (article 11) ;
- intégrer des informations sur les effets néfastes du tabac dans les programmes de promotion sanitaire des établissements d'enseignement primaires et secondaires afin de promouvoir une plus grande sensibilisation à ces informations (articles 4 et 12) ;
- élaborer des programmes fournissant des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs et ouvriers agricoles du tabac, ces programmes devant être intégrés dans la mesure du possible dans les programmes existants (article 17) ; et
- appliquer des mesures de protection de l'environnement et de la santé des personnes eu égard à l'environnement de la culture et de la fabrication du tabac (article 18).

Ses recommandations étant fondées sur les meilleures données factuelles disponibles concernant la consommation du tabac et la lutte antitabac en Afrique, et ayant été élaborées en utilisant les méthodes de consensus et de rigueur des Académies des sciences, la Commission espère que le

présent rapport contribuera d'une certaine manière à donner aux questions de consommation, ainsi que de prévention et lutte antitabac la priorité qu'elles méritent à l'ordre du jour de l'Union africaine. La Commission espère en outre que les responsables africains agiront rapidement et de manière décisive pour enrayer une épidémie de tabagisme avant qu'elle ne se développe, protégeant ainsi la santé, l'économie et le développement des pays d'Afrique. Bien que le présent rapport s'adresse particulièrement aux responsables africains, la Commission espère que d'autres parties prenantes dans la lutte antitabac, notamment les organisations de la société civile, les institutions de recherche et les établissements d'enseignement, en prendront connaissance et utiliseront les informations importantes présentées. En définitive, comme il est souligné dans le présent rapport, c'est une action concentrée, coordonnée et collective au niveau africain et mondial qui est nécessaire pour sauver l'Afrique d'un fléau qui est évitable.

RÉFÉRENCES

- Abdullah, A. S., and C. G. Husten. 2004. Promotion of smoking cessation in developing countries: A framework for urgent public health interventions. *Thorax* 59(7):623-630.
- Adams, C. 2013. Where are we with the NCD movement? Exposé présenté à la 28e Conférence internationale sur la maladie d'Alzheimer, Taïpei, Taïwan.
- Alleyne, G., A. Binagwaho, A. Haines, S. Jahan, R. Nugent, A. Rojhani, D. Stuckler, and N. C. D. A. G. Lancet. 2013. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *The Lancet* 381 (9866):566-574.
- Anderson, S. J., S. A. Glantz, and P. M. Ling. 2005. Emotions for sale: Cigarette advertising and women's psychosocial needs. *Tobacco Control* 14(2):127-135.
- ASH (Action on Smoking and Health). 2008. BAT's African footprint. London, United Kingdom: ASH.
- ASH. 2009. Tobacco and the developing world. London, United Kingdom: ASH.
- Ayo-Yusuf, O. A., and B. G. Olutola. 2013. 'Roll-your-own' cigarette smoking in South Africa between 2007 and 2010. *BMC Public Health* 13(1):597.
- Baleta, A. 2010. Africa's struggle to be smoke free. *The Lancet* 375:107-108.
- Bauld, L. 2011. Impact of smoke free legislation in England: Evidence review. Bath, United Kingdom: University of Bath.
- BBC News. 2008. Tobacco giant 'breaks youth code'. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/7475259.stm> (consulté le 10 septembre 2013).
- BHF (British Heart Foundation). 2011. The plain truth: How tobacco plain packaging will save lives. London, United Kingdom: BHF.
- Blecher, E. H., and H. Ross. 2013. Tobacco use in Africa: Tobacco control through prevention. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Blecher, E. H., and C. P. van Walbeek. 2009. Cigarette affordability trends: An update and some methodological comments. *Tobacco Control* 18(3):167-175.
- BM (Banque mondiale) 1999. Development in practice: Curbing the epidemic governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: WB.
- BM. 2011. The growing danger of non-communicable diseases: Acting now to reverse course. Washington, DC: WB.
- BMGF (Bill & Melinda Gates Foundation). 2008. Michael Bloomberg et Bill Gates s'allient pour combattre l'épidémie mondiale de tabagisme. <http://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2008/07/Michael-Bloomberg-and-Bill-Gates-Join-to-Combat-Global-Tobacco-Epidemic> (consulté le 6 août 2013).

- BMGF. 2011. Tobacco: Strategy overview. Seattle, WA: BMGF.
- Boles, M., J. Dilley, J. E. Maher, M. J. Boysun, and T. Reid. 2010. Smoke-free law associated with higher-than-expected taxable retail sales for bars and taverns in Washington state. *Preventing Chronic Disease* 7(4):A79.
- Breslau, N., and E. L. Peterson. 1996. Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health* 86(2):214-220.
- Burhoo, P., D. Mohee, and L. Moussa. 2011. Chapter 13. Mauritius. In *Tobacco control in Africa: People, politics and policies*, edited by J. Drope. London, UK: Anthem Press and International Development Research Centre.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 1993. Green tobacco sickness in tobacco harvesters—Kentucky, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 42(13).
- CDC. 1994. Changes in brand preference of adolescent smokers—United States, 1989-1993. *Morbidity Mortality Weekly Report* 43(32):571-581.
- CDC. 2012. Fact sheet: Health effects of smoking. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/ (consulté le 20 septembre 2013).
- CDC. 2013a. Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData): Ever offered a free cigarette by a tobacco company representative. <http://nccd.cdc.gov/GTSSData/default/IndicatorResults.aspx?TYPE=&SRCH=C&SUID=GYTS&SYID=RY&CAID=Topic&SCID=C05&QUID=Q07&WHID=WW&COID=&LOID=LL&DCOL=S&FDSC=FD&FCHL=&FREL=&FAGL=&FSEL=&FPRL=&DSRT=DEFAULT&DODR=ASC&DSHO=False&DCIV=N&DCSZ=N&DOCT=0&XMAP=IAB&MPVW=&TREE=0> (consulté le 20 septembre 2013).
- CDC. 2013b. Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData): Had object with a cigarette or tobacco logo on it. <http://nccd.cdc.gov/GTSSData/default/IndicatorResults.aspx?TYPE=&SRCH=C&SUID=GYTS&SYID=RY&CAID=Topic&SCID=C05&QUID=Q06&WHID=WW&COID=&LOID=LL&DCOL=S&FDSC=FD&FCHL=&FREL=&FAGL=&FSEL=&FPRL=&DSRT=DEFAULT&DODR=ASC&DSHO=False&DCIV=N&DCSZ=N&DOCT=0&XMAP=IAB&MPVW=&TREE=0> (consulté le 20 septembre 2013).
- CFTFK (Campaign for Tobacco-Free Kids). 2012. Smoke-free laws do not harm business at restaurants and bars. Washington, DC: CFTFK.
- Chaloupka, F. J., A. Yurekli, and G. T. Fong. 2012. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco Control* 21(2):172-180.
- CTC-Africa. 2012. Fellow required to strengthen national capacities for tobacco control in sub-Saharan Africa. <http://ctc-africa.org/pt/index.php/career-opportunities/190-fellow-required-to-strengthen-national-capacities-for-tobacco-control-in-sub-saharan-africa> (consulté le 11 septembre 2013).
- Daniels, A., S. C. Taylor, S. Post, A. M. Pilsner, Y. M. Hunt, and E. Augustson. 2012. Tech to treat: The smokefree teen approach to cessation. Exposé présenté à la Conférence nationale Health Communication Marketing and Media, Atlanta, GA.
- Dillon, K. A., and R. A. Chase. 2010. Secondhand smoke exposure, awareness, and prevention among African-born women. *American Journal of Preventive Medicine* 39(6, Suppl. 1):S37-S43.
- Doku, D. 2010. The tobacco industry tactics: A challenge for tobacco control in low and middle income countries. *African Health Sciences* 10(2):201-203.
- Eriksen, M., J. Mackay, and H. Ross. 2012. *The tobacco atlas*, 4th ed. Atlanta, GA: American Cancer Society.

- Esson, K. M., and S. R. Leeder. 2004. The millennium development goals and tobacco control: An opportunity for global partnership. Genève, Suisse : Tobacco Free Initiative, OMS.
- Evans, N., A. Farkas, E. Gilpin, C. Berry, and J. P. Pierce. 1995. Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. *Journal of the National Cancer Institute* 87(20):1538-1545.
- FCA (Framework Convention Alliance). 2013. FCA views on post-2015 development agenda. Genève, Suisse : FCA.
- Federal Ministry of Health. 2012a. GATS Nigeria. Global Adult Tobacco Survey: Country report 2012. Abuja, Nigeria: Federal Ministry of Health.
- Federal Ministry of Health. 2012b. GATS. Global Adult Tobacco Survey Nigeria 2012: Fact sheet. Abuja, Nigeria: Federal Ministry of Health.
- Geist, H. J., K. T. Chang, V. Etges, and J. M. Abdallah. 2009. Tobacco growers at the crossroads: Towards a comparison of diversification and ecosystem impacts. *Land Use Policy* 26(4):1066-1079.
- GNA (Ghana News Agency). 2013. WHO awards VALD for controlling tobacco use in Ghana. <http://www.ghananewsagency.org/health/who-awards-vald-for-controlling-tobacco-use--62319> (consulté le 5 novembre 2013).
- Goma, F., M. Ililonga, and J. Drope. 2011. Chapter 18. Zambia. In *Tobacco control in Africa: People, politics and policies*, edited by J. Drope. London, UK: Anthem Press and International Development Research Centre.
- Groenewald, P., T. Vos, R. Norman, R. Laubscher, C. van Walbeek, Y. Saloojee, F. Sitas, D. Bradshaw, and South African Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2007. Estimating the burden of disease attributable to smoking in South Africa in 2000. *South African Medical Journal* 97(8, Pt. 2):674-681.
- Hammond, D., G. T. Fong, A. McNeill, R. Borland, and K. M. Cummings. 2006. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 15(Suppl. 3):iii19-iii25.
- Hatsukami, D. K., L. F. Stead, and P. C. Gupta. 2008. Tobacco addiction. *The Lancet* 371(9629):2027-2038.
- Hefler, M., B. Freeman, and S. Chapman. 2013. Tobacco control advocacy in the age of social media: Using Facebook, Twitter and change. *Tobacco Control* 22(3):210-214.
- HHS (U.S. Department of Health and Human Services). 2010. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General.
- Hitchman, S. C., and G. T. Fong. 2011. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bulletin of the World Health Organization* 89(3):195-202.
- Howell, F. 2005. Smoke-free bars in Ireland: A runaway success. *Tobacco Control* 14(2):73-74.
- IDRC/CRDI (Centre de recherches pour le développement international). 2013. Non-communicable disease prevention: African Tobacco Situation Analysis (ATSA). http://www.idrc.ca/EN/Programs/Global_Health_Policy/Non-Communicable_Disease_Prevention/Pages/ResultDetails.aspx?ResultID=86 (consulté le 6 août 2013).

- IGTA (International Tobacco Growers' Association). 2012. Alternative crops. <http://www.tobaccoleaf.org/conteudos/default.asp?ID=50&IDP=20&P=5> (consulté le 17 juillet 2013).
- ILA (International Institute for Legislative Affairs). 2011. Economics of tobacco taxation in Kenya. Nairobi, Kenya: ILA.
- International Labor Rights Forum. 2012. Tobacco campaign. <http://www.laborrights.org/stop-child-labor/tobacco-campaign> (consulté le 10 septembre 2013).
- International Partnership for Cooperation on Child Labour in Agriculture. 2012. Format to identify and document good practices on child labour in agriculture: Labour saving technologies and corporate social responsibility in tobacco production, Tanzania. Genève, Suisse : International Partnership for Cooperation on Child Labour in Agriculture.
- IOM (Institute of Medicine). 2012. Scientific standards for studies on modified risk tobacco products. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jepson, R. G., F. M. Harris, S. Platt, and C. Tannahill. 2010. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews. *BMC Public Health* 10:538.
- Jha, P., and F. Chaloupka, eds. 2000. Tobacco control in developing countries. New York: Oxford University Press.
- Jha, P., F. J. Chaloupka, J. Moore, V. Gajalakshmi, P. C. Gupta, R. Peck, S. Asma, and W. Zatonski. 2006. Tobacco addiction. In *Disease control priorities in developing countries*, edited by D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills and P. Musgrove. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank Group. Pp. 869-886.
- Joossens, L., and A. B. Gilmore. 2013. The transnational tobacco companies' strategy to promote codentify, their inadequate tracking and tracing standard. *Tobacco Control*. Publié d'abord en ligne : 27 avril 2013 doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050796.
- Joossens, L., and M. Raw. 2012. From cigarette smuggling to illicit tobacco trade. *Tobacco Control* 21(2):230-234.
- Jordan, J. 2012. Comparing tobacco control social media strategies to reach youth. Exposé présenté à la Conférence nationale Health Communication Marketing and Media, Atlanta, GA.
- Kazoka, L. 2013. Tanzania: Tobacco farms notorious for worst forms of child labour. <http://allafrica.com/stories/201308270335.html> (consulté le 10 septembre 2013).
- Kelly, B. B., J. Narula, and V. Fuster. 2012. Recognizing global burden of cardiovascular disease and related chronic diseases. *Mount Sinai Journal of Medicine* 79(6):632-640.
- Keyser, J. 2007 February 27-28, 2007. Crop substitution and alternative crops for tobacco. Exposé présenté à la première réunion du groupe d'études ad hoc sur les cultures de remplacement établi par la Conférence des Parties de la Convention-cadre de la lutte antitabac de l'OMS, Brasília, Brésil.
- Kibwage, J. K., A. J. Odondo, and G. M. Momanyi. 2009. Assessment of livelihood assets and strategies among tobacco and non tobacco growing households in South Nyanza region, Kenya. *African Journal of Agricultural Research* 4(4):294-304.
- Kenya Tobacco Control Situational Analysis Consortium (KTSA Consortium). 2008. Situational analysis of tobacco control in Kenya: Report of the baseline assessment. Nairobi, Kenya: Kenya Tobacco Control Situational Analysis Consortium.

- KTSA Consortium. 2011. Chapter 11. Kenya. In *Tobacco control in Africa: People, politics and policies*, edited by J. Drope. London, UK: Anthem Press and International Development Research Centre.
- Lange, A. D. 2009. Gender dimensions of rural child labour in Africa. Exposé présenté à l'atelier FAO-IFAD-ILO intitulé Gaps, trends and current research in gender dimensions of agricultural and rural employment: Differentiated pathways out of poverty, Rome, Italy.
- Lecours, N., G. E. Almeida, J. M. Abdallah, and T. E. Novotny. 2012. Environmental health impacts of tobacco farming: A review of the literature. *Tobacco Control* 21(2):191-196.
- Lee, S., P. M. Ling, and S. A. Glantz. 2012. The vector of the tobacco epidemic: Tobacco industry practices in low and middle-income countries. *Cancer Causes Control* 23(Suppl. 1):117-129.
- Legresley, E., K. Lee, M. E. Muggli, P. Patel, J. Collin, and R. D. Hurt. 2008. British American tobacco and the “insidious impact of illicit trade” in cigarettes across Africa. *Tobacco Control* 17(5):339-346.
- Li, D. X., and G. E. Guindon. 2013. Income, income inequality and youth smoking in low- and middle-income countries. *Addiction* 108(4):799-808.
- Lopez, A. D., N. E. Collishaw, and T. Piha. 1994. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 3(3):242-247.
- Lopez, C. M., J. A. Ruiz, L. M. Shigematsu, and H. R. Waters. 2011. The economic impact of Mexico City's smoke-free law. *Tobacco Control* 20(4):273-278.
- Lotrean, L. M., F. Dijk, I. Mesters, C. Ionut, and H. De Vries. 2010. Evaluation of a peer-led smoking prevention programme for Romanian adolescents. *Health Education Research* 25(5):803-814.
- Lovato, C., A. Watts, and L. F. Stead. 2011. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10):CD003439.
- Magati, P. O., J. K. Kibwage, S. Gor Omondi, G. Ruigu, and W. Omwansa. 2012. A cost-benefit analysis of substituting bamboo for tobacco: A case study of smallholder tobacco farmers in South Nyanza, Kenya. *Science Journal of Agricultural Research and Management* 2012:9.
- Market Behaviour Ltd. 1991. *The cigarette market in Nigeria: Qualitative consumer behaviour and brand status study*. London, United Kingdom: BAT.
- Melberg, H. O., and K. E. Lund. 2012. Do smoke-free laws affect revenues in pubs and restaurants? *European Journal of Health Economics* 13(1):93-99.
- Mendez, D., O. Alshanteety, and K. E. Warner. 2013. The potential impact of smoking control policies on future global smoking trends. *Tobacco Control* 22(1):46-51.
- Moodie, R., D. Stuckler, C. Monteiro, N. Sheron, B. Neal, T. Thamarangsi, P. Lincoln, and S. Casswell. 2013. Profits and pandemics: Prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet* 381(9867):670-679.
- Moolchan, E. T., P. Fagan, A. F. Fernander, W. F. Velicer, M. D. Hayward, G. King, and R. R. Clayton. 2007. Addressing tobacco-related health disparities. *Addiction* 102(Suppl. 2):30-42.
- Nations Unies. 2012. *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*. New York: UN.

- Nations Unies. 2013. United Nations commodity trade statistics database. <http://comtrade.un.org/db/default.aspx> (consulté le 25 octobre 2013).
- Nations Unies - Assemblée générale des Nations Unies. 2011. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Paper read at High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, New York. NCI (National Cancer Institute). 2008. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco Control Monograph No 19. NIH Pub. No. 07-6242. Bethesda, MD: HHS, National Institutes of Health, NCI.
- Njournemi, Z., D. Sibetchu, T. Ekoe, and E. Gbedji. 2011. Chapter 8. Cameroon. In Tobacco control in Africa: People, politics and policies, edited by J. Drope. London, UK: Anthem Press and International Development Research Centre.
- Nsereko, E., P. Brysiewicz, and N. G. Mtshali. 2008. Knowledge and practice regarding smoking among staff members of a hospital in Kigali, Rwanda. *Professional Nursing Today* 12(6):27.
- Nturibi, E. M., A. K. Akinsola, and S. A. McCurdy. 2009. Smoking prevalence and tobacco control measures in Kenya, Uganda, the Gambia and Liberia: A review. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 13(2):165-170.
- Öberg, M., A. Woodward, M. S. Jaakkola, A. Peruga, and A. Prüss-Ustün. 2010. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Genève, Suisse : OMS.
- Okrut, M. K. 2013. Speech at the Africa tobacco control committee meeting. Paper presented at Building Leadership to Address the Negative Effects of Tobacco on Africa's Health, Development, and Economy, Kampala, Uganda.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2003a. Convention-cadre sur la lutte antitabac de l'OMS. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2003b. Résolution 56.1 de l'Assemblée mondiale de la santé. http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/index4.html (consultée le 17 juillet 2013).
- OMS. 2004. Tobacco increases the poverty of individuals and families. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2007. Sifting the evidence: Gender and tobacco control. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2008. MPOWER: Six politiques pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2010a. Fifth anniversary of the entry into force of the WHO framework convention on tobacco control. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2010b. Gender, women, and the tobacco epidemic. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2010c. Global health observatory data repository: Tobacco control. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/policies/atlas.html?indicator=i1 (consulté le 17 juillet 2013).
- OMS. 2010d. ICD-10 version: 2010. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#> (consulté le 17 juillet 2013).
- OMS. 2010e. WHO technical manual on tobacco tax administration. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2011a. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2011b. Scaling up action against noncommunicable diseases. Genève, Suisse : OMS.

- OMS. 2011c. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011: Mettre en garde contre les dangers du tabagisme. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2012a. 2012 global progress report on implementation of the WHO framework convention on tobacco control. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2012b. Economically sustainable alternatives to tobacco growing (in relation to articles 17 and 18 of the WHO framework convention on tobacco control). Exposé présenté à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de la lutte antitabac de l'OMS, à Séoul, République de Corée.
- OMS. 2012c. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2013a. The government of Nigeria releases the first-ever Global Adult Tobacco Survey (GATS) report in the African region. <http://www.afro.who.int/pt/nigeria/press-materials/item/5719-the-government-of-nigeria-releases-the-first-ever-global-adult-tobacco-survey-gats-report-in-the-african-region.html> (consulté le 4 novembre 2013)
- OMS. 2013b. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Genève, Suisse : OMS.
- OMS. 2013c. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Appendix x. Graphs 10.1: Age-standardized prevalence estimates for tobacco smoking among all persons aged 15 years and over. Genève, Suisse : Tobacco Free Initiative, OMS.
- OMS. 2013d. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Published data set. Genève, Suisse : Tobacco Free Initiative, OMS.
- OMS et The Union. 2011a. Building capacity for tobacco control: Training package. 2. Warn about the dangers of tobacco: Packaging and labelling of tobacco products. Genève, Suisse : WHO and The Union.
- OMS et The Union. 2011b. Building capacity for tobacco control: Training package. 3. Tobacco advertising, promotion and sponsorship: Enforcing comprehensive bans. Genève, Suisse : WHO and The Union.
- Otañez, M. 2008. Social disruption caused by tobacco growing. Exposé présenté dans le cadre d'une étude menée pour la seconde réunion du Groupe d'études sur les solutions de remplacement durables économiquement pour la culture du tabac, Convention-cadre sur la lutte antitabac de l'OMS, Mexico, Mexique.
- Otañez, M. G., H. Mamudu, and S.A. Glantz. 2007. Global leaf companies control the tobacco market in Malawi. *Tobacco Control* 16(4):261-269.
- Otañez, M. G., H. M. Mamudu, and S.A. Glantz. 2009. Tobacco companies' use of developing countries' economic reliance on tobacco to lobby against global tobacco control: The case of Malawi. *American Journal of Public Health* 99(10):1759-1771.
- Ouedraogo, S., L. Ouedraogo, and K. Théodore. 2011. Chapter 7. Burkina Faso. In *Tobacco control in Africa: People, politics and policies*, edited by J. Drope. London, UK: Anthem Press and International Development Research Centre.
- Owusu-Dabo, E., S. Lewis, A. McNeill, A. Gilmore, and J. Britton. 2011. Support for smoke-free policy, and awareness of tobacco health effects and use of smoking cessation therapy in a developing country. *BMC Public Health* 11(572).

- Pampel, F. 2008. Tobacco use in sub-Saharan Africa: Estimates from the demographic health surveys. *Social Science & Medicine* 66(8):1772-1783.
- Peltzer, K. 2011a. Determinants of exposure to second-hand tobacco smoke (SHS) among current non-smoking in-school adolescents (aged 11-18 years) in South Africa: Results from the 2008 GYTS study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8(9):3553-3561.
- Peltzer, K. 2011b. Early smoking initiation and associated factors among in-school male and female adolescents in seven African countries. *African Health Sciences* 11(3):320-328.
- Perucic, A.-M. 2012. Alternatives to tobacco growing, recent evidence at country and global levels. Paper read at World Conference on Tobacco or Health, Singapore.
- Pollay, R. W., S. Siddarth, M. Siegel, A. Haddix, R. K. Merritt, G. A. Giovino, and M. Eriksen. 2006. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979-1993. *Journal of Marketing* 60:1-16.
- PSC (Physicians for a Smoke-Free Canada). 2010. Picture based cigarette warnings. <http://www.smoke-free.ca/warnings/> (consulté le 12 septembre 2013).
- Quick, J. D. 2011. NCDs: The social justice movement of our generation. <http://www.smartglobalhealth.org/blog/entry/ncds-the-social-justice-movement-of-our-generation/> (consulté le 4 novembre 2013).
- Ramin, B., D. Kam, B. Feleke, B. Jacob, and P. Jha. 2008. Smoking, HIV and non-fatal tuberculosis in an urban African population. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 12(6):695-697.
- Rigotti, N. A. 2013. Smoking cessation in patients with respiratory disease: Existing treatments and future directions. *The Lancet Respiratory Medicine* 1(3):241-250.
- Robertson, R. 2008. Using information to promote healthy behaviours. London, United Kingdom: King's Fund.
- Sachs, J. D. 2001. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Genève, Suisse : OMS.
- Saffer, H., and F. Chaloupka. 2000. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics* 19(6):1117-1137.
- Salaudeen, A., O. Musa, T. Akande, and O. Bolarinwa. 2011. Effects of health education on cigarette smoking habits of young adults in tertiary institutions in a northern Nigerian state. *Health Science Journal* 5(3):216-228.
- Shafey, O., S. Dolwick, and G. E. Guindon, eds. 2003. Tobacco control country profiles, 2nd ed. Atlanta, GA: UICC with the WHO and the American Cancer Society.
- Sidney, M. 2013. Uganda tobacco growing has kept Giro poor for 50 years. <http://allafrica.com/stories/201303182620.html?page=2> (consulté le 10 septembre 2013).
- Sitas, F., S. Egger, D. Bradshaw, P. Groenewald, R. Laubscher, D. Kielkowski, and R. Peto. 2013. Differences among the coloured, white, black, and other south African populations in smoking-attributed mortality at ages 35-74 years: A case-control study of 481 640 deaths. *The Lancet* 382(9893):685-693.
- Suhrcke, M., R. A. Nugent, and D. S. L. Rocco. 2006. Chronic disease: An economic perspective. London, United Kingdom: The Oxford Health Alliance.

- Tanzania Public Health Association. 2011. Chapter 17. Tanzania. In *Tobacco control in Africa: People, politics and policies*, edited by J. Drope. London, UK: Anthem Press and International Development Research Centre.
- Taylor, A., F. Chaloupka, G. E. Guindon, and M. Corbett. 2000. The impact of trade liberalization on tobacco consumption. In *Tobacco control in developing countries*, edited by P. Jha and F. Chaloupka. Oxford: Oxford University Press.
- The Tobacco Atlas. 2013a. Female tobacco use. http://www.tobaccoatlas.org/products/female_tobacco_use/prevalence/ (consulté le 10 septembre 2013).
- The Tobacco Atlas. 2013b. Male tobacco use. http://www.tobaccoatlas.org/products/male_tobacco_use/prevalence/ (consulté le 10 septembre 2013).
- Thomas, R. E., and R. Perera. 2008. School-based programmes for preventing smoking (review). Oxford, United Kingdom: The Cochrane Collaboration.
- Thun, M., R. Peto, J. Boreham, and A. D. Lopez. 2012. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco Control* 21(2):96-101.
- Townsend, L., A. J. Flisher, T. Gilreath, and G. King. 2006. A systematic literature review of tobacco use among adults 15 years and older in sub-Saharan Africa. *Drug and Alcohol Dependence* 84(1):14-27.
- Transcrime. 2012. Plain packaging and illicit trade in the UK: Study on the risks of illicit trade in tobacco products as unintended consequences of the introduction of plain packaging in the UK. Milan, Italy: Transcrime-Joint Research Centre on Transnational Crime.
- Tsighe, Z., S. Hailemariam, S. Woldeab, G. Mebrahtu, M. Habte, S. Sium, M. Bokuretsion, H. Ahmed, G. Gberyohannes, A. Gebremicael, and G. Solomon. 2011. Chapter 9. Eritrea. In *Tobacco control in Africa: People, politics and policies*, edited by J. Drope. London, UK: Anthem Press and International Development Research Centre.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Genève, Suisse : UNAIDS.
- Underner, M., and J. Perriot. 2012. [Smoking and tuberculosis]. *Presse Med* 41(12, Pt. 1):1171-1180.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2013. CARMMA: Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa. <http://esaro.unfpa.org/public/public/lang/en/pid/7130> (consulté le 19 septembre 2013).
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2013. Levels & trends in child mortality. New York: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.
- Union africaine. 2007. Africa health strategy: 2007–2015. Exposé présenté à la troisième session de la Conférence des ministres de la Santé de l'Union africaine, Johannesburg, Afrique du Sud.
- United Nations News Centre. 2013. Malawi must reassess its agricultural policies to break cycle of poverty—UN expert. www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=45467#.Ui-F4MZju-I (consulté le 10 septembre 2013).
- VALD (Vision for Alternative Development). 2010. Our projects. <http://www.valdghana.org/projects.php> (consulté le 5 novembre 2013).
- van Walbeek, C. 2010. A simulation model to predict the fiscal and public health impact of a change in cigarette excise taxes. *Tobacco Control* 19(1):31-36.
- Wakefield, M. A., B. Loken, and R. C. Hornik. 2010. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet* 376(9748):1261-1271.

- Williams, C. T., S. A. Grier, and A. S. Marks. 2008. "Coming to town": The impact of urbanicity, cigarette advertising, and network norms on the smoking attitudes of black women in Cape Town, South Africa. *Journal of Urban Health* 85(4):472-485.
- Yach, D., and D. Bettcher. 2000. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control* 9(2):206-216.

REMERCIEMENTS

Le réseau NASAC (Network of African Science Academies) remercie l'organisme Campaign for Tobacco Free Kids pour son soutien des travaux qui ont conduit à la production de ce rapport.

Le réseau NASAC (Network of African Science Academies) remercie également les personnes et organismes dont la liste suit pour leurs précieuses contributions aux travaux qui sont le fondement du présent rapport.

Membres de la Commission : Les travaux préliminaires au présent rapport ont été encadrés par une commission d'experts coprésidée par le Pr. Oyewale Tomori et le Pr. Francis Omaswa. La Commission était composée de (par ordre alphabétique) : Solomon Bekure, Evan Blecher, Rachel Devotsu, Damen Haile-Mariam, Abdoul Kasse, Jacob Kibwage, Peter Lamptey, Ratemo Michieka, Possy Mugenyi, Walinjom Muna, Stella Neema, Priscilla Reddy, Yusuf Saloojee et David Serwada.

Lecteurs critiques : L'ébauche du présent rapport a fait l'objet d'une revue par des lecteurs choisis pour leurs perspectives diverses et leurs compétences techniques. Nous remercions les réviseurs suivants : Gregory Erhabor, Teh-wei Hu, Yayehyirad Kitaw, Callisto Madavo, Marty Otañez, Corne Van Walbeek et Heather Wipfli.

Équipe rédaction, technique et éditoriale : Christian N. Acemah, Maggie Hawthorne et Kate Meck.

Remerciements particuliers : Des contributions importantes à la rédaction du rapport et à sa révision ont également été apportées par : l'Académie des Sciences de l'Afrique du Sud, Rona Briere, Patricia Cuff, Rebekah Hutton, Patrick Kelley et Deepali Patel.

Citation suggérée : Network of African Science Academies, 2014. Prévention d'une épidémie de tabagisme en Afrique : Un appel pour une action efficace visant à appuyer le développement sanitaire, social et économique. Nairobi, Kenya. Rapport de la Commission sur les effets néfastes du tabac sur la santé, l'économie et le développement de l'Afrique.

