

Politiques internationales de lutte contre le tabagisme : les répercussions de l'analyse des influences du genre et du sexe

par Lorraine Greaves, Ann Pederson et Natalie Hemsing

Introduction

Environ 250 millions de femmes et 1 milliard d'hommes fument la cigarette tous les jours ^[1]. Tandis que le taux de tabagisme chez les hommes de partout dans le monde a atteint son sommet et commence lentement à diminuer, il est toujours en croissance chez les femmes. Qui plus est, on prévoit que le taux de tabagisme au sein de la population mondiale des femmes, qui est actuellement de 12 %,

aura atteint 20 % en 2025 ^[2]. Cependant, ces statistiques sur le tabagisme ne tiennent pas compte des autres utilisations du tabac, comme la consommation de tabac à chiquer par les femmes et les hommes en Asie du Sud, utilisations qui pourraient faire augmenter encore davantage le taux d'usage du tabac dans les années à venir ^[1].

Dans les années 1990, Lopez et ses collaborateurs ont élaboré un modèle descriptif en quatre étapes d'une épidémie de tabagisme reposant sur les taux de prévalence du tabagisme, - la consommation de cigarettes et les taux de mortalité liés à l'usage du tabac ^[3]. Les quatre étapes de ce modèle sont pertinentes dans la mesure où elles permettent de décrire les différences entre les femmes et les hommes quant au taux de tabagisme et à la consommation de cigarettes, ainsi que de démontrer que dans la plupart des sociétés les

Modèle descriptif en quatre étapes d'une épidémie de tabagisme ^[3]

- **Étape 1 :** Le commencement d'une épidémie de tabagisme au sein d'une population. Le taux de tabagisme est bas chez les femmes et les hommes, mais la cigarette croît en popularité auprès de ceux-ci. Il y a peu d'indices des effets nocifs de la cigarette et l'usage du tabac devient socialement accepté.
- **Étape 2 :** Le taux de tabagisme augmente rapidement chez les hommes et atteint un sommet se situant entre 50 % et 80 %, alors que le taux de prévalence chez les femmes est beaucoup moins élevé, quoiqu'en croissance rapide. À cette étape, le taux de tabagisme est généralement le même au sein des groupes de tous les statuts socio-économiques, ou parfois légèrement plus élevés au sein des classes supérieures. Les effets nocifs sur la santé commencent à être plus apparents parmi les hommes fumeurs, provoquant environ 10 % des décès chez les hommes à la fin de la progression de cette étape.
- **Étape 3 :** C'est à cette étape que le taux de tabagisme chez les femmes atteint son point culminant, avec un taux de prévalence aussi élevé que 40 % à 50 % chez les jeunes femmes. Le taux de tabagisme chez les hommes diminue graduellement et passe de 60 % à 40 %, mais le nombre de décès rattachés au tabagisme connaît une croissance importante, surtout chez les hommes. Le public en général connaît bien les effets du tabagisme sur la santé et des stratégies de prévention systématique sont en place.
- **Étape 4 :** La prévalence du tabagisme chez les femmes et les hommes continue de diminuer lentement, de façon plus ou moins parallèle. Le taux de mortalité attribuable au tabagisme chez les hommes culmine au début de cette étape, représentant une proportion aussi élevée que 40 % à 45 % des décès parmi les hommes dans la cinquantaine. Le taux de mortalité attribuable au tabagisme chez les femmes connaît une augmentation rapide causée par les conséquences tardives des tendances précédentes relatives à l'usage du tabac. À son point culminant, il représente environ 20 % à 25 % de tous les décès chez les femmes. Par la suite, les taux de prévalence et de mortalité diminuent de façon constante pour les deux sexes. Des politiques et des lois sont mises en place pour créer des lieux sans fumée.


femmes commencent à fumer après les hommes et fument moins, ce qui engendre chez elles un nombre moins important et une apparition plus tardive des cas de morbidité et de mortalité attribuables à des maladies associées à l'usage du tabac. La majorité des pays à revenu élevé ont atteint l'étape 3 ou l'étape 4, dans le cadre desquelles le taux de tabagisme chez les hommes a déjà atteint son point culminant et commence à décroître, alors que chez les femmes il vient tout juste de l'atteindre ou est sur le point de l'atteindre ^[1]. Les pays à revenu faible ou intermédiaire tendent quant à eux à se situer aux étapes inférieures de la progression de l'épidémie de tabagisme, ce qui signifie que toutes les répercussions liées aux maladies et aux décès causés par l'usage du tabac ne sont pas encore complètement visibles dans ces pays et que les initiatives de lutte contre le tabagisme y sont toujours relativement nouvelles. Certains pays comme la Chine et l'Inde sont particulièrement préoccupants en raison de l'importance de leur population et parce que l'épidémie de tabagisme n'y est encore qu'au début de sa progression ^[4,5]. Étant donné les différences entre les sexes relativement à l'usage du tabac établies à chacune des étapes de l'épidémie de tabagisme, il est grandement nécessaire de réaliser des analyses des influences du genre et du sexe sur l'usage du tabac et d'élaborer des politiques internationales de lutte contre le tabagisme tenant compte du genre.

Adoptée en 2003 et entrée en vigueur en 2005, la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est le premier traité international de santé publique ^[6]. À ce jour, 168 pays ont ratifié cette convention, qui vise à établir des normes mondiales pour la lutte contre le tabagisme. Les articles principaux de la CCLAT ainsi que le large appui international accordé à celle-ci constituent des occasions de reconnaître la spécificité des genres et d'élaborer des interventions qui tiennent compte du sexe social. Par exemple, l'article 4 de la CCLAT reconnaît qu'il y a une croissance alarmante de l'usage du tabac chez les filles et les femmes et encourage l'élaboration de stratégies et de politiques sexospécifiques de lutte contre le tabagisme.

La présente étude de cas est une adaptation de travaux réalisés par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, en partenariat avec l'International Network of Women against Tobacco (INWAT) [Réseau international des femmes contre le tabac], une organisation non gouvernementale internationale dont les activités d'éducation, de recherche et de promotion visent à réduire les effets du tabagisme sur les filles et les femmes et sont axées sur l'amélioration de la place accordée par les pays à la spécificité des genres dans leurs politiques nationales de lutte contre le tabagisme.

Le sexe, le genre et le tabagisme

Le sexe et le genre ont une influence sur l'usage et les effets du tabac chez les femmes et les hommes. Par exemple, certaines différences entre les femmes et les hommes dans l'anatomie des poumons ainsi que de nature génétique et physiologique peuvent accentuer les troubles associés à l'exposition à la fumée chez les femmes ^[7]. Les voies respiratoires plus étroites des femmes contribuent à concentrer davantage les produits chimiques toxiques de la fumée du tabac alors que les recherches laissent supposer que les femmes métabolisent la fumée différemment des hommes et qu'elles sont par conséquent plus susceptibles de développer des affections respiratoires comme la maladie pulmonaire obstructive



chronique et le cancer du poumon ^[8]. En outre, le risque de cancer du poumon dû au tabagisme actif ou à l'exposition à la fumée secondaire est accru chez les femmes, surtout si l'exposition se produit à l'adolescence ^[9].

Le genre a également une influence sur le moment ou le lieu où les filles et les femmes fument ou sont exposées à la fumée. Par exemple, des rapports de force inégaux entre les femmes et les hommes peuvent réduire la capacité des femmes à contrôler leur exposition à la fumée secondaire ^[10]. Les femmes peuvent également fumer pour des raisons différentes de celles des hommes, par exemple pour organiser leurs relations sociales, pour projeter une certaine image d'elles-mêmes, pour les aider à contenir leurs émotions ou parce qu'elles trouvent dans l'usage du tabac une forme de soutien et de contrôle social ^[11]. La culture, la classe sociale et d'autres facteurs déterminants contribuent également à influencer les tendances relatives au tabagisme chez les femmes et à instaurer des différences entre elles. Notamment, les femmes qui sont peu scolarisées ou dont les possibilités professionnelles sont restreintes peuvent devoir travailler dans des milieux comme celui de la restauration, où elles sont plus susceptibles d'être exposées à la fumée secondaire. Ces facteurs biologiques et sociaux peuvent par ailleurs se chevaucher. Lorsque les femmes sont exposées à la fumée secondaire en raison de rapports de force inégaux, leurs voies respiratoires plus étroites contribuent également à accroître leur risque de morbidité et de mortalité.

D'autres formes d'usage du tabac, comme la consommation de tabac à chiquer, de bidis, etc., peuvent aussi avoir des conséquences sur la santé, notamment une augmentation du nombre de cancers de la bouche et un affaiblissement de la santé génésique ^[12,13]. Existente également des risques précis rattachés à la fabrication du tabac. Par exemple, les personnes qui travaillent dans la production du tabac, en majorité des femmes, courent le risque de développer un trouble de santé appelé « intoxication par le tabac vert », - qui provoque des nausées, de la fatigue, des maux de tête, des faiblesses, des troubles respiratoires et une modification de la pression artérielle et du rythme cardiaque ^[14].

Bien que le taux de tabagisme chez les femmes soit faible dans de nombreux pays, le taux d'exposition des femmes à la fumée secondaire est quant à lui élevé dans les pays où l'usage du tabac est largement répandu chez les hommes. Également, en raison des rôles différents des femmes et des hommes dans la gestion de la santé et des soins familiaux, un taux élevé de morbidité et de mortalité chez les hommes entraîne une augmentation des exigences familiales pesant sur les femmes et nuit à la bonne alimentation et à la bonne santé des familles ^[15]. Les répercussions de l'usage du tabac sur la santé et l'économie sont ainsi différentes selon le sexe, le genre et l'étape à laquelle se situe un pays. Par exemple, si le taux de tabagisme est élevé chez les hommes, comme dans les pays qui ont atteint l'étape 1 ou l'étape 2, l'exposition à la fumée secondaire et les conséquences sur la santé liées aux difficultés alimentaires et économiques peuvent constituer des problèmes plus importants pour les femmes et les enfants, alors que les répercussions directes sur la santé peuvent être plus grandes chez les hommes.

Mondialement, quels sont les contextes stratégiques relatifs aux femmes et à la lutte contre le tabagisme?

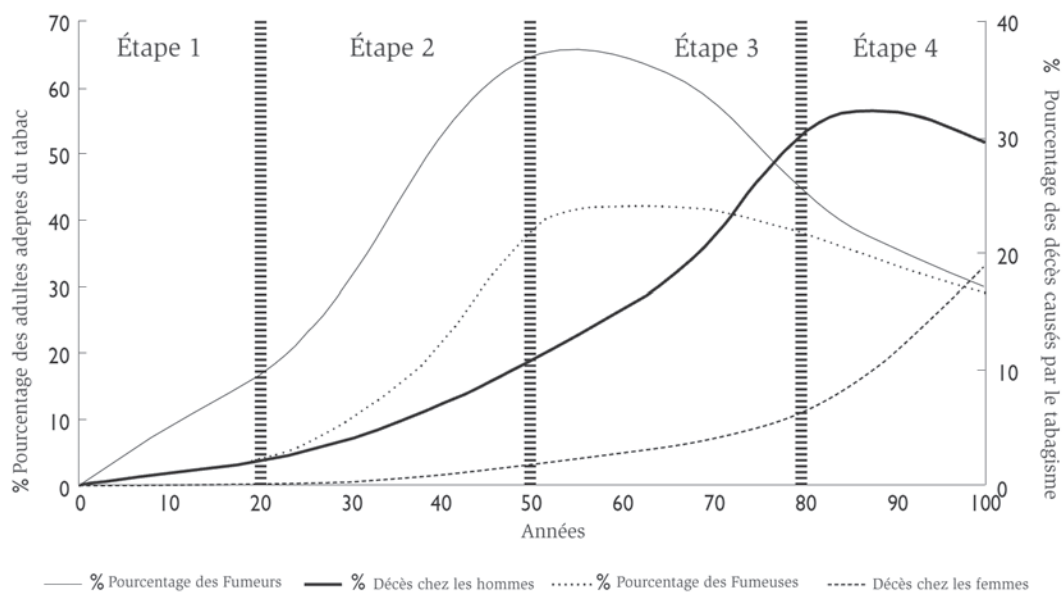
Il nous est possible de déceler des tendances précises relatives à l'usage du tabac dans différents pays, ce qui nous permet de déterminer les « étapes » de la progression de l'épidémie, mais il est également important de signaler que certains pays se situent à une étape particulière de l'épidémie de tabagisme en raison des contextes culturel, historique et local qui leur sont propres. Par exemple, dans les pays où l'épidémie de tabagisme en est encore aux premières étapes de sa progression, comme la Thaïlande et la Chine, les femmes fument moins, mais elles sont reconnues comme constituant un marché potentiel et sont de plus en plus ciblées par l'industrie des produits du tabac ^[12]. En Iran, la consommation de cigarettes par les femmes est historiquement faible, mais elle est actuellement en croissance. En Turquie et en Inde, l'usage du tabac fait partie des mœurs culturelles des hommes depuis longtemps, mais les tendances relatives au tabagisme sont en train de changer dans ces pays, où les femmes scolarisées vivant en milieu urbain sont de plus en plus nombreuses à fumer la cigarette. Au Liban, l'épidémie de tabagisme a atteint son point culminant, les femmes et les hommes présentant tous deux un taux élevé d'usage du tabac. L'épidémie de tabagisme en Afrique du Sud et au Brésil est en train d'atteindre la dernière étape de sa progression, des restrictions de l'accès au tabac ayant été mises en place et l'usage du tabac ayant culminé chez les femmes. Le Canada et l'Australie ont quant à eux franchi la quatrième étape de l'épidémie, les taux de tabagisme y étant faibles, sauf au sein de certaines sous-populations de femmes, notamment les femmes autochtones. En Suède, le taux de tabagisme est dans les faits plus élevé chez les femmes que chez les hommes, ce qui laisse supposer que ce pays fait exception en ce qui a trait au modèle en quatre étapes de la progression d'une épidémie de tabagisme, ou encore que le modèle lui-même pourrait nécessiter certaines modifications. Ces variations illustrent les écarts relatifs aux étapes de la progression de l'épidémie et signalent l'importance d'interventions adaptées aux différents contextes.

Comment les politiques devraient-elles être adaptées pour tenir compte des spécificités relatives au sexe, au genre et à la diversité dans les contextes propres à chaque pays?

Selon l'étape de la progression de l'épidémie de tabagisme à laquelle ils se situent (figure 1), les pays devront mettre en œuvre des initiatives différentes de lutte contre le tabagisme. Par exemple, dans les pays traversant les premières étapes de l'épidémie et où le tabagisme n'a pas encore atteint un taux élevé chez les femmes, l'accent doit être mis sur la prévention de l'usage du tabac chez les femmes, la réduction de l'exposition à la fumée secondaire et la cessation du tabagisme chez les hommes. Dans les pays se situant aux dernières étapes de la progression de l'épidémie, comme le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni, il faut mettre l'accent sur la réduction de la demande pour les produits du tabac au sein des sous-populations de filles et de femmes vulnérables, comme les femmes ayant un faible revenu, les femmes enceintes, les adolescentes ainsi que les filles et les femmes appartenant à une minorité ^[16]. Les politiques de lutte contre le tabagisme doivent tenir compte des pratiques culturelles, des dynamiques interpersonnelles ou au sein des ménages ainsi que des relations sexospécifiques existantes afin que les initiatives de lutte contre le tabagisme

répondent efficacement aux circonstances réelles dans le cadre desquelles les femmes sont confrontées à l'usage du tabac. Par exemple, les efforts visant à aider les femmes enceintes ou en période postnatale à arrêter de fumer ou à diminuer leur consommation de cigarettes devraient être renforcés en portant une attention particulière aux dynamiques interpersonnelles ou au sein des ménages ainsi qu'aux répercussions de ces dernières sur la réduction du tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire ^[20,21].

Figure 1. Modèle descriptif de l'épidémie de tabagisme dans les pays développés ^[3]



Avec la permission de l'auteur

Quelles sont les initiatives entreprises à l'échelle internationale pour protéger les femmes des effets néfastes sur la santé liés au tabac et pour prévenir ces effets?

La santé des femmes est de plus en plus considérée comme faisant partie des droits de la personne, et il est de moins en moins rare qu'on réclame la tenue d'analyses des influences du sexe et du genre ainsi que l'adoption d'approches tenant compte de ces influences. Il s'agit d'un progrès considérable en ce qui a trait à l'abandon de l'usage du tabac ainsi qu'à la protection et à la prévention contre le tabagisme chez les filles et les femmes. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Déclaration de Kobe et la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) constituent des exemples d'instruments pouvant contribuer à faire progresser les enjeux relatifs au tabagisme et aux femmes.

Adoptée en 1979 par l'Assemblée générale des Nations Unies, la CEDAW exige que des mesures soient prises pour éliminer la discrimination visant les femmes dans les soins de santé et qu'un point de vue sexospécifique soit intégré aux politiques et aux programmes touchant la santé des femmes ^[19]. Également, la Déclaration de Kobe, adoptée en 1999, stipule que les initiatives de lutte contre le tabagisme doivent incorporer la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes et que, ce faisant, les femmes doivent être incluses au sein des rôles de direction ^[19]. La CCLAT, évoquée précédemment, reconnaît l'importance d'adopter une approche sexospécifique dans les initiatives de lutte contre le tabagisme ^[19]. Enfin, l'INWAT est un organisme international qui travaille en collaboration avec l'OMS à l'atteinte de ces objectifs et qui propose des stratégies destinées à faire progresser la lutte contre le tabagisme.

Conclusion

Divers pays se situent à diverses étapes de la progression de l'épidémie de tabagisme. En fait, lorsqu'on procède à une analyse différenciée de la situation selon les sexes, les genres et les origines ethniques, on s'aperçoit que sont en cours plusieurs épidémies distinctes de tabagisme reflétant entre autres choses les différences biologiques et physiologiques, les relations sexospécifiques historiques, les politiques gouvernementales, les conditions socio-économiques et l'influence internationale de l'industrie des produits du tabac. Les stratégies tant nationales que mondiales doivent tenir compte de la spécificité des contextes dans l'organisation et la promotion de la lutte contre le tabagisme chez les femmes et les hommes ainsi que chez les filles et les garçons, lutte qui doit viser la protection, la prévention et la cessation du tabagisme. Dans l'ensemble, il est nécessaire d'effectuer des analyses des influences du genre, du sexe et de la diversité dans le cadre des processus de recherche et d'élaboration des politiques et des programmes rattachés à la lutte contre le tabagisme. Il y a également lieu d'élargir les démarches stratégiques afin d'y inclure des approches reposant sur la justice sociale et les droits de la personne, dans le but de donner plus de pouvoir aux femmes et de réduire les inégalités. ^[15] Dans les pays où on cultive et transforme le tabac, il faut que soient mises en place une législation protectrice du travail qui cible les femmes travaillant dans l'industrie du tabac ainsi que des avenues économiques de rechange. La CCLAT reconnaît officiellement la vulnérabilité des femmes à l'égard du tabac et préconise à ce titre une approche sexospécifique, mais la façon dont ces caractéristiques de la CCLAT seront mises en œuvre à l'échelle internationale reste à voir.

Références bibliographique

1. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2002 [consulté le 12 juin 2009]. www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf
2. Samet JM, Yoon SY, éditeurs. Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2001. www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf
3. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3:242-7.
4. Neufeld KJ, Peters DH, Rani M, Bonu S, Brooner RK. Regular use of alcohol and tobacco in India and its association with age, gender, and poverty. *Drug Alcohol Depend*. 2005;77(3):283-91.
5. Shoba J, Vaite S. Tobacco and poverty: observations from India and Bangladesh. Ottawa : PATH Canada; 2002. www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/F1BA5FDA-0D22-4F14-B0A3-B1DFDA8A5909/0/tobacco_poverty.pdf

6. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : Initiative pour un monde sans tabac de l'Organisation mondiale de la Santé; 2003. www.who.int/fctc/fr/
7. Menecier B, Lebitasy MP, Moreau L, Hedelin G, Purohit A, Galichet C, et al. Women and small cell lung cancer: social characteristics, medical history, management and survival: a retrospective study of all the male and female cases diagnosed in Bas-Rhin (Eastern France) between 1981 and 1994. *Lung Cancer*. 2003;42(2):141-52.
8. Sin DD, Ben-Zaken Cohen S, Day A, Coxson H, Pare PD. Understanding the biological differences in susceptibility to chronic obstructive pulmonary disease between men and women. *Proc Am Thorac Soc*. 2007;4(8):671-4.
9. Collishaw NE, Boyd NF, Cantor KP, Hammond SK, Johnson KC, Millar J, et al. Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk. Toronto : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, OTRU Special Report Series; 2009. www.otru.org/pdf/special/expert_panel_tobacco_breast_cancer.pdf
10. Greaves L, Kalaw C, Bottorff JL. Case studies of power and control related tobacco use during pregnancy. *Womens Health Issues* 2007;17(5):325-32.
11. Greaves LJ, Richardson LA. Tobacco use, women, gender, and chronic obstructive pulmonary disease: are the connections being adequately made? *Proc Am Thorac Soc*. 2007;4: 675-9.
12. Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S, éditeurs. Pour tourner la page - les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique (CESFCB)/International Network of Women Against Tobacco (INWAT); 2006. www.cewh-cesf.ca/PDF/bccewh/pourTournerPage.pdf
13. Gupta P, Ray C. Smokeless tobacco and health in India and South Asia. *Respirology*. 2003;8(4):419-33.
14. Campaign for Tobacco Free Kids. Golden leaf, barren harvest: the costs of tobacco farming. Washington : Inworks Press; 2001.
15. Greaves L. Sifting the evidence: global tobacco policy and gender. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2007. www.who.int/tobacco/resources/publications/WHO_Gender_Sifting.pdf
16. Greaves L, Jategaonkar N. Pour aller de l'avant : les femmes, le tabac et l'avenir. Dans : Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S, éditeurs. Pour tourner la page - les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique (CESFCB)/International Network of Women Against Tobacco (INWAT); 2006. pp. 39-46.
17. Bottorff JL, Kalaw C, Johnson JL, Chambers N, Stewart M, Greaves L, et al. Unraveling smoking ties: how tobacco use is embedded in couple interactions. *Res Nurs Health*. 2005;28(4):316-28.
18. Greaves L, Kalaw C, Bottorff JL. Case studies of power and control related to tobacco use during pregnancy. *Womens Health Issues*. 2007;17(5):325-32.
19. Lambert P. 2006. Contrairement au tabagisme, la santé des femmes est un droit de la personne. Dans : Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S, éditeurs. Pour tourner la page - les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique (CESFCB)/International Network of Women Against Tobacco (INWAT); 2006. pp. 34-8.
20. Greaves L, Tungohan E. Engendering tobacco control: using an international public health treaty to reduce smoking and empower women. *Tob Control*. 2007;16:148-150.