



Au service
des peuples
et des nations



FCTC
CONVENTION-CADRE DE L'OMS
POUR LA LUTTE ANTITABAC
S E C R E T A R I A T



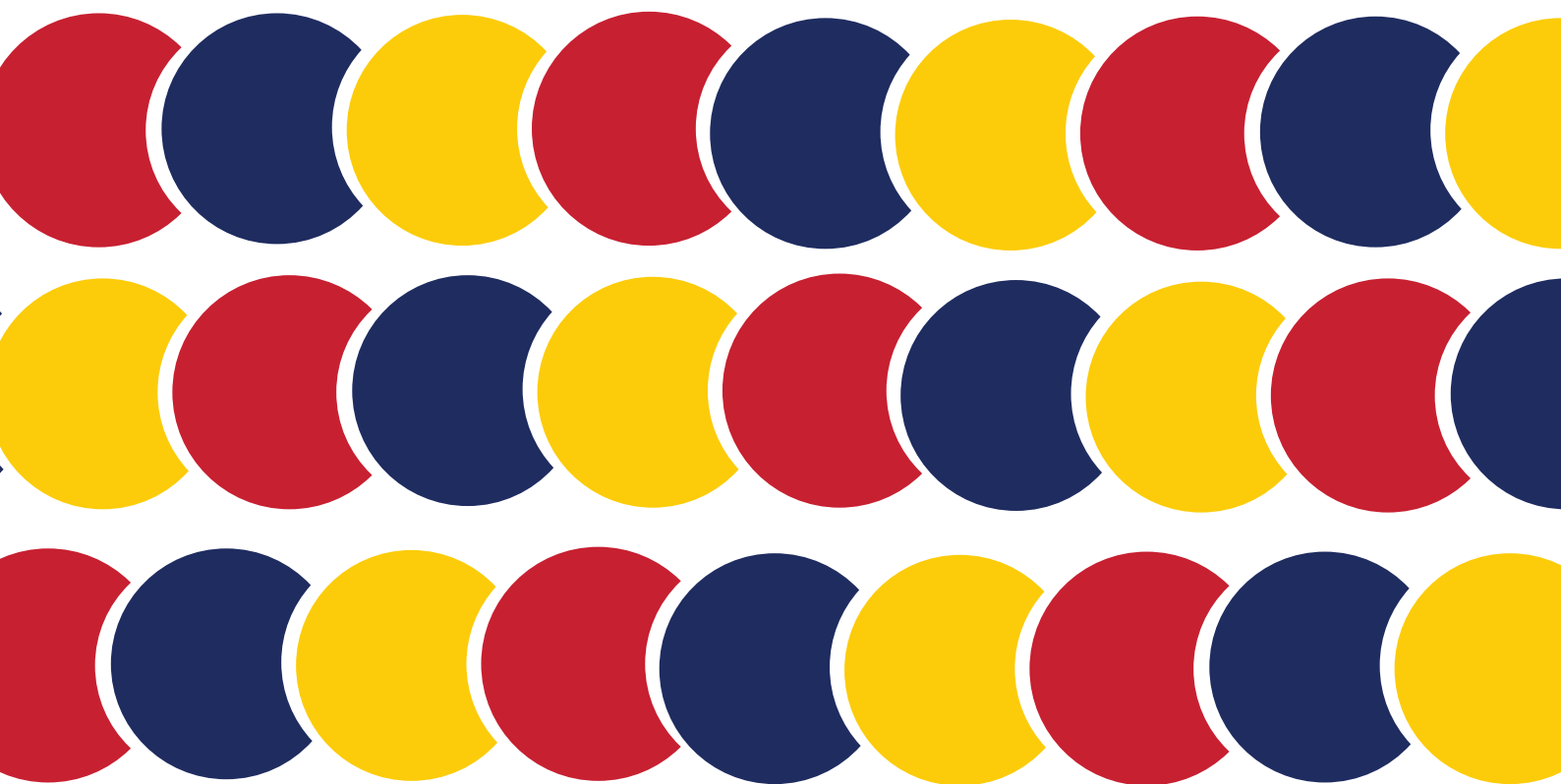
Organisation
mondiale de la Santé

RTI
INTERNATIONAL

Modèle d'Investissement
pour la Lutte Antitabac au

Tchad

Arguments en faveur de
l'investissement dans la mise
en œuvre de la CCLAT



Le rapport a été traduit de l'anglais en français avec
l'aide d'Anjaramamy Ramamonjisoa.

Copyright © PNUD

Tous droits réservés

Août 2019

Clause de non-responsabilité Les opinions exprimées
dans cette publication n'engagent que leurs auteurs et ne
représentent pas nécessairement celles du PNUD ou du
Secrétariat de la Convention, CCLAT de l'OMS. Programme
des Nations Unies pour le Développement
One United Nations Plaza, New York, NY, 10017, USA.



*Au service
des peuples
et des nations*



FCTC
CONVENTION-CADRE DE L'OMS
POUR LA LUTTE ANTITABAC
S E C R E T A R I A T



Organisation
mondiale de la Santé

RTI
INTERNATIONAL

Arguments en faveur de l'investissement dans la mise en œuvre de la CCLAT

Préparé par
Ministère de la Santé Publique du Tchad
RTI International
Programme des Nations Unies pour le Développement
Secrétariat de la CCLAT
Organisation Mondiale de la Santé

Août 2019



Funded by
UK Government



Près de **2,500** Tchadiens
meurent chaque année des suites
de maladies liées au tabac.

37% de ces décès surviennent
parmi les 20% de la population ayant
le plus faible revenu.

Le tabac coûte

32 milliards de XAF

par an au Tchad soit

0.5% de son PIB

en 2017.



En investissant maintenant dans quatre mesures de lutte antitabac, on évitera

10,500 décès

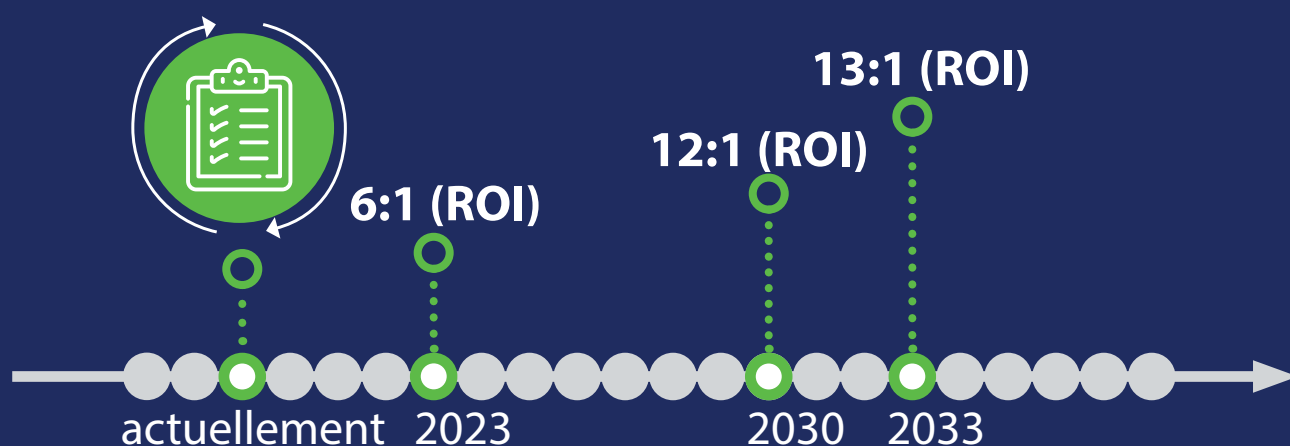
et

105 milliards de XAF

de dépenses de santé et pertes économiques d'ici 2033.



En investissant dans quatre interventions de lutte antitabac, le Tchad obtiendra un retour sur investissement de **6:1** en dépenses évitées et pertes économiques d'ici 2023, **12:1** d'ici 2030, et **13:1** d'ici 2033.

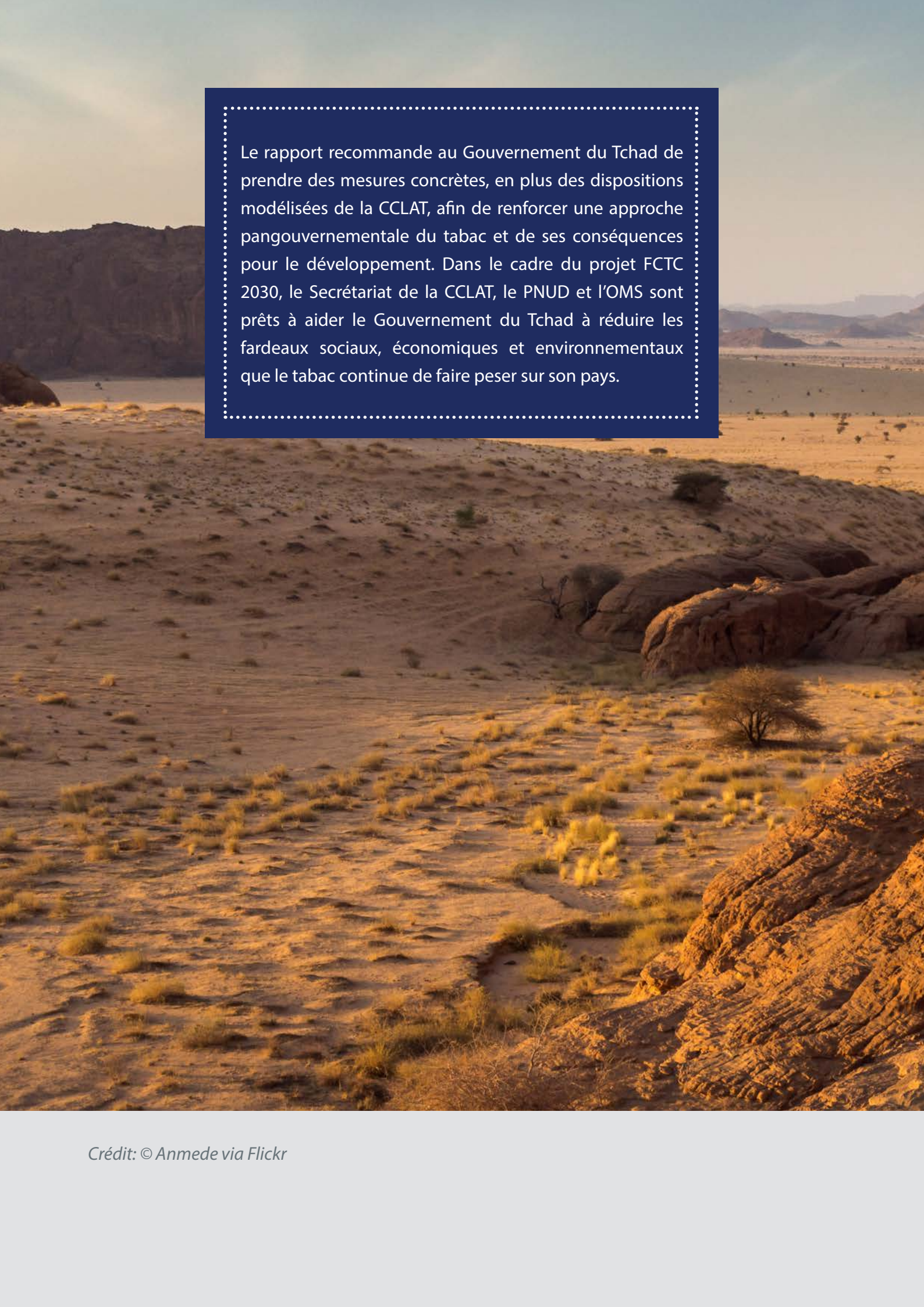


Contents

Liste des figures et des tableaux	vii
1. Résumé	1
2. Introduction	4
3. Lutte antitabac au Tchad: situation et contexte.....	7
3.1 Prévalence de l'usage du tabac, normes sociales et sensibilisation	7
3.2 Mesures réglementaires de lutte antitabac	8
3.3 Stratégie nationale multisectorielle de lutte antitabac et coordination ...	12
3.4 Application et respect des lois antitabac.....	13
3.5. Ingérence de l'industrie du tabac et commerce illicite.....	13
4. Méthodologie	14
5. Résultats.....	16
5.1 Le fardeau actuel de la consommation de tabac: coûts sanitaires et économiques	16
5.2 Mise en place de mesures visant à réduire le fardeau du tabagisme.....	19
5.3 Avantages pour la santé—vies sauvées.....	20
5.4 Avantages économiques—coûts évités	20
5.5 Le retour sur investissement	23
5.6 Impact sur les Tchadiens à faible revenu	25
5.7 Les Objectifs de Développement Durable et la CCLAT	28
6. Conclusion et recommandations	29
7. Annexe: Méthodologie.....	32
7.1 Vue d'ensemble	32
7.2 Composante 1: fardeau actuel.....	33
7.3 Composante deux: scénarios de politique/d'intervention.....	35
7.4. Analyse d'équité.....	41
8. Références	43

Liste des figures et des tableaux

Fig. No.	Légende	No. de page
FIG. 1	Consommation du tabac par région	7
FIG. 2	Formes de tabac utilisés, par genre	7
FIG. 3	Étapes du modèle d'investissement	14
FIG. 4	Répartition de la part des coûts économiques directs et indirects (XAF) en 2017	17
FIG. 5	Décès imputables au tabac par maladie, 2017	18
FIG. 6	DALYs, YLDs et YLLs attribuables au tabac, 2017, par genre	19
FIG. 7	Pertes économiques liées au tabac sur 15 ans: que se passera-t-il si le Tchad ne fait rien, par opposition à une mise en œuvre de mesures antitabac par le Gouvernement pour réduire la demande de tabac?	20
FIG. 8	Sources des économies annuelles réalisées grâce à la mise en œuvre de l'ensemble de mesures antitabac	21
FIG. 9	Coûts (et économies) liés aux soins médicaux privés et publics sur 15 ans	22
FIG. 10	Prévalence du tabagisme avant et après augmentation de l'impôt, par quintile de revenu	26
FIG. 11	Décès en cas de statu quo et décès évités par augmentation de l'impôt, par quintile de revenu	27
FIG. 12	Étapes du modèle d'investissement	32
TABLEAU 1	Résumé de l'état actuel des mesures de réduction de la demande de la CCLAT au Tchad et objectifs	11
TABLEAU 2	Retour sur investissement, par politique antitabac/intervention (en milliards de XAF)	24
TABLEAU 3	Ampleurs d'effet: Réduction relative de la prévalence du tabagisme actuel par la politique/l'intervention de lutte antitabac, sur une période de 15 ans	37
TABLEAU 4	Études sur l'élasticité de la participation au tabagisme	41



Le rapport recommande au Gouvernement du Tchad de prendre des mesures concrètes, en plus des dispositions modélisées de la CCLAT, afin de renforcer une approche pangouvernementale du tabac et de ses conséquences pour le développement. Dans le cadre du projet FCTC 2030, le Secrétariat de la CCLAT, le PNUD et l'OMS sont prêts à aider le Gouvernement du Tchad à réduire les fardeaux sociaux, économiques et environnementaux que le tabac continue de faire peser sur son pays.



1. Résumé

Vue d'ensemble

Le tabac constitue un problème de santé publique et de développement durable. La consommation et la production de tabac causent des décès et maladies précoces, entraînent des coûts élevés pour la santé et des pertes économiques, élargissent les inégalités socio-économiques et entravent les progrès par rapport à divers Objectifs de Développement Durable.

Ce rapport présente les conclusions d'une argumentation en faveur de l'investissement dans la lutte antitabac au Tchad. Conformément à la Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT), la Stratégie Mondiale pour accélérer la lutte antitabac et selon les priorités énoncées par le Gouvernement du Tchad, il mesure les coûts et les avantages—en termes de santé et d'économie—de la mise en œuvre de quatre mesures prioritaires de lutte antitabac. Les quatre mesures sont les suivantes:

- 1 Poursuivre avec l'augmentation des taxes sur le tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables et générer des revenus supplémentaires pour le développement et la santé.** *(Article 6 de la CCLAT)*
- 2 Élargir et faire respecter les interdictions de fumer dans les lieux publics afin de protéger la population de la fumée du tabac.** *(Article 8 de la CCLAT)*
- 3 Mettre en place des emballages neutres.** *(Directives de l'article 11 de la CCLAT)*
- 4 Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions liées à la lutte antitabac et aux méfaits de l'utilisation du tabac par des campagnes d'information dans les médias.** *(Article 12 de la CCLAT)*

Constatations principales

Les résultats du modèle d'investissement indiquent que la consommation du tabac au Tchad entraîne des pertes économiques et pertes de santé énormes. Ces pertes annuelles comprennent a) 5 milliards de XAF de dépenses de santé et b) 27 milliards de XAF de pertes en capacité de production en raison de la mortalité prématurée, de l'invalidité et du tabagisme sur le lieu de travail. Les pertes de productivité dues à la consommation actuelle de tabac au Tchad—84% de tous les coûts liés au tabac—indiquent que la consommation de tabac entrave le développement du Tchad au-delà de la santé; un engagement multisectoriel est nécessaire pour une lutte antitabac efficace et d'autres secteurs tirent un grand profit des investissements dans la lutte antitabac.

Chaque année, le tabac tue près de 2 500 Tchadiens, avec 71% de ces décès parmi la population âgée moins de 70 ans. Plus de 800 de ces vies perdues à cause de la consommation de tabac sont causées par une exposition à la fumée secondaire et 384 (47%) décès dus à la fumée secondaire concernent des enfants de moins de 15 ans.

En agissant maintenant, le Gouvernement du Tchad peut réduire le fardeau de la consommation de tabac. Les conclusions du modèle d'investissement démontrent que l'adoption et la mise en œuvre de quatre mesures de lutte antitabac de la CCLAT permettraient, au cours des 15 prochaines années de:

Éviter des pertes économiques de 105,7 milliards de XAF. Cela inclurait 88,3 milliards de XAF en pertes de production évitées. Les mesures de lutte antitabac stimulent la croissance économique en faisant en sorte que moins de personnes 1) quittent le marché du travail pour cause de mortalité prématurée, 2) perdent des journées de travail pour cause d'invalidité ou de maladie, et 3) travaillent à capacité réduite à cause du tabagisme.

Économiser 17,3 milliards de XAF en évitant les dépenses de santé imputables au tabac. Sur cette somme, le Gouvernement économiserait 5,4 milliards de XAF en dépenses de santé et les Tchadiens économiseraient 9,4 milliards de XAF en dépenses de santé à la charge du patient.

Sauver 10 500 vies et réduire l'incidence des maladies. Les mesures de lutte antitabac recommandées par la CCLAT contribuent aux efforts déployés par le Tchad pour atteindre la Cible 3.4 des ODD: réduire d'un tiers la mortalité prématurée (moins de 70 ans) due à des MNT d'ici 2030. L'adoption des mesures de la CCLAT permettrait d'éviter plus de 2 500 décès prématurés dus aux quatre principales MNT d'ici 2030, soit l'équivalent d'environ 4% de la réduction de la mortalité prématurée nécessaire pour atteindre la Cible 3.4 des ODD.

Fournir des avantages économiques (105,7 milliards de de XAF) qui dépassent largement les coûts (7,9 milliards de XAF) de mise en œuvre. Chacune des dispositions de la CCLAT est très rentable. L'augmentation des taxes sur les cigarettes a le retour sur investissement le plus élevé (52:1), suivie des campagnes dans les médias (22:1), de l'application des interdictions de fumer dans les lieux publics (11:1) et de la mise en œuvre de l'emballage neutre des produits du tabac (10:1).

Analyse de l'équité au Tchad, principaux constats

- Le renforcement de la lutte antitabac au Tchad confèrera des avantages sociaux à tous, mais plus particulièrement à ceux dont les revenus sont les plus bas.
- Près de la moitié des décès évités par l'augmentation des taxes sur les cigarettes feront partie du quintile de revenu le plus bas. Les 20% de la population ayant le revenu le plus faible cessent de fumer à un taux plus élevé que les individus plus riches, ce qui les aide à éviter les maladies et les dépenses de santé catastrophiques.
- L'augmentation des taxes sur les cigarettes profiterait également aux personnes à faibles revenus si les recettes fiscales générées par le Gouvernement étaient réinvesties dans des priorités de développement national telles que la couverture de santé universelle, y compris les aides au sevrage tabagique.
- Des preuves provenant du monde entier indiquent que les recettes publiques globales augmentent, et non en baisse, du fait de la hausse des taxes sur les cigarettes.

Recommandations

Les résultats du modèle d'investissement pour la CCLAT au Tchad montrent qu'il existe une possibilité factuelle de réduire le fardeau du tabac sur la santé, sur l'économie et sur les autres problèmes de développement, grâce à des actions préventives ciblant le tabagisme. En investissant maintenant dans les mesures de lutte antitabac, le Tchad peut accélérer ses efforts pour atteindre les Objectifs de Développement Durable, qui préconisent une réduction d'un tiers de la mortalité prématurée d'ici 2030.

Le rapport recommande au Gouvernement du Tchad de prendre des mesures concrètes, en plus des dispositions modélisées de la CCLAT, afin de renforcer une approche pangouvernementale du tabac et de ses conséquences pour le développement. Dans le cadre du projet FCTC 2030, le Secrétariat de la CCLAT, le PNUD et l'OMS sont prêts à aider le Gouvernement du Tchad à réduire les fardeaux sociaux, économiques et environnementaux que le tabac continue de faire peser sur son pays.

- 1 Augmenter les taxes sur le tabac et réduire le commerce illicite.**
- 2 Renforcer le cadre législatif de la lutte antitabac et son application.**
- 3 Renforcer la coordination et la planification multisectorielles.**

2. Introduction

Le tabac est l'une des principales menaces pour la santé dans le monde et un facteur de risque majeur de maladies non transmissibles (MNT), notamment: cancers, diabète, maladies respiratoires chroniques et maladies cardiovasculaires. Au Tchad, plus de 595 000 personnes utilisent des produits du tabac, entraînant environ 2 473 décès par an.¹ Soixante et onze pour cent de ces décès surviennent chez les moins de 70 ans.²

Outre le coût pour la santé, le tabac impose un lourd fardeau économique. En 2012, dans le monde entier, les dépenses de santé consacrées au traitement des maladies et des traumatismes causés par l'usage du tabac ont représenté près de six pour cent des dépenses de santé mondiales.³ De plus, le tabagisme peut réduire la productivité en retirant définitivement ou temporairement des personnes du marché du travail en raison de problèmes de santé.⁴ Lorsque des individus meurent prématurément, le résultat du travail qu'ils auraient produit pendant leurs années restantes est perdu. De plus, les personnes en mauvaise santé risquent davantage de manquer des journées de travail (absentéisme) ou de travailler à capacité réduite (présentéisme).^{5,6}

Le tabagisme peut déplacer les dépenses des ménages qui auraient dû couvrir les besoins essentiels, notamment en matière d'alimentation et d'éducation,^{7,8,9} contribuant ainsi à enfoncer certaines familles dans la pauvreté et la faim.^{10,11} Il impose des problèmes sanitaires et socio-économiques aux pauvres, aux femmes, aux jeunes et aux autres populations vulnérables.¹² Pendant ce temps, la production de tabac provoque des dommages environnementaux, notamment la dégradation des sols, la pollution de l'eau et la déforestation.^{13,14,15} Compte tenu des vastes répercussions du tabac sur le développement, une lutte antitabac efficace exige la participation de secteurs autres que celui de la santé dans le cadre d'une approche pangouvernementale.

L'Agenda 2030 reconnaît que les tendances actuelles en matière d'usage du tabac au Tchad et dans le monde sont incompatibles avec le développement durable. Dans le cadre de la Cible 3.4 des Objectifs de Développement Durable (ODD), l'Agenda 2030 engage les États membres à réduire d'un tiers le nombre de décès prématurés par MNT (c'est-à-dire décès entre 30 et 70 ans) d'ici 2030. L'accélération des progrès en matière de MNT nécessite une mise en œuvre renforcée de la CCLAT (Cible 3.a des ODD). La lutte antitabac n'est pas seulement un moyen essentiel d'améliorer la santé de la population, elle constitue également une approche prouvée pour réduire la pauvreté et les inégalités, assurer la croissance économique et faire progresser le développement durable dans son ensemble. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour enrayer l'épidémie de tabac.

Le Tchad a ratifié la CCLAT en 2006.¹⁶ Depuis, le Tchad a réalisé des progrès significatifs dans la lutte antitabac, en exigeant que de grandes étiquettes d'avertissement graphiques apparaissent sur les emballages de tabac, en interdisant toute forme de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac; et en instaurant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics.^{17, 18}

En légiférant et en finançant ces mesures importantes, le Tchad contribue à enrayer l'épidémie de tabac. L'intensification des politiques existantes et la mise en œuvre de nouvelles mesures peuvent réduire davantage la courbe de prévalence de l'usage du tabac et générer des gains supplémentaires en matière de santé et d'économie. Par exemple, il est possible de mener une campagne nationale antitabac et de mettre en œuvre des lois sur l'emballage neutre.¹⁹ Pour tirer pleinement parti des avantages de ces mesures, il faut des efforts concertés et coordonnés de multiples secteurs du Gouvernement, ainsi que des responsables de haut niveau et un public informé.

En 2018, le Secrétariat de la CCLAT, le PNUD et l'OMS ont entrepris une mission conjointe au Tchad afin de lancer un argumentaire d'investissement dans le cadre du projet FCTC 2030. Le projet FCTC 2030 est une initiative mondiale financée par le Gouvernement britannique pour aider les pays à renforcer la mise en œuvre de la CCLAT afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD). Le Tchad est l'un des 15 pays du monde à bénéficier de ce soutien.

Un modèle d'investissement analyse les coûts sanitaires et économiques de l'usage du tabac ainsi que les avantages potentiels de la mise en œuvre à plus grande échelle des mesures de la CCLAT. Il identifie quelles mesures de la CCLAT visant à réduire les demandes peuvent générer les plus importants bénéfices sur le plan sanitaire et économique au Tchad (retour sur investissement; ROI). En consultation avec le Gouvernement du Tchad, quatre dispositions clés de la CCLAT ont été sélectionnées pour servir de modèle dans le modèle d'investissement:



Augmenter les taxes sur le tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables. *(Article 6 de la CCLAT)*



Faire respecter l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics afin de protéger la population de la fumée du tabac. *(Article 8 de la CCLAT)*



Mettre en œuvre l'emballage neutre. *(Directives de l'article 11 de la CCLAT)*



Organiser des campagnes médiatiques contre le tabagisme. *(Article 12 de la CCLAT)*

La **section 3** de ce rapport donne un aperçu de la lutte antitabac au Tchad, y compris la prévalence de l'usage du tabac ainsi que les difficultés et les opportunités. La **section 4** résume la méthodologie du modèle d'investissement (voir l'Annexe et l'Annexe technique¹ pour plus de détails). La **section 5** présente les principales conclusions de l'analyse économique, notamment l'impact de l'augmentation de la taxe sur les cigarettes sur différents groupes socio-économiques. Le rapport se termine à la **section 6** avec une série de recommandations.



Crédit: © Ken Doerr via Flickr

1 Disponible sur demande

3. Lutte antitabac au Tchad: situation et contexte

3.1 Prévalence de l'usage du tabac, normes sociales et sensibilisation

Au Tchad, 13,4% des hommes et 2,7% des femmes âgés de 15 ans et plus utilisent au moins une forme de tabac.²⁰ L'usage du tabac varie d'une région à l'autre, les taux les plus faibles se trouvant dans les régions centrales du pays (1,1% à Lac et 1,9% à Barh El Gazal) et les taux les plus élevés dans les régions méridionales de Mayo Kebbi Est (20,4%) et de Logone Oriental (13,0%),²¹ comme le montre la **Figure 1**.

Le type de produits du tabac consommés varie selon le genre. La **Figure 2** montre que la prévalence de la cigarette est environ deux fois plus élevée que celle des autres formes de tabac, telles que le tabac à priser ou le tabac à chiquer, chez les hommes.²² Cependant, chez les femmes, le taux d'utilisation d'autres produits du tabac est quatre fois supérieur à la prévalence de la cigarette. Le tabac à chiquer, connu sous le nom de *tambook* au Tchad, est fermenté, moulu et mélangé avec du bicarbonate de sodium et maintenu dans la bouche, tandis que le tabac à priser c'est du tabac séché et finement moulu qui est mélangé avec du nitrate de potassium et d'autres sels et inhalé par pincées.

Le tabagisme est fortement corrélé au revenu. Les 20% les plus pauvres du Tchad utilisent le tabac à un taux de 9,8%, tandis que les 20% les plus riches le consomment à un taux de 4,2%.²³ Il en résulte que les Tchadiens ayant un faible revenu héritent d'une part disproportionnée des fardeaux sanitaires et économiques résultant des maladies et de la mortalité imputables au tabac. Étant donné que les avantages pour la santé et l'économie de la lutte antitabac profitent de manière disproportionnée à ces groupes à faible revenu, la lutte antitabac est considérée comme une approche politique favorable aux pauvres qui accélère la réalisation de l'ODD 10 visant à réduire les inégalités.

Fig. 1: Consommation du tabac par région

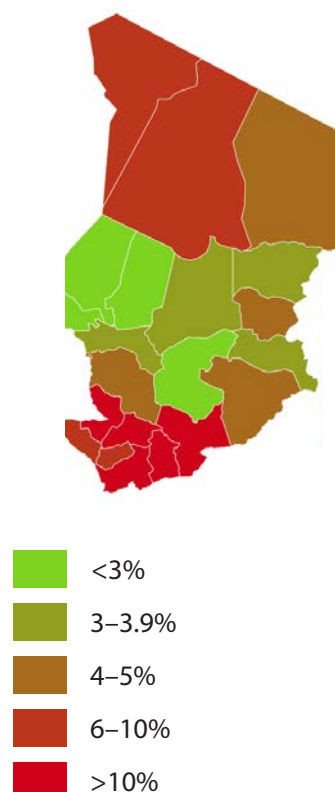
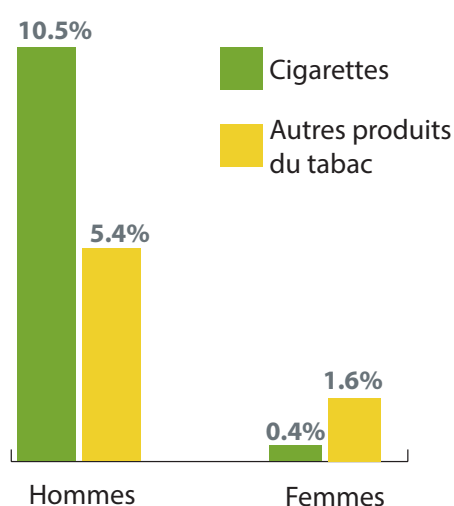


Fig. 2: Formes de tabac utilisées, par genre



3.2 Mesures réglementaires de lutte antitabac

Des mesures fiscales et réglementaires strictes peuvent avoir une influence déterminante sur les normes en signalant à la population que l'usage du tabac est nocif. Quatre ans après son adhésion à la CCLAT en 2006, le Tchad a adopté la loi n° 10 / PR / 2010 sur la lutte antitabac. Cette loi et plusieurs règlements interdisent de fumer dans les lieux publics, imposent des étiquettes de mise en garde sur les emballages, interdisent toutes formes directes et indirectes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac.²⁴ En juin 2018, le Tchad a ratifié le protocole sur le commerce illicite de tabac.

Cependant, plusieurs dispositions de la CCLAT ne sont pas couvertes par le cadre juridique actuel (par exemple, tests des produits du tabac, prévention de l'ingérence de l'industrie du tabac, réglementation des ventes duty-free, fourniture de services de sevrage tabagique accessibles, interdiction de la vente de cigarettes par tige). De même, certaines mesures couvertes par la législation en vigueur restent incomplètes, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Le Ministère de la Santé travaille actuellement sur une réglementation visant à définir les "lieux publics" et à conférer le pouvoir de contrôle à différentes entités, notamment les nouveaux inspecteurs de la santé publique relevant de la police nationale. Pour protéger davantage la santé de sa population, le Tchad peut honorer ses obligations en tant que membre de la CCLAT en renforçant les politiques existantes et en mettant en œuvre des mesures supplémentaires pour réduire la demande de tabac. Ce qui suit résume la situation sur la mise en œuvre des interventions.



Taxation

Le Tchad applique actuellement un taux de taxation total sur les cigarettes qui représente 34,5% du prix de vente au détail de la marque de cigarettes la plus vendue. Cela ne correspond pas à la recommandation de la CCLAT selon laquelle les taxes doivent représenter *au moins* 75% du prix de vente au détail des produits du tabac avec au moins 70% des taxes composées de droits d'accise.²⁵ Le Tchad a progressé dans le domaine de la hausse des impôts, avec la mise en place d'une taxe d'accise spécifique de 100 XAF sur tous les paquets de cigarettes entrée en vigueur le 1er janvier 2019 avec la loi des finances 2019. En outre, il a été annoncé que les recettes fiscales supplémentaires seraient affectées à la promotion de la santé publique.

Cependant, le Tchad peut augmenter davantage les impôts en mettant l'accent sur l'augmentation de taxes d'accise spécifiques afin de générer des gains supplémentaires en matière de santé et de revenus pour le Gouvernement. Le Tchad devrait également mettre en place un mécanisme d'ajustement ou des procédures périodiques pour réévaluer le niveau de la taxe sur le tabac et taxer tous les produits du tabac de manière égale pour que les consommateurs ne passent pas à des produits moins chers (par exemple le *tambook*). Le modèle d'investissement examine l'impact du doublement du coût d'un paquet de cigarettes au cours des sept premières années, avec des augmentations supplémentaires jusqu'en 2033.



Une interdiction de fumer dans tous les lieux publics

Le Tchad a promulgué une loi interdisant de fumer dans tous les lieux publics. Cependant, le respect des interdictions rencontre des problèmes importants. Par exemple, une étude menée en 2016 sur 105 bars, restaurants, cafés et hôtels au Tchad a révélé que les clients fumaient dans 72% des lieux et le personnel fumait dans 15% des lieux.²⁶



Étiquettes d'avertissement graphiques

Afin d'informer les consommateurs sur les effets nocifs du tabac, le Tchad a exigé que les emballages de cigarettes et tabacs sans fumée soient dotés de quatre étiquettes d'avertissement graphiques rotatives et des messages textes qui couvrent 70% des emballages.²⁷ Cela est conforme à l'obligation de la CCLAT concernant les étiquettes d'avertissement graphiques, qui devraient couvrir au moins 50% des emballages de tabac. Cette intervention n'est donc pas prise en compte dans le modèle d'investissement pour le Tchad.



L'emballage neutre

L'emballage neutre—couleurs neutres, sans marque et logos—n'est actuellement pas obligatoire.²⁸ L'emballage neutre des produits du tabac renforcerait l'impact des avertissements de santé et éliminerait la possibilité d'utiliser l'emballage pour véhiculer de la publicité.



Campagne médiatique anti-tabac

Le Gouvernement du Tchad, en partenariat avec l'Association pour la défense des droits des consommateurs (ADC) et la Croix Blue ont parrainé plusieurs campagnes médiatiques antitabac au cours des cinq dernières années.²⁹ Dans le cadre de l'initiative « STOP Tabachad », plusieurs campagnes de sensibilisation à travers le pays ont été menées. Des campagnes nationales dans les médias de masse ont été diffusées dans deux télévisions et deux radios jouissants d'une portée nationale. Entre 2018 et 2019, le Gouvernement du Tchad diffuse dans la radio nationale et certaines radios privées des spots publicitaires d'une durée de quatre semaines consécutives et renouvelables deux à trois fois dans l'année.



Publicité, promotion et parrainage du tabac (PPP)

Le Tchad a décrété l'interdiction complète de toutes les formes de publicité, promotion et parrainage du tabac (PPP), y compris la publicité directe sur les principaux supports (télévision, radio, presse écrite, panneaux d'affichage, internet) et les formes indirectes de promotion et de parrainage (par exemple, distribution gratuite de produits du tabac, étalages de produits dans un point de vente). Le respect des interdictions serait élevé et cette intervention n'est pas modélisée dans le modèle d'investissements.³⁰

Le **Tableau 1** résume l'état actuel des mesures de la CCLAT sur la réduction de la demande et les compare aux objectifs de la CCLAT pour chaque mesure. Atteindre les objectifs cibles peut réduire davantage la consommation de tabac.

Tableau 1: Résumé de l'état actuel des mesures de réduction de la demande de la CCLAT au Tchad et objectifs

Politique antitabac	Situation de base	Objectifs
Augmenter les taxes sur le tabac afin de rendre les produits du tabac moins abordables. (Article 6)	Part de taxe équivalente à 34,5% du prix de vente au détail de la marque de cigarette la plus vendue.	Augmenter encore plus les prix du tabac en augmentant les taxes sur les cigarettes et le tabac sans fumée. Uniformiser les taxes sur tous les produits du tabac et augmenter la composante spécifique de la taxe d'accise afin de réduire la possibilité que les consommateurs optent pour des marques et des produits moins chers. Mettre en œuvre des augmentations régulières des taxes pour dépasser l'inflation et la hausse des revenus.
Mettre en place et faire respecter les interdictions de fumer dans tous les lieux publics afin de protéger les personnes de la fumée du tabac. (Article 8)	Il est interdit de fumer dans tous les lieux publics, mais le respect et l'application de la loi sont faibles. ³¹	Respecte actuellement les directives de la CCLAT relatives à l'interdiction de fumer dans tous les lieux de travail et les lieux publics intérieurs. Cependant, le renforcement de l'application et du respect de l'interdiction entraînerait encore plus d'avantages.
Ordonner que les produits du tabac et leurs emballages comportent de grands avertissements sanitaires décrivant les effets nocifs du tabagisme. (Article 11)	Quatre étiquettes graphiques d'avertissement doivent couvrir 70% des emballages de tabac et faire l'objet d'une rotation.	Conforme aux directives de la CCLAT concernant les étiquettes d'avertissement graphiques.
Ordonner l'emballage neutre de tous les produits du tabac (Article 11: lignes directrices)	Aucune loi ne prescrit d'emballage neutre pour les produits du tabac.	Mettre en place une loi exigeant un emballage neutre.
Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions de lutte antitabac et aux méfaits de l'usage du tabac par des campagnes d'information dans les médias. (Article 12)	Le Tchad n'a pas mené de campagne nationale antitabac ces cinq dernières années.	Mettre en place une campagne médiatique anti-tabac à l'échelle nationale qui soit recherchée et testée auprès d'un public ciblé; diffusée à la télévision et à la radio; avec évaluation de l'impact.
Promulguer et appliquer une interdiction complète de toutes les formes de parrainage et de promotion de la publicité pour le tabac. (Article 13)	La publicité est interdite sur les principaux supports (télévision, radio, Internet, panneaux d'affichage, presse, etc.), tout comme les formes indirectes de promotion et de parrainage.	Respecte actuellement les directives de la CCLAT relatives à l'interdiction des publicités, des promotions et des parrainages pour le tabac.

*Sauf indication contraire, les informations figurant dans ce tableau sont issues du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabac: Profil du pays — Tchad.³²

3.3 Stratégie nationale multisectorielle de lutte antitabac et coordination

Le Tchad a bien progressé dans le renforcement de la coordination, de la planification et de la stratégie multisectorielles nationales de lutte antitabac. En 2014, le Tchad a mis en place le Programme national de lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues (PNLTAD). Il existe deux niveaux d'organisation du PNLTAD: le niveau de coordination central et le niveau régional, bien que le niveau régional ne soit pas encore opérationnel. Les capacités du PNLTAD sont limitées en raison du manque de ressources, mais le Tchad a promulgué une augmentation spécifique de la taxe sur le tabac en janvier 2019, affectant les recettes qui en résultent à l'amélioration de la santé publique, y compris la lutte antitabac.

En 2007, le Tchad a créé le Comité national de lutte contre le tabagisme (CNLT), son mécanisme de coordination nationale multisectoriel spécifique à la lutte antitabac. Le CNLT est subdivisé en trois entités: le Conseil national pour la lutte antitabac, présidé par le Premier Ministre du Tchad; le Comité technique pour la lutte antitabac rattaché au PNLTAD; et des comités régionaux sous la supervision du Ministre de la Santé. Les comités régionaux ne sont pas opérationnels. Le CNLT réunit des ministères clés, la société civile, des confessions religieuses et des partenaires de développement, mais les secteurs représentés n'ont pas de rôles définis.

Le PNLTAD et le CNLT ayant été créés par décret ministériel et n'ayant pas de structure dédiée dotée d'une autonomie financière, ils ne peuvent pas recevoir de financement dédié provenant de taxes spécifiques allouées par le Ministère des Finances et approuvées par l'Assemblée nationale. Plusieurs intervenants ont recommandé que le PNLTAD et le CNLT aient un statut élevé et soient rétablis sous la même forme par une législation. Cela permettrait au PNLTAD de concevoir un budget annuel et au Ministère des Finances de percevoir une taxe spécifique sur le tabac et d'affecter des recettes de la taxe sur le tabac au financement des activités du PNLTAD.

En septembre 2018, le Ministère de la Santé a lancé la stratégie nationale multisectorielle de lutte antitabac du Tchad. L'objectif général est de réduire de 1/3 la prévalence du tabagisme chez les adultes de 15 ans et plus d'ici 2022. Les objectifs spécifiques consistent notamment à renforcer le cadre juridique et institutionnel de la lutte antitabac, réduire la demande en produits du tabac, réduire l'offre en produits du tabac, développer les recherches sur le tabagisme et enfin, mettre en œuvre un système de la surveillance épidémiologique, de suivi et d'évaluation du tabagisme. La stratégie est conforme à la politique nationale de santé du Tchad 2016–2030 et au plan de développement national 2017–2021. Elle a été lancée avec l'adhésion et le soutien de multiples secteurs de l'État. Développé sous l'égide du PNLTAD, sa mise en œuvre doit être coordonnée par le CNLT. La stratégie n'est que partiellement financée par les contributions des donateurs et du Ministère de la santé, et aucun accord de partage des coûts n'a été conclu avec les autres secteurs concernés.

3.4 Application et respect des lois antitabac

Les parties prenantes au Tchad citent le manque de mise en œuvre et de sensibilisation parmi les deux principaux obstacles à la mise en œuvre de la CCLAT dans le pays. Cela concerne en particulier l'interdiction de fumer dans les lieux publics; l'interdiction de vente aux mineurs et par ceux-ci; l'interdiction de la publicité, du parrainage et de la promotion du tabac; et l'interdiction des bars à chicha publics. La police municipale (gendarmerie) peut appliquer la loi, mais exige des directives claires sur la loi et ses exigences. Le Ministère de la Santé et d'autres organismes ont organisé une formation à l'application de la loi à l'intention des responsables politiques et des forces de l'ordre de N'Djamena en octobre 2018, financée en partie par le projet FCTC 2030. La nouvelle force de police sanitaire relevant de la police nationale aidera la police nationale tant au niveau communal que national, à assurer le respect de la loi, ainsi que le stipule la loi nationale antitabac. En 2017, deux notes circulaires interdisant de fumer dans les locaux de tous les ministères ont été publiées. L'application de cette interdiction de fumer reste toutefois problématique.

3.5 Ingérence de l'industrie du tabac et commerce illicite

Le Tchad a un fabricant de produits du tabac, la Manufacture des Cigarettes du Tchad (MCT), filiale du groupe Imperial Tobacco. Son siège se trouve à N'Djamena et l'usine de fabrication est située à Moundou, une ville au sud de la capitale. MCT aurait produit 48,3 millions de paquets de cigarettes en 2016, contre 36,6 millions en 2003. L'industrie du tabac au Tchad tente activement de façonner la réglementation en sa faveur. L'industrie a fait pression pour que la rotation des messages graphiques requis en vertu de l'ordonnance 039 soit retardée et pour que le Gouvernement adopte le système de traçabilité des produits du tabac de l'industrie du tabac, «Codentify».

Il n'y a actuellement aucun code de conduite ou autre disposition au Tchad pour empêcher l'ingérence de l'industrie du tabac. Toutefois, le Tchad reçoit une assistance financière et technique de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires dans le cadre du projet 21, intitulé "Protéger la politique nationale de santé du Tchad, comme le préconisent les politiques MPOWER de l'OMS et les dispositions de l'article 5.3 de la CCLAT contre les ingérences de l'industrie du tabac". Le Ministère de la Santé dirige un comité de surveillance de l'industrie du tabac relevant du mécanisme national de coordination, le CNLT.

Selon les rapports des parties prenantes, le tabac illicite au Tchad provient principalement du Nigéria et est acheminé vers le Tchad via le Cameroun. Certains tabacs illicites proviennent également de la Libye et du Soudan. Le problème est que le Ministère du commerce ne dispose pas de mécanismes adéquats pour garantir la déclaration des importations de tabac. Le Gouvernement a créé une unité douanière mobile chargée de saisir le tabac illicite et d'autres produits, mais l'unité n'a pas reçu les fonds nécessaires. Selon les parties prenantes au Tchad, les importations illicites de tabac sont facilement accessibles et achetées.

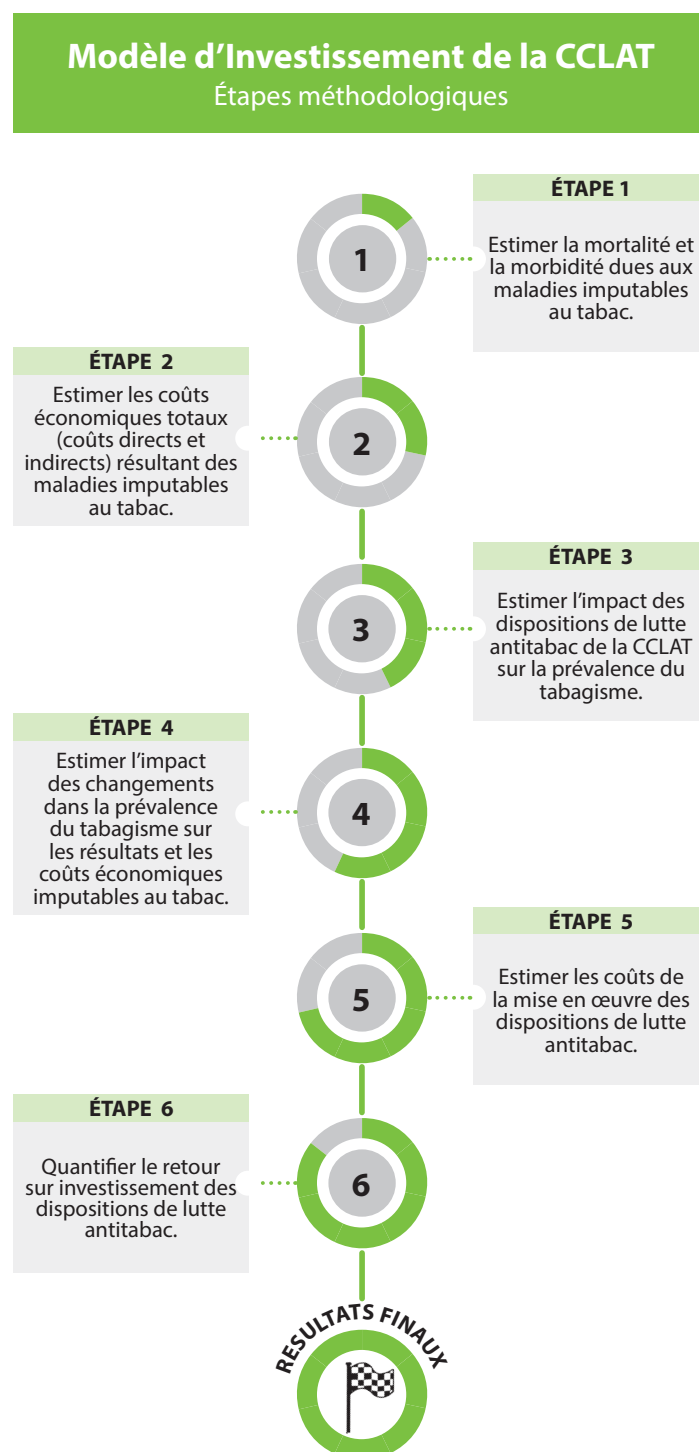
4. Méthodologie

L'objectif du modèle d'investissement est de quantifier le fardeau actuel du tabagisme sur la santé et l'économie au Tchad (dans le contexte des mesures de lutte antitabac actuellement en place); d'estimer l'impact que l'application de nouvelles mesures de lutte antitabac—ou l'intensification des mesures existantes—aurait sur la réduction de ce fardeau; et de fournir une analyse des autres impacts susceptibles d'influer la décision du Gouvernement de mettre en œuvre des mesures antitabac.

Un modèle statique développé par RTI International, intégrant une approche sur la fraction étiologique du risque, a été créé pour mener à bien le modèle d'investissement et exécuter les étapes méthodologiques décrites à la **Figure 3**. Les outils et méthodes utilisés pour exécuter ces étapes sont décrits dans l'annexe de ce rapport. Les lecteurs intéressés sont également invités à se reporter à l'Annexe technique.²

L'équipe en charge du modèle d'investissement a travaillé avec des partenaires au Tchad pour collecter des données nationales pour le modèle. Lorsque les données n'étaient pas disponibles auprès du Gouvernement ou d'autres sources locales, l'équipe a utilisé des données nationales,

Fig. 3: Étapes du modèle d'investissement



² Disponible sur demande.

régionales et mondiales accessibles au public provenant de sources telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la base de données de la Banque mondiale, l'étude sur la Charge Mondiale de Morbidité (GBD) de l'Institut des mesures et évaluations en matière de santé (IHME) et de littératures universitaires.

Dans le modèles de l'investissement, les coûts et les bénéfices monétisés sont rapportés de manière constante en francs CFA (XAF) de 2017 et actualisés au taux annuel de trois pour cent.



Crédit: © Anmede via Flickr

5. Résultats

5.1 Le fardeau actuel de la consommation de tabac: coûts sanitaires et économiques³

Le tabagisme sape la croissance économique. En 2017, le tabagisme a causé environ 2 473 décès au Tchad, dont 71% parmi les moins de 70 ans. Le Tchad a perdu des années productives au cours desquelles ces personnes auraient fait partie de la population active. Les pertes économiques dues à la mortalité liée au tabac en 2017 sont estimées à 20,5 milliards de XAF.

Bien que les coûts de la mortalité prématurée soient élevés, les conséquences de la consommation de tabac commencent bien avant le décès. Comme les individus souffrent de maladies imputables au tabac (par exemple, une maladie cardiaque, des accidents vasculaires cérébraux, des cancers), des soins médicaux coûteux sont nécessaires pour les traiter. Les dépenses en traitement médical pour les maladies causées par le tabagisme ont coûté 1,6 milliards de XAF au Gouvernement en 2017 et ont incité les citoyens tchadiens à dépenser 2,8 milliards de XAF en dépenses de santé à la charge des patients. Les organismes privés d'assurance et à but non lucratif au service des ménages ont dépensé 0,7 milliard de XAF pour le traitement des maladies imputables au tabac en 2017. Au total, le tabagisme a généré 5,2 milliards de XAF en dépenses de santé.

En plus des coûts en soins médicaux, les individus tombant malades deviennent plus susceptibles de manquer des journées de travail (absentéisme) ou d'être moins productifs au travail (présentéisme). En 2017, le coût de l'absentéisme excessif dû à une maladie liée au tabac s'élevait à 1,1 milliard de XAF et le coût du présentéisme dû à la cigarette, à 3,3 milliards de XAF.

Enfin, même dans leurs années de vie saine, les fumeurs qui travaillent sont moins productifs que les non-fumeurs. Les fumeurs prennent environ dix minutes supplémentaires par jour de pause que les non-fumeurs.³³ Si le salaire moyen des travailleurs est évalué à dix minutes, l'effet cumulatif cumulé de 149 500 fumeurs salariés prenant dix minutes supplémentaires par jour pour prendre une pause cigarette équivaut à une perte de productivité de 2,2 milliards de XAF par an. Au total, le tabagisme a coûté 32,3⁴ milliards de XAF à l'économie du Tchad en 2017, soit environ 0,5% du PIB 2017 du Tchad. La **Figure 4** décompose les coûts directs et indirects. Les **Figures 5** et **6** illustrent les pertes de santé annuelles dues au tabagisme.

³ Dans l'évaluation du "fardeau actuel" du tabagisme, les coûts économiques de la mortalité prématurée comprennent le coût des décès prématurés dus à toute forme d'exposition au tabac (y compris le tabagisme, la fumée secondaire et l'utilisation d'autres types de produits du tabac). Seuls les coûts attribuables au fait de fumer (et non au tabac) sont calculés pour les dépenses de santé, l'absentéisme, le présentéisme et les pauses-cigarette. Alors que d'autres formes de tabac peuvent également causer des pertes dans ces catégories, aucune donnée n'est disponible pour localiser ces pertes.

⁴ La somme des composantes pourrait ne pas être exactement 32,3 à cause des arrondissements de calcul.

Le fardeau actuel de la consommation de tabac

Fig. 4: Répartition de la part des coûts économiques directs et indirects (XAF) en 2017

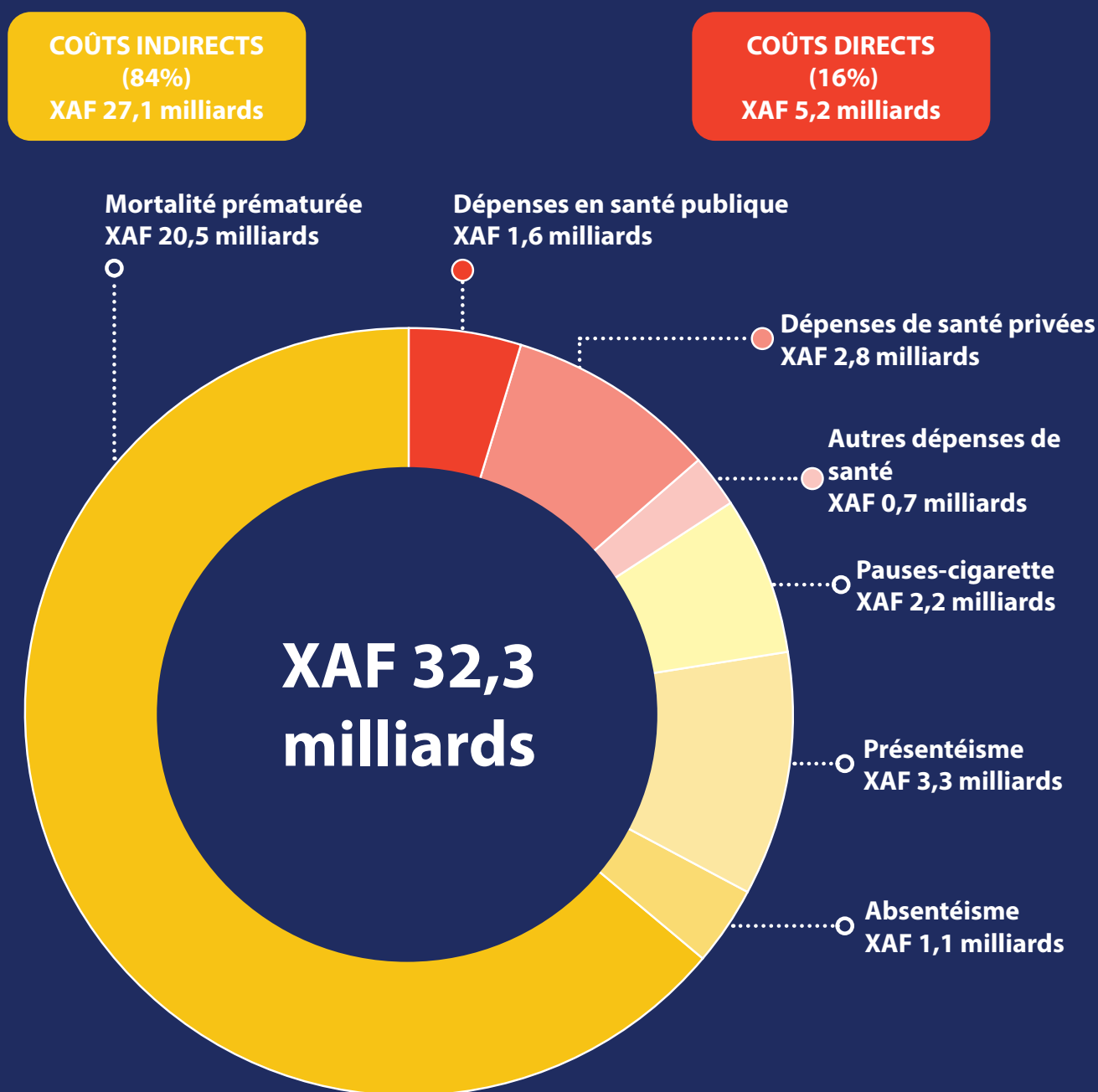


Fig. 5: Décès imputables au tabac par maladie, 2017 (Résultats tirés de l'outil de résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité (GBD) de l'IHME. Les autres maladies incluent: le cancer du foie, l'asthme, la maladie d'Alzheimer et d'autres démences, le cancer de l'estomac, l'ulcère gastroduodéal, le cancer du larynx, le cancer de la lèvre et de la cavité buccale, le cancer de la vessie, les hémorragies méningées, le cancer du côlon et du rectum, la leucémie, le cancer du col utérin, l'anévrisme aortique, le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer du pancréas, autres cancers du pharynx, maladies de la vésicule biliaire et des maladies biliaires, cancer du nasopharynx, cancer du rein, fibrillation et flutter auriculaires.)

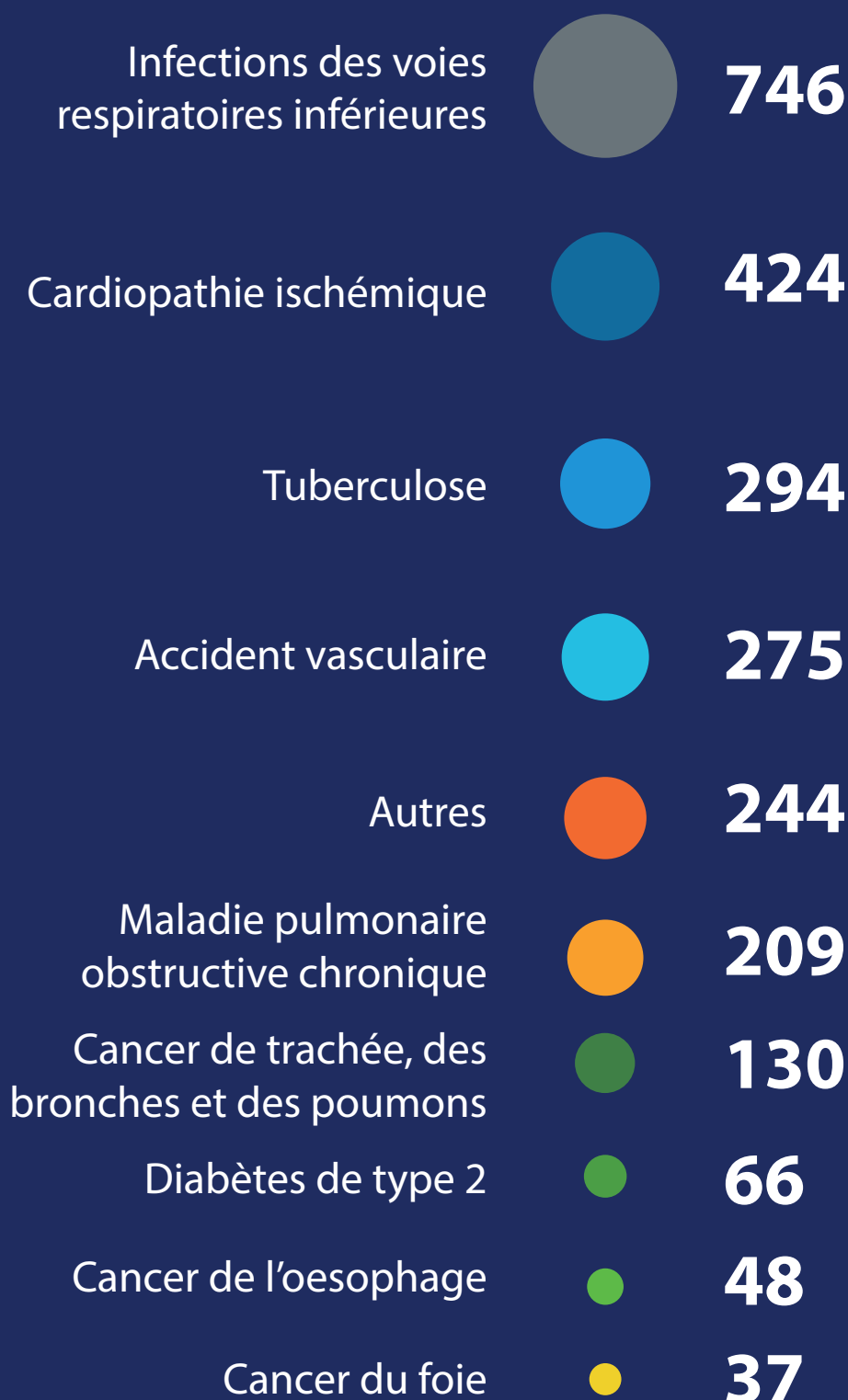
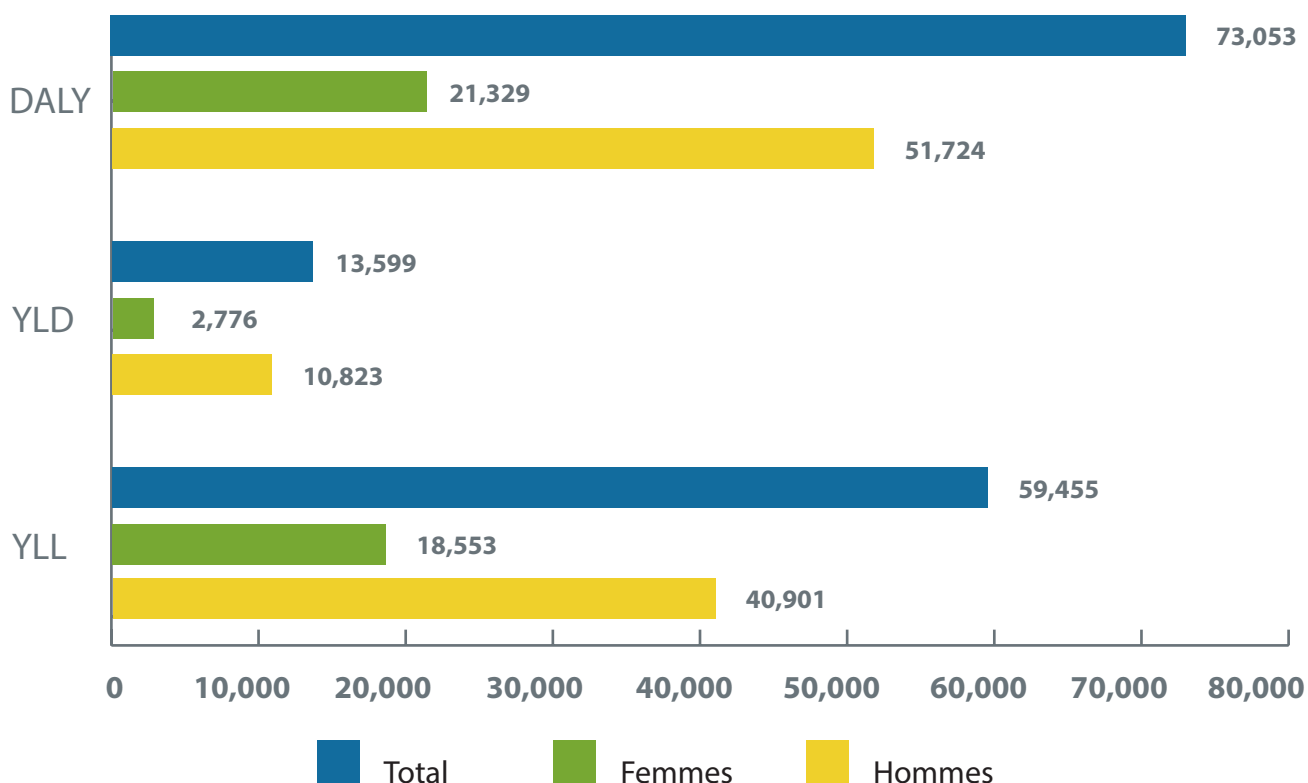


Fig. 6: DALYs, YLDs et YLLs attribuables au tabac, 2017, par genre⁵

5.2 Mise en place de mesures visant à réduire le fardeau du tabagisme

En mettant en place de nouvelles mesures de la CCLAT ou en intensifiant celles déjà existantes, le Tchad peut obtenir des retombées économiques et sanitaires substantielles et commencer à réduire de 32,3 milliards de XAF les pertes économiques directes et indirectes annuelles dues à la consommation de tabac.

Les deux sections suivantes présentent les avantages pour la santé et l'économie résultant de quatre actions politiques de la CCLAT visant à : 1) augmenter la taxation des cigarettes afin de rendre les produits du tabac moins abordables; 2) renforcer l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics; 3) organiser des campagnes nationales antitabac dans les médias de masse afin de sensibiliser davantage au danger du tabagisme; 4) mettre en place un emballage neutre des produits du tabac.

⁵ Les années YLD sont «des années vécues avec une santé moins qu'idéale... [Les années YLD sont] mesurées en prenant la prévalence d'une condition [de la maladie] multipliée par la pondération de l'incapacité pour cette condition. Les pondérations de l'incapacité reflètent la gravité de différentes conditions». Les YLL sont «calculées en soustrayant l'âge au décès de l'espérance de vie la plus longue possible pour une personne de cet âge.» Les DALY «sont égales à la somme des YLL et des YLD. Une DALY équivaut à une année perdue de vie en bonne santé.» Source: IHME. (2018). Questions fréquemment posées. Extrait de <<http://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY?>>

5.3 Avantages pour la santé—vies sauvées

La mise en place d'un ensemble complet de mesures de lutte antitabac (comprenant les quatre mesures énumérées ci-dessus) permettrait de réduire la prévalence de la consommation de cigarette, ce qui entraînerait des avantages substantiels pour la santé. En particulier, la promulgation de cet ensemble réduirait la prévalence de la cigarette de 46,8% (en termes relatifs) sur 15 ans, ce qui permettrait de sauver 10 531 vies de 2019 à 2033, soit 702 vies par an.

5.4 Avantages économiques—coûts évités

En mettant en œuvre l'ensemble des mesures antitabac, le Tchad éviterait 27% de la perte économique que devrait entraîner le tabagisme au cours des 15 prochaines années. La **Figure 7** illustre dans quelle mesure le Tchad peut réduire les pertes économiques qu'il est prévu de subir en vertu du statu quo.

Fig. 7: Pertes économiques liées au tabac sur 15 ans: que se passera-t-il si le Tchad ne fait rien, par opposition à une mise en œuvre de mesures antitabac par le Gouvernement pour réduire la demande de tabac?



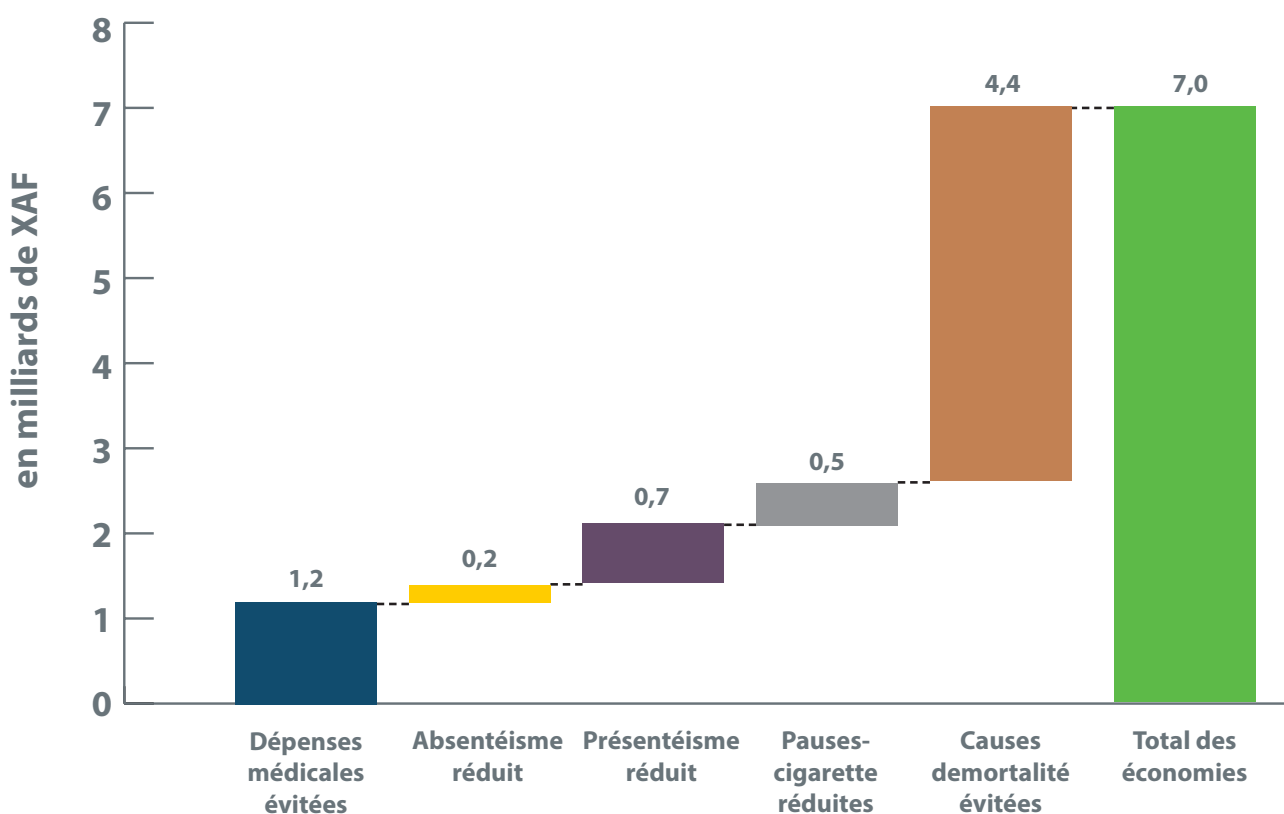
Au total, en 15 ans, le Tchad économiserait environ 105,7 milliards de XAF, qui seraient perdus s'il n'appliquait pas l'ensemble des mesures antitabac. Cela équivaut à environ 7,0 milliards de XAF de pertes économiques évitées par an.

Avec une meilleure santé, moins de personnes seront traitées pour des complications dues à la maladie, ce qui entraîne des économies directes pour le Gouvernement et les citoyens. En outre, une meilleure santé conduit à une productivité accrue des travailleurs. Moins de personnes en âge de travailler quittent prématurément le marché du travail pour cause de décès. Les ouvriers manquent moins de jours de travail (absentéisme) et sont moins gênés par des complications de santé au travail (présentéisme). Enfin, comme la prévalence du tabagisme diminue, moins de personnes prennent des pauses-cigarette sur leur lieu de travail.

En plus des économies réalisées en évitant les pertes en soins et en productivité, l'uniformisation des taux d'imposition sur les produits du tabac sans fumée et sur les cigarettes générerait des revenus supplémentaires significatifs, qui pourraient être alloués aux mesures de lutte antitabac recommandées ici, ainsi que des efforts plus larges pour atteindre les Objectifs de Développement Durable. Le Programme d'action sur le financement du développement d'Addis-Abeba en 2015, adopté par consensus plusieurs semaines avant la formalisation de l'Agenda 2030, spécifiait l'augmentation des taxes sur le tabac en tant que moyen essentiel de financer l'Agenda 2030 pour le Développement Durable. Ces gains provenant de revenus supplémentaires ne sont pas modélisés dans le cadre des économies réalisées grâce à la mise en œuvre de l'ensemble recommandé ici, mais ces revenus supplémentaires seraient un avantage tout aussi concret que les économies projetées dans ce modèle d'investissement.

La **Figure 8** présente les sources d'économies annuelles. Les économies annuelles les plus importantes résultent de l'évitement de la mortalité prématurée (XAF 4.4). La deuxième source d'épargne annuelle la plus importante sont les dépenses en soins de santé évitées (1,2 milliard de XAF), suivies de la réduction du présentéisme (0,7 milliard de XAF), de la réduction du nombre de pauses pour fumer (0,5 milliard de XAF) et de la réduction de l'absentéisme (0,2 milliard de XAF).

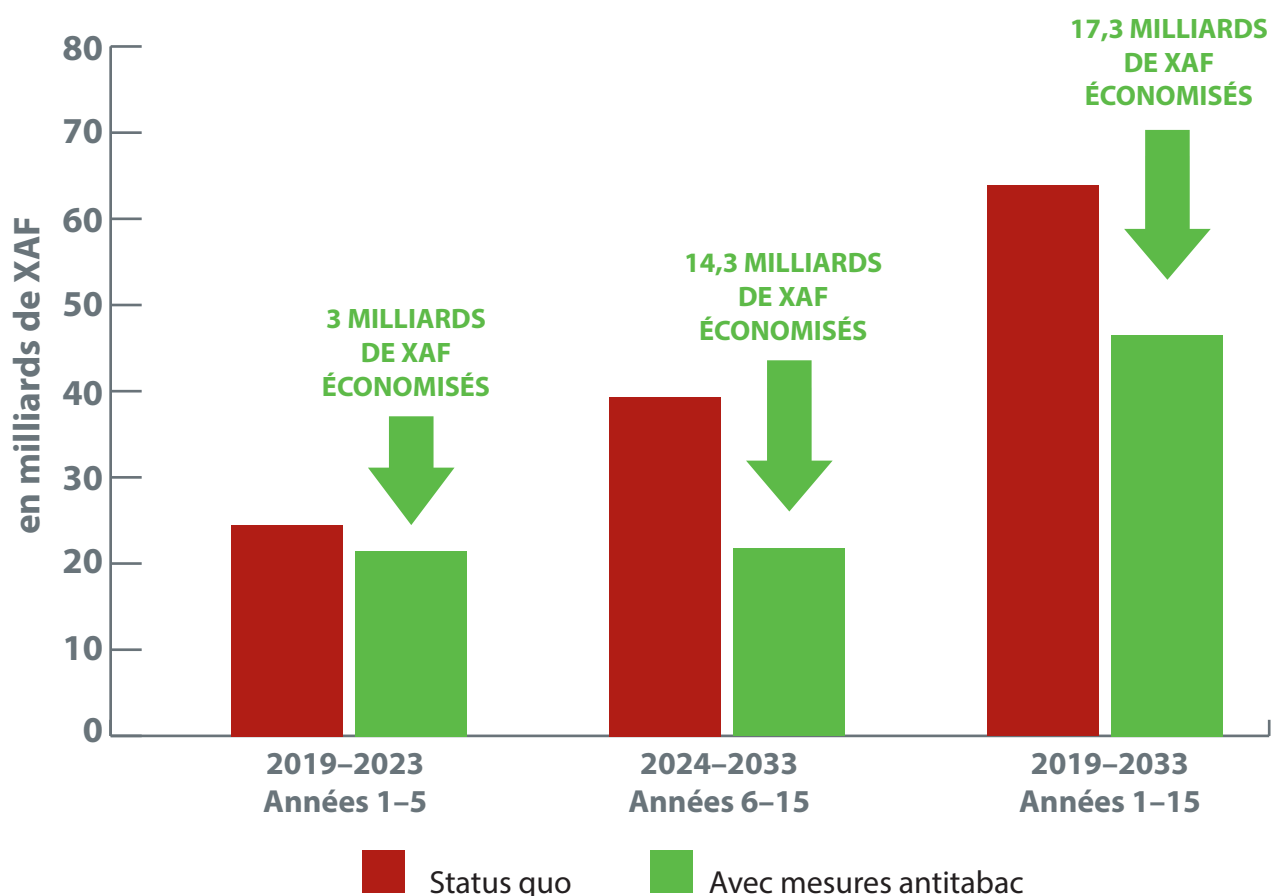
Fig. 8: Sources des économies annuelles réalisées grâce à la mise en œuvre de l'ensemble de mesures antitabac



La mise en œuvre de l'ensemble de mesures antitabac réduit les dépenses de santé des citoyens et du Gouvernement. À l'heure actuelle, les dépenses annuelles totales consacrées aux soins médicaux privés et publics au Tchad s'élèvent à environ 306 milliards de XAF, dont 1,7% sont directement liés au traitement des maladies dues au tabac³⁴ ($\approx 5,2$ milliards de XAF).

D'une année à l'autre, l'ensemble des interventions réduit la prévalence du tabagisme, ce qui entraîne moins de maladie et, par conséquent, moins de dépenses en soins de santé (voir **Figure 9**). Sur l'horizon de 15 ans de l'analyse, l'ensemble des interventions représente 17,3 milliards de XAF en dépenses de santé, soit 1,2 milliard de XAF par an. De ce montant, 31% des économies sont réalisées par le Gouvernement et 54% par des citoyens qui auraient payé de leur poche les soins médicaux. Le reste de l'épargne va à l'assurance privée. Ainsi, rien qu'en réduisant les coûts des soins médicaux, le Gouvernement économisera environ 5,5 milliards de XAF sur 15 ans. Parallèlement, le Gouvernement parviendrait à réduire le fardeau des dépenses de santé imposé par le tabac aux citoyens tchadiens, en soutenant les efforts visant à réduire les difficultés économiques des familles. Plutôt que de dépenser pour le traitement des maladies évitables, ces familles seraient en mesure d'investir davantage dans la nutrition, l'éducation et d'autres intrants pour assurer un meilleur avenir.

Fig. 9: Coûts (et économies) liés aux soins médicaux privés et publics sur 15 ans



5.5 Le retour sur investissement

Un investissement est considéré comme rentable d'un point de vue économique si les avantages de sa réalisation dépassent ses coûts. Une analyse du retour sur investissement (ROI) mesure l'efficacité des investissements antitabac en divisant les avantages économiques tirés de la mise en œuvre des investissements antitabac de la CCLAT par le coût des investissements. Pour le modèle d'investissement au Tchad, le retour sur investissement de chaque intervention a été évalué à court terme (période de cinq ans), afin de l'aligner sur les cycles de planification et politiques, et à moyen terme (15 ans), pour l'aligner aux ODD. Le retour sur investissement indique le retour sur investissement de chaque intervention et de l'ensemble des mesures. L'avantage est la capacité de mesurer quelles interventions sont censées avoir le plus grand impact.

Le **Tableau 2** présente les coûts, les avantages et le retour sur investissement par intervention, ainsi que pour toutes les interventions combinées. Toutes les interventions individuelles génèrent un retour sur investissement supérieur à un au cours des cinq premières années, ce qui signifie que même à court terme, les avantages de la mise en œuvre des interventions dépassent les coûts. En fonction de l'intervention, au cours des cinq premières années, le Gouvernement récupérera entre trois et 22 fois son investissement. Le retour sur investissement de chaque intervention continue de croître au fil du temps, reflétant l'efficacité croissante des mesures politiques à mesure qu'elles passent des étapes de planification et de développement à la mise en œuvre intégrale.

Tableau 2: Retour sur investissement, par politique antitabac/intervention (en milliards de XAF)

Retour sur investissement, par politique antitabac/ intervention	5 premières années (2019–2023)			Total 15 années (2019–2033)		
	Coût total (milliards)	Avantage Total (milliards)	ROI	Coût total (milliards)	Avantage Total (milliards)	ROI
Ensemble des mesures antitabac* <i>(toutes les politiques / interventions mises en œuvre simultanément)</i>	3.32	18.45	6	7.94	105.66	13
Augmenter les Taxes <i>(Art. 6 de la CCLAT)</i>	0.51	11.13	22	1.17	61.36	52
Campagne Médiaque <i>(Art. 12 de la CCLAT)</i>	1.05	3.27	3	2.28	25.31	11
Emballages Neutres <i>(Art.11 de la CCLAT: Lignes directrices)</i>	0.51	1.37	3	1.10	10.76	10
Protéger la population de la fumée de tabac <i>(Art. 8 de la CCLAT)</i>	0.61	5.13	8	1.75	39.26	22

* L'impact combiné de toutes les interventions n'est pas la somme des interventions individuelles. Pour évaluer l'effet combiné des interventions, selon Levy et ses collaborateurs (2018), «les ampleurs d'effet [sont appliquées] sous la forme de réductions relatives constantes; c'est-à-dire que pour les politiques i et j à effet PR_i et PR_j, $(1-PR_{ii}) \times (1-PR_{jj})$ [est] appliqué à la prévalence actuelle du tabagisme [35, p. 454]. Les coûts du paquet tabac incluent les coûts des politiques examinées, ainsi que les coûts programmatiques pour mettre en œuvre et superviser un programme complet de lutte antitabac.

Sur une période de 15 ans, le relèvement des taxes sur les cigarettes devrait générer le retour sur investissement le plus élevé (52:1). Les campagnes médiatiques sont les suivantes (22:1), suivies de l'interdiction de fumer dans les lieux publics (11:1) et de la mise en œuvre de l'emballage neutre (10:1).

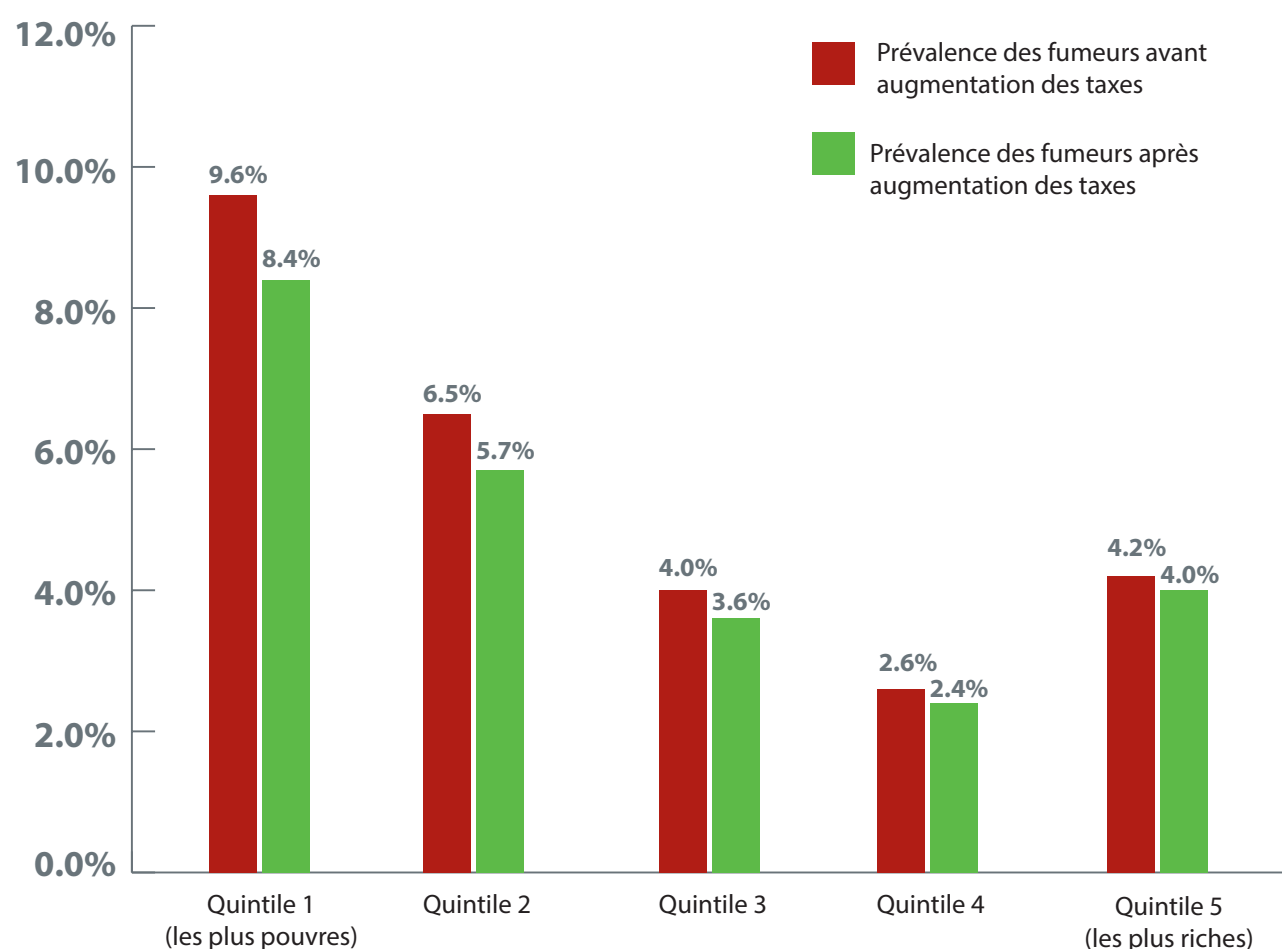
5.6 Impact sur les Tchadiens à faible revenu

L'augmentation des taxes sur les cigarettes a le retour sur investissement le plus élevé des cinq politiques incluses dans cette analyse. Cependant, on pense souvent à tort que les taxes sur les produits du tabac peuvent avoir un impact disproportionné sur les consommateurs de tabac à faible revenu, car le fardeau fiscal représente une proportion de leur revenu supérieure à celle des consommateurs de tabac plus riches. Au contraire, il a été démontré que les personnes à faible revenu bénéficieraient en réalité davantage de la hausse des taxes sur les cigarettes.³⁶ Comparativement aux fumeurs plus riches, les fumeurs à faible revenu sont plus susceptibles d'arrêter de fumer lorsque les taxes sont augmentées,³⁷ ce qui signifie qu'ils bénéficient davantage de la réduction ultérieure des problèmes de santé liés au tabac et des coûts médicaux qui en résultent. Au Liban,³⁸ par exemple, une augmentation de 50% du prix des cigarettes devrait permettre d'éviter 23 000 nouveaux cas de pauvreté en 50 ans, et ce même niveau d'augmentation a permis d'éviter 2,1 millions de dépenses de santé catastrophiques en Inde, 440 000 au Bangladesh et 250 000 au Vietnam.³⁹

Pour examiner dans quelle mesure une augmentation de la taxe sur les cigarettes pourrait être considérée comme favorable aux pauvres au Tchad, le modèle d'investissement entreprend une analyse d'équité. L'analyse divise la population tchadienne en cinq groupes égaux, en fonction du revenu, où le quintile 1 est composé des 20% de la population ayant les revenus les plus faibles et le quintile 5 des 20% les plus riches. Au sein de chaque groupe de revenus, l'analyse examine l'impact des augmentations de taxes qui font augmenter le prix du paquet moyen de cigarettes d'environ 34% (250 francs, soit environ 0,44 US\$). Les élasticités moyennes de la prévalence du tabac dans un ensemble de pays à revenu faible et intermédiaire sont utilisées pour évaluer la réaction de différents groupes économiques aux variations de prix.

Les résultats de l'analyse montrent que tous les quintiles de revenus réduisent le tabagisme en réponse aux mesures fiscales, mais comme les personnes à faible revenu sont plus sensibles aux variations de prix et que leur taux de tabagisme est plus élevé au Tchad, l'augmentation des taxes entraîne la plus forte baisse de la prévalence du tabagisme dans le quintile de revenu le plus faible (voir la **Figure 10**).

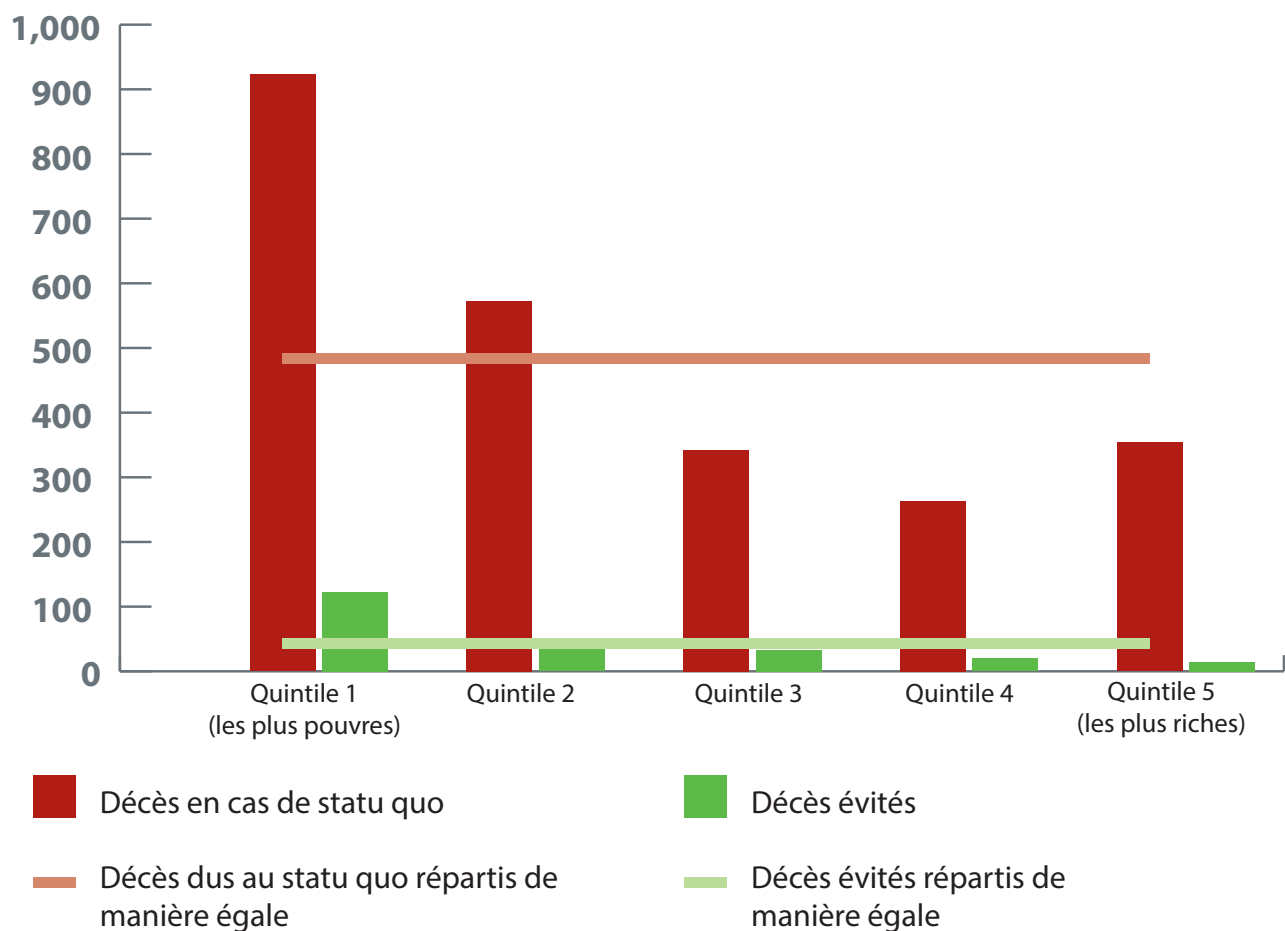
Fig. 10: Prévalence du tabagisme avant et après augmentation de l'impôt, par quintile de revenu



La baisse des taux de tabagisme se traduit par des gains de santé. Avant l'augmentation de la taxe, sur les 2 473 décès attribuables au tabac observés en 2017, 37% concernaient les 20% de la population ayant les revenus les plus faibles (quintile 1). Toutefois, étant donné que l'augmentation des taxes ferait baisser au maximum la prévalence du tabagisme dans le quintile des revenus les plus bas, les bienfaits sur la santé leur reviendraient de manière disproportionnée.

Le modèle d'investissement montre que près de la moitié (48%) des 254 personnes qui éviteraient la mort en raison de l'augmentation des impôts feraient partie des 20% ayant les revenus les plus faibles, comme le montre la **Figure 11**.⁶ Le deuxième quintile des revenus les plus bas bénéficierait de 25% des décès évités, suivis des trois quintiles les plus riches.

Fig. 11: Décès en cas de statu quo et décès évités par augmentation de l'impôt, par quintile de revenu



⁶ La ligne horizontale rouge indique le nombre de décès dus au statu quo s'ils étaient répartis de manière égale entre les quintiles et la ligne bleue indique le nombre de décès évités s'ils étaient répartis de manière égale entre les quintiles.

5.7 Les Objectifs de Développement Durable et la CCLAT

L'adoption et le renforcement des quatre mesures visant à réduire la demande de tabac permettront au Tchad de réaliser la Cible 3.A des ODD de renforcer la mise en œuvre de la CCLAT. De plus, agir maintenant contribuera aux efforts déployés par le Tchad pour atteindre la Cible 3.4 des ODD: réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée par MNT d'ici 2030. Ces gains en matière de santé soutiendront le développement plus largement, y compris la réduction de la pauvreté et des inégalités (ODD 1 et 10, respectivement) et la croissance économique (ODD 8).

Au Tchad, en 2017, plus de 16 600 décès prématurés de personnes âgés de 30 à 70 ans ont été causés par les quatre principales maladies non transmissibles (MCV, diabète, cancer, et MPOC). Environ 5% de ces décès prématurés sont dus à l'usage du tabac. L'adoption des mesures de la CCLAT identifiées dans le modèle d'investissement réduirait la prévalence de l'usage du tabac—facteur de risque déterminant de l'incidence des MNT—prévenant plus de 2 500 décès prématurés dus aux quatre principaux MNT au cours des 12 prochaines années (2019 à 2030). La prévention de ces décès représente l'équivalent d'environ 4% de la réduction nécessaire de la mortalité prématurée pour atteindre la Cible 3.4 des ODD.



La Cible 3.4 des ODD

D'ici 2030, les mesures de la CCLAT vont...

Réduire la prévalence de l'usage du tabac de plus de deux cinquièmes par rapport aux niveaux actuels.

Réduire les coûts économiques liés au tabagisme de 80,8 milliards de XAF, notamment en économisant 13,3 milliards de XAF en dépenses de santé.

Générer des économies (80,8 milliards de XAF) dépassant largement les coûts (6,7 milliards de XAF), avec un retour sur investissement global de 12:1.

6. Conclusion et recommandations

Chaque année, la consommation de tabac coûte 32,3 milliards de XAF au Tchad et entraîne des pertes économiques ainsi que des pertes de développement humain considérables. Heureusement, le modèle d'investissement montre qu'il est possible de réduire le fardeau social et économique du tabac au Tchad. L'adoption des dispositions multisectorielles recommandées en matière de lutte antitabac permettrait de sauver plus de 700 vies chaque année et de réduire l'incidence des maladies, permettant ainsi de réduire les coûts médicaux et les pertes de productivité. Sur le plan économique, ces avantages sont considérables et s'élèveront à 106 milliards de XAF au cours des quinze prochaines années. En outre, les avantages économiques du renforcement de la lutte antitabac au Tchad dépassent largement les coûts de mise en œuvre (105,7 milliards de XAF d'avantages contre seulement 7,9 milliards de XAF de coûts).

En investissant dès maintenant pour intensifier la mise en œuvre des quatre mesures de lutte antitabac modélisées dans ce modèle d'investissement, le Tchad permettrait non seulement de réduire la consommation de tabac, d'améliorer la santé, de réduire les dépenses publiques en matière de santé et de développer l'économie, mais aussi de réduire les difficultés des Tchadiens, en particulier celles de la population à faibles revenus. De nombreux pays réinvestissent les économies réalisées sur les dépenses de santé et les recettes provenant de la hausse des taxes sur le tabac dans des priorités de développement nationales telles que la couverture de santé universelle.

Le modèle d'investissement offre des arguments économiques et sociaux convaincants en faveur de la mise en œuvre des mesures fondamentales de la CCLAT. Les décideurs de tous les secteurs sont encouragés à partager largement les résultats du modèle d'investissement entre tous les secteurs du Gouvernement, du parlement, de la société civile, du public, des partenaires de développement et des établissements universitaires. Cela renforcerait le soutien public et politique à la lutte antitabac. Une stratégie de plaidoyer contenant des messages clés, par exemple sur la manière dont la lutte antitabac peut soutenir la croissance économique et réduire les difficultés des personnes à faible revenu, peut aider les décideurs à diffuser le message. Les avantages du modèle d'investissement sont plus susceptibles d'être réalisés si les actions suivantes sont entreprises:



Augmenter les taxes sur le tabac et réduire le commerce illicite.

Le Gouvernement du Tchad a reconnu l'importance des mesures financières et fiscales visant à réduire la consommation de tabac, en augmentant les taxes sur les produits du tabac, le plus récent en janvier 2019. Toutefois, les taxes restent en dessous du niveau recommandé par l'OMS (au moins 75% du prix de détail incluant au moins une taxe d'accise de 70%). Augmenter davantage les taxes sur les produits du tabac afin d'augmenter leur prix permettrait d'atteindre les objectifs de réduction de la consommation de tabac, de réduction des coûts de soins de santé et de fournir au secteur public les revenus supplémentaires nécessaires pour investir dans d'autres efforts de développement durable.

Il est également recommandé que le Gouvernement tchadien continue de travailler en étroite collaboration avec le Secrétariat de la Convention et l'OMS pour augmenter régulièrement les taxes sur le tabac via un système de taxation spécifique ou mixte et agir en tant que puissant défenseur de la promotion du changement de politique au niveau de la CEMAC. Il conviendrait de poursuivre l'extension des hausses de taxes à tous les produits du tabac (pas uniquement les cigarettes) afin d'empêcher les consommateurs de tabac de passer aux marques ou aux produits les moins chers (par exemple, *tambook*).

Les décideurs politiques qui préconisent des augmentations supplémentaires de la taxe sur le tabac peuvent désormais citer des preuves solides, spécifiques au Tchad, de ce rapport, selon lesquelles les augmentations de la taxe sur le tabac sont favorables à l'économie et au développement, bénéficiant le plus aux couches les plus défavorisées de la société. Cela est particulièrement vrai si—comme de nombreux pays—le Tchad réinvestit les économies réalisées sur les dépenses de santé et les recettes provenant de la hausse des taxes sur le tabac, dans les mesures de réduction de la pauvreté, notamment la couverture maladie universelle. Cela permettrait également au Tchad de respecter ses engagements au titre de la déclaration d'Abuja aux termes de laquelle il s'est engagé à affecter 15% de son budget national à l'amélioration du secteur de la santé.

Il est tout aussi important d'élaborer une stratégie et des systèmes robustes pour lutter contre le commerce illicite du tabac, afin d'éviter la perte de recettes fiscales pour le Gouvernement et la perte de vies humaines. Le Tchad est devenu Partie au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac depuis le 13 juin 2018, mais n'a pas encore pris de mesures pour le mettre en œuvre. Il est donc recommandé que le Tchad accélère l'adoption d'un système de suivi et de traçabilité conforme au Protocole afin lutter efficacement contre le commerce illicite des produits du tabac.



Renforcer le cadre législatif de lutte antitabac et son application.

Bien que le Tchad dispose d'un cadre juridique solide en matière de lutte antitabac, il existe plusieurs mesures de lutte antitabac de la Convention-cadre de l'OMS qui ne sont pas couvertes par la législation en vigueur. Celles-ci incluent les tests de produits du tabac, la prévention des ingérences de l'industrie du tabac, la fourniture de services de sevrage de tabac accessibles, la réglementation des ventes en duty-free et l'interdiction de la vente de cigarettes par tige. Il est donc recommandé que le PNLTAD et le CNLT se rencontrent pour décider de la révision des lois existantes et du cadre réglementaire et pour renforcer le cadre de mise en œuvre et d'application.

L'application des lois antitabac au Tchad reste problématique. Cela concerne en particulier l'interdiction de fumer dans les lieux publics; l'interdiction de vente aux mineurs et par ceux-ci; l'interdiction de la publicité, du parrainage et de la promotion du tabac; et l'interdiction des bars à chicha publics. Les mécanismes institutionnels pour appliquer la loi restent faibles. Il est recommandé que le PNLTAD et le CNLT se rencontrent pour élaborer un plan visant à appliquer pleinement ces dispositions. Les formations destinées aux agents de la fonction publique et aux organismes Gouvernementaux telles que celle qui a eu lieu à N'Djamena en 2018 devraient être reproduites dans d'autres régions et villes. En outre, en tant que principal employeur au Tchad et modèle de comportement pour les Tchadiens, le Gouvernement devrait veiller à ce que les interdictions de fumer soient pleinement appliquées dans les locaux du Gouvernement, comme l'exige la loi.



Renforcer la coordination et la planification multisectorielles.

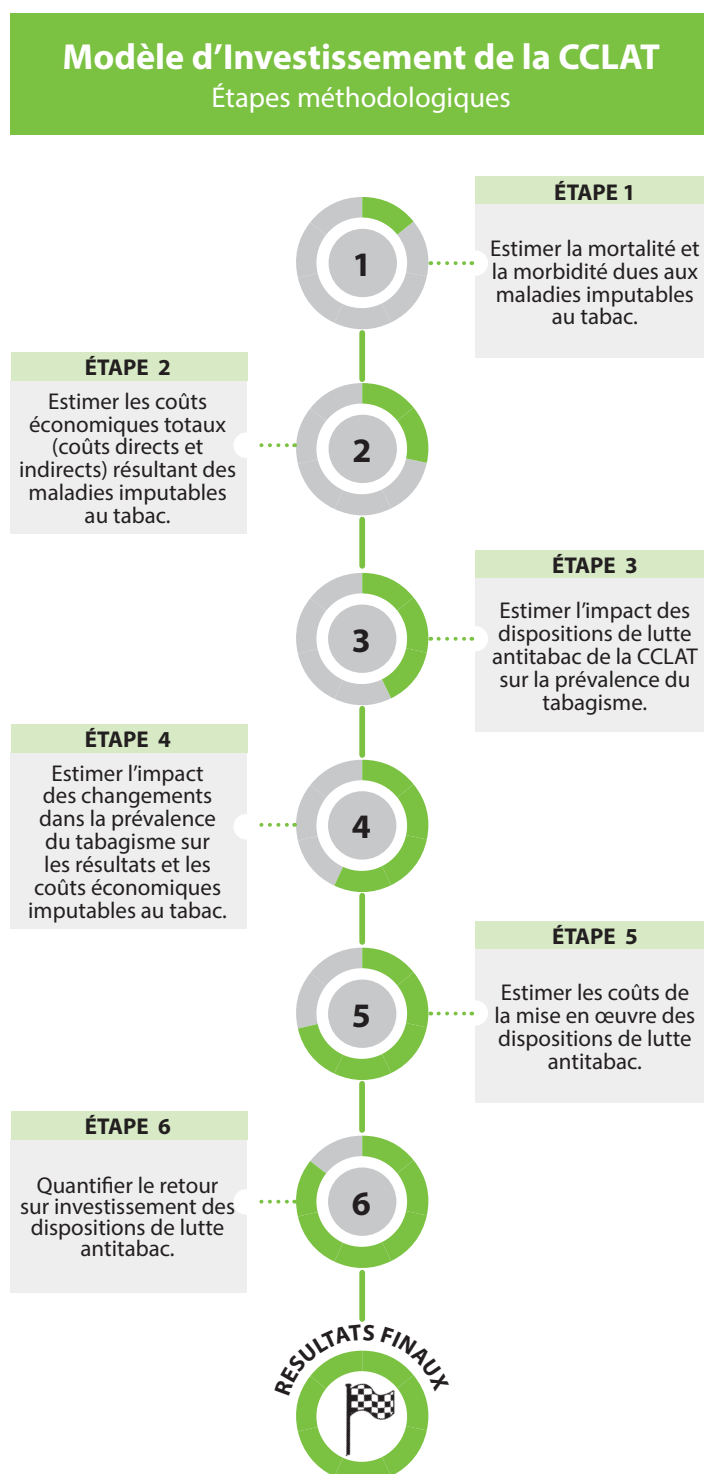
En créant le CNLT dirigé par le PNLTAD, le Tchad a pris des mesures concrètes pour mettre en place une coordination multisectorielle efficace de la lutte antitabac. Cependant, le CNLT et le PNLTAD souffrent d'un manque de ressources et les niveaux décentralisés des deux ne sont pas encore opérationnels. Compte tenu des avantages économiques de la lutte antitabac démontrés par ce modèle d'investissement, il est recommandé que le Ministère de la Santé collabore avec le Ministère des Finances afin d'allouer une partie des recettes fiscales accrues du tabac au PNLTAD et au CNLT, ainsi qu'à la mise en œuvre de la nouvelle stratégie multisectorielle nationale de lutte antitabac.

7. Annexe: Méthodologie

7.1 Vue d'ensemble

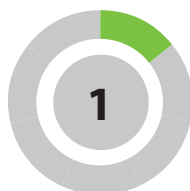
L'analyse économique comprend deux éléments: 1) évaluer le fardeau actuel du tabagisme et 2) examiner dans quelle mesure les dispositions de la CCLAT peuvent le réduire. Les deux premières étapes méthodologiques décrites à la **Figure 12** servent à évaluer le fardeau actuel du tabagisme, tandis que les étapes méthodologiques 3 à 6 évaluent les coûts et les avantages de la mise en œuvre ou de l'intensification des dispositions de la CCLAT visant à réduire la demande de tabac. Les outils et méthodes utilisés pour effectuer ces étapes méthodologiques sont décrits en détail ci-dessous.

Fig. 12: Étapes du modèle d'investissement



7.2 COMPOSANTE 1: FARDEAU ACTUEL

La composante: modèle du fardeau actuel fournit un aperçu du fardeau actuel du tabagisme sur la santé et sur le plan économique au Tchad.



ÉTAPE 1

Estimer la mortalité et la morbidité dues aux maladies liées au tabac.

Le modèle d'investissement est rempli de données spécifiques au pays sur la mortalité et la morbidité attribuables au tabac, tirées de l'Étude sur la charge mondiale de morbidité de 2017.⁴⁰ L'étude estime dans quelle mesure le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac secondaire contribuent à l'incidence de 37 maladies, d'années de vie saine perdues et de décès dans 195 pays.



ÉTAPE 2

Estimer le total des coûts économiques (coûts directs et indirects) associés aux maladies liées au tabac.

Ensuite, le modèle estime le coût économique⁷ total de la maladie et des décès dus au tabagisme, en tenant compte des coûts directs et indirects. Direct fait référence aux dépenses de santé attribuables au tabac. Par indirect, on entend la valeur des vies perdues à cause de la mortalité prématurée imputable au tabac et des pertes de productivité de la main-d'œuvre: absentéisme, présentéisme et pauses excessives.

Coûts directs — Les coûts directs comprennent les dépenses publiques (salaires payés par le gouvernement), privées (assurances, dépenses personnelles) et autres dépenses de santé. La proportion des coûts de santé imputables au tabagisme a été obtenue auprès de Goodchild et al. (2018), qui estiment la fraction attribuable au tabagisme (SAF) des dépenses de santé pour la plupart des pays.⁴¹ Le SAF fourni dans le document pour le Tchad est de 1,7%, ce qui a été utilisé dans le modèle. Pour calculer la part des dépenses de santé attribuables au tabagisme supportée par des entités publiques, à but non lucratif et privées, il a été supposé que chaque entité supportait des coûts de soins de santé attribuables au tabagisme correspondant à sa contribution aux dépenses de santé totales, obtenues d'après la base de données sur les dépenses de santé

⁷ Pour évaluer le fardeau actuel du tabagisme, les coûts économiques de la mortalité prématurée comprennent le coût des décès prématurés dus à toute forme d'exposition au tabac (y compris le tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire et l'utilisation d'autres types de produits du tabac). Seuls les coûts attribuables au tabagisme (et non au tabac) sont calculés pour les dépenses de santé, l'absentéisme, le présentéisme et les pauses cigarettes. Alors que d'autres formes de tabac peuvent également causer des pertes dans ces catégories, aucune donnée n'est disponible pour localiser ces pertes.

de l'OMS—à partir de laquelle le Gouvernement couvre 14% du total des dépenses de santé, les sources privées et à but non lucratif 24% et les ménages 54%.⁴²

Coûts indirects — Les coûts indirects représentent la valeur monétaire du temps perdu, de la capacité de production ou de la qualité de vie résultant de maladies liées au tabac. Les coûts indirects augmentent lorsque l'usage du tabac cause des décès prématurés, éliminant ainsi les contributions économiques et sociales uniques qu'un individu aurait pu fournir au cours de ses années de vie restantes. De plus, l'usage du tabac entraîne des pertes de productivité. Comparés aux non-consommateurs de tabac, les consommateurs de tabac sont plus susceptibles de chômer leurs journées de travail (absentéisme); être moins productif au travail en raison de maladies liées au tabac (présentéisme); et de prendre des pauses supplémentaires pendant les heures de travail pour fumer.

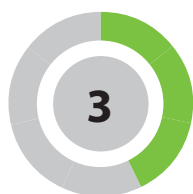
- *Le coût économique de la mortalité prématurée due au tabagisme* — La mortalité prématurée est évaluée à l'aide de l'approche du capital humain, qui attribue une valeur économique à chaque année de vie perdue. En utilisant des données du GBD sur l'âge auquel se produisent les décès attribuables au tabac, le modèle calcule le nombre total d'années de vie perdues à cause du tabac, dans l'ensemble de la population. Chaque année de vie est évaluée à 1,4 fois le PIB par habitant, selon «l'approche du revenu intégral» utilisée par Jamison et al (2013).⁴³
- *Productivity costs* — Les coûts de productivité comprennent les coûts liés à l'absentéisme, au présentéisme et aux pauses excessives dues au tabagisme. Le modèle intègre des estimations de la littérature universitaire sur le nombre de jours de travail supplémentaires manqués en raison du tabagisme actif (2,6 jours par an).⁴⁴ Les pertes de présentéisme sont obtenues de la même façon, selon une étude montrant que les fumeurs en Chine, aux États-Unis et dans cinq pays européens souffrent d'environ 22% de plus d'incapacités au travail en raison de problèmes de santé par rapport aux non-fumeurs.⁴⁵ La perte de productivité due aux pauses-cigarette est valorisée dans l'hypothèse conservatrice selon laquelle les fumeurs qui travaillent prennent dix minutes de pauses supplémentaires par jour.⁴⁶

7.3 COMPOSANTE DEUX: SCÉNARIOS DE POLITIQUE/ D'INTERVENTION

Cette composante estime les effets des mesures de lutte antitabac de la CCLAT sur la mortalité et la morbidité, ainsi que sur les coûts économiques totaux (directs et indirects) associés à la consommation de tabac.

Le modèle d'investissement utilise un modèle statique pour estimer l'impact total des mesures de lutte antitabac, ce qui signifie qu'en dehors de la prévalence du tabagisme, les variables ne changent pas tout au long de l'horizon de l'analyse. Le modèle suit une population dont la taille ou la composition (âge / sexe) ne varie pas dans le temps dans deux scénarios: un scénario de statu quo dans lequel la prévalence du tabagisme est maintenue aux taux actuels et un scénario d'intervention dans lequel la prévalence du tabagisme est réduite selon l'impact des mesures de lutte antitabac mises en œuvre ou intensifiées. Des études publiées ont utilisé des modèles statiques similaires pour estimer l'impact des mesures de lutte antitabac sur la mortalité et d'autres impacts.^{47, 48}

Dans le modèle d'investissement, la mortalité et la morbidité, ainsi que les coûts économiques calculés dans le scénario d'intervention, sont comparés au scénario du statu quo afin de déterminer dans quelle mesure les mesures de lutte antitabac peuvent réduire les coûts sanitaires et économiques.



ÉTAPE 3

Estimer l'impact des dispositions de lutte antitabac de la CCLAT sur la prévalence du tabagisme.

La sélection des mesures prioritaires de la CCLAT modélisées dans le dossier d'investissement est conforme à la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac élaborée à la suite d'une décision prise à la septième session de la Conférence des Parties (COP7) à la CCLAT. Au titre de l'objectif 1.1 de la stratégie, les Parties cherchent à accélérer la mise en œuvre de la CCLAT en fixant des priorités claires qui auront probablement le plus grand impact sur la réduction de l'usage du tabac. Cela inclut la mise en œuvre prioritaire de mesures tarifaires et fiscales (article 6) et de mesures à durée limitée de la Convention, y compris des interdictions de fumer dans tous les lieux publics (article 8), des avertissements en matière de santé et des emballages de tabac neutre (article 11), ainsi qu'une interdiction complète de la publicité, promotion et parrainage en faveur du tabac (article 13). En outre, étant donné l'importance de la sensibilisation au changement de comportement et à l'élaboration de normes culturelles, le modèle d'investissement inclut l'organisation de campagnes médiatiques de masse contre le tabagisme (article 12) en tant que mesure modelée.

Les impacts de la mise en œuvre des dispositions de la CCLAT sont tirés de la littérature. L'application de la législation sur l'environnement sans fumée, la mise en œuvre de l'emballage neutre, l'intensification des interdictions de la publicité et la conduite de campagnes dans les médias de masse sont tirées de Levy et al. (2018)⁴⁹ et Chipty (2016),⁵⁰ tels qu'adaptés dans le Résumé sur l'usage du tabac de l'Annexe 3 du Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS 2013–2020,⁵¹ et ajustés en fonction des évaluations des taux de référence de mise en œuvre au Tchad.

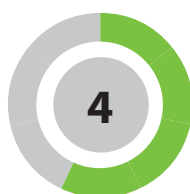
L'impact de l'augmentation des taxes sur la prévalence du tabagisme est déterminé par «l'élasticité de la prévalence» ou dans quelle mesure les individus arrêtent de fumer à la suite de variations de prix. Compte tenu du fait que l'élasticité-prix de la demande de cigarettes dans les pays à faible revenu en Afrique est de 0,56,⁵² le modèle d'investissement suppose que l'élasticité de la demande par rapport au prix au Tchad est de -0,56 et que l'élasticité de la prévalence est d'environ la moitié de l'élasticité des prix (-0,281).⁵³ Le **tableau 3** présente les ampleurs d'effet utilisées dans l'analyse du modèle d'investissement. Des informations supplémentaires sur leur dérivation sont disponibles dans l'Annexe Technique.

Dans l'analyse, il est supposé que la mise en œuvre ou l'intensification de nouvelles mesures de lutte antitabac n'a pas lieu avant la troisième année. À l'exception des taxes—dont l'incidence dépend du moment choisi pour augmenter les taux d'imposition—l'impact total des mesures est échelonné sur une période de cinq ans. La période de mise en place suit les hypothèses de l'OMS⁵⁴ selon lesquelles il faut deux ans de planification et de développement pour que les politiques soient opérationnelles, puis trois années de mise en œuvre partielle reflétant le temps nécessaire à la mise en œuvre des politiques, jusqu'à la mise en œuvre complète et à l'application. Le modèle d'investissement examine l'impact du doublement du coût d'un paquet de cigarettes au cours des sept premières années, avec des augmentations supplémentaires jusqu'en 2033 augmentant le prix à 2,87 fois son niveau de référence de 2019.

Tableau 3: Ampleurs d'effet: Réduction relative de la prévalence du tabagisme actuel par la politique/l'intervention de lutte antitabac, sur une période de 15 ans

Politique sur la lutte antitabac de la CCLAT/Intervention	Réduction relative de la prévalence du tabagisme actuel	
	5 premières années (2019–2023)	Plus de 15 ans (2019–2033)
Ensemble des mesures antitabac * (toutes les politiques / interventions mises en œuvre simultanément)	30.2%	46.8%
Augmenter les taxes sur les cigarettes (CCLAT Art.6)	16.5%	26.7%
Renforcer l'application et le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail (CCLAT Art.8)	5.8%	10.0%
Ordonner que les emballages de produits du tabac portent des avertissements sanitaires importants (CCLAT Art. 11)	Entièrement mis en place	
Emballage neutre des produits du tabac (Directives de l'art.11 de la CCLAT)	2.4%	4.2%
Mener une campagne médiatique de sensibilisation à la lutte antitabac (CCLAT Art.12)	9.12%	15.8%
Promulguer des interdictions complètes de publicité, de promotion et de parrainage (CCLAT Art. 13)	Entièrement mis en place	

* L'impact combiné de toutes les interventions n'est pas la somme des interventions individuelles. Selon Levy et ses collaborateurs (2018), «les ampleurs d'effet [sont appliquées] sous forme de réductions relatives constantes; c'est-à-dire que pour les politiques i et j à effet PRi et PRj, (1-PR ii) x (1-PR j) [est] appliqué à la prévalence actuelle du tabagisme » [55, p. 454].

**ÉTAPE 4**

Évaluer l'impact des modifications de la prévalence du tabagisme sur les résultats de santé et les coûts économiques attribuables au tabac.

Pour analyser l'impact des mesures politiques sur la réduction du fardeau de tabac liée à la santé et à l'économie, le modèle d'investissement calcule et compare deux scénarios. Dans le scénario du statu quo, les efforts en cours sont «gelés», ce qui signifie que jusqu'en 2033 (fin de l'analyse), il n'y a pas de changement par rapport aux dispositions de la lutte antitabac actuellement en vigueur. Dans le scénario «intervention», Tchad applique de nouvelles mesures antitabac ou intensifie les

mesures existantes pour réduire la prévalence du tabagisme. La différence de résultats sanitaires et économiques entre les scénarios de statu quo et d'intervention représente les gains que le Tchad peut réaliser en prenant des mesures ciblées pour réduire l'usage du tabac.

Les effets marginaux des politiques sont calculés en utilisant le scénario du statu quo comme groupe de comparaison. Pour calculer les effets marginaux, le modèle soustrait le résultat (décès imputables à un facteur de risque, dépenses en soins médicaux, etc.) dans le scénario d'intervention du même résultat dans le scénario de statu quo. La différence entre les deux résultats est la quantité de changement dans le résultat associé à la politique.

$$\text{Effets marginaux} = \text{Scénario de base de résultat} - \text{Scénario d'intervention de résultat}$$

Les effets marginaux sont calculés comme suit pour chaque résultat:

- **Résultats pour la santé:** pour calculer les réductions de mortalité et de morbidité dues à la mise en œuvre des mesures politiques, les changements prévus dans la prévalence du tabagisme sont appliqués directement aux résultats attribuables au facteur de risque de GBD du scénario du statu quo. Cela signifie que le modèle ajuste les résultats attribuables aux facteurs de risque pour la mortalité et la morbidité tels que rapportés par GBD en fonction des changements relatifs d'une année à l'autre de la prévalence du tabagisme pour chaque résultat.
- **Pour les dépenses en soins médicaux,** le modèle applique aux SAF les changements relatifs annuels prévus de la prévalence du tabagisme pour chaque scénario d'intervention. Les SAF sont ajustés dans des proportions égales au changement relatif de la prévalence du tabagisme pour chaque scénario d'intervention.
- **Les résultats de tabagisme** en milieu de travail sont recalculés en substituant la prévalence de tabagisme réelle (statu quo) à la prévalence de tabagisme annuelle estimée pour chacun des scénarios d'intervention modélisés.

**ÉTAPE 5**

Estimer les coûts financiers de la mise en œuvre des politiques et des interventions de lutte antitabac modélisées, à la fois individuellement et collectivement.

Les coûts financiers pour le Gouvernement de la mise en œuvre de nouvelles mesures - ou de l'intensification ou de l'application de mesures existantes—sont estimés à l'aide de l'outil de calcul des coûts de l'OMS pour les maladies non transmissibles. Des explications complètes sur les coûts et les hypothèses intégrées dans l'outil d'établissement des coûts des MNT de l'OMS sont disponibles.⁵⁶

L'Outil utilise une approche «ascendante» ou «basée sur les ingrédients». Dans cette méthode, chaque ressource requise pour mettre en œuvre la mesure de lutte antitabac est identifiée, quantifiée et valorisée. L'outil estime le coût de la surveillance, des ressources humaines—pour la gestion du programme, des transports, des activités de plaidoyer, de la promulgation et de la mise en application de la législation—des formations et des réunions, des médias, des fournitures et du matériel, etc. Dans l'outil, les coûts augmentent différemment au cours de quatre phases de mise en œuvre distinctes: la planification (année 1), le développement (année 2), la mise en œuvre partielle (années 3 à 5) et la mise en œuvre complète (années 6 et suivantes).

Parmi ces catégories, l'outil contient les coûts par défaut à partir de 2011, qui proviennent de l'étude de coût WHO CHOICE. Selon Shang et ses collègues, l'outil est mis à jour pour refléter les coûts de 2017 en mettant à jour plusieurs paramètres: taux de change du dollar américain à la monnaie locale (2017), taux de change de la parité de pouvoir d'achat (PPA) (2017), PIB par habitant (US\$, 2017). PIB par habitant (PPA, 2017), population (total et part de la population âgée de 15 ans et plus, 2017), taux d'activité de la population active (2017), essence par litre et dépenses publiques en santé exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé (2015) [57, p. 5]. Sauf indication contraire du Gouvernement ou d'autres paramètres nationaux dans le pays, les données proviennent de la base de données de la Banque mondiale, à l'exception des données sur la part des dépenses de santé du Gouvernement et les chiffres de population. La part des dépenses publiques consacrées à la santé exprimée en pourcentage des dépenses totales de santé provient de la base de données de l'OMS sur les dépenses de santé, et les chiffres relatifs à la population proviennent des Perspectives de la Population des Nations Unies.



ÉTAPE 6

Quantifier le retour sur investissement (ROI) des différentes politiques et interventions de lutte antitabac modélisées, à la fois individuellement et collectivement.

L'analyse du retour sur investissement (ROI) mesure l'efficacité des investissements dans la lutte antitabac en divisant la valeur monétaire actualisée des gains pour la santé générés par les investissements par leurs coûts respectifs actualisés.

Les ROI ont été calculés pour chacune des quatre politiques de lutte antitabac modélisées et pour les quatre interventions ensemble. Les estimations des étapes 3, 4 et 5 ont été utilisées pour calculer le retour sur investissement à intervalles de 5 et 15 ans.

$$\text{Retour sur Investissement (RSI)} = \frac{\text{Avantages de l'intervention/Politique}}{\text{Coûts de la mise en place de l'intervention/Politique}}$$



Crédit: © Ken Doerr via Flickr

7.4. Analyse d'équité

Pour évaluer l'impact de l'augmentation de la fiscalité sur différents groupes de revenus, le modèle a estimé les réactions de différents groupes de revenus aux variations de prix, c'est-à-dire leur élasticité par rapport à la consommation de tabac. Aucune étude examinant l'élasticité de la participation au tabagisme au Tchad n'a été recensée. Au lieu de cela, une moyenne des pays à revenu faible et intermédiaire identifiés par le Manuel de prévention du cancer du Centre international de recherche sur le cancer, volume 14: Efficacité des politiques de lutte contre le tabac en matière de fiscalité et de prix.⁵⁸ Certaines des études du **Tableau 4** ci-dessous ne font pas état d'élasticité par quintile de revenu, mais plutôt de tertile de revenu, par exemple. Afin de construire ce tableau, les données ont été ajustées au besoin. Dans le cas des tertiles, le tertile 1 a été attribué au quintile 1, le tertile 2 au quintile 3 et le tertile 3 au quintile 5. Ensuite, le quintile 2 a été indiqué comme moyenne des tertiles 1 et 2, et le quintile 4 a été attribué à la moyenne des tertiles 2 et 3.

Tableau 4: Études sur l'élasticité de la participation au tabagisme

Pays	Auteur	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5
Myanmar	Kyaing ⁵⁹	-1.09	-1.25	-1.41	-1.38	-1.24
Népal	Karki ⁶⁰	-0.31	-0.26	-0.35	-0.35	-0.31
Vietnam	Kinh ⁶¹	-0.65	-0.65	-0.54	-0.42	-0.42
Bangladesh	Nargis ⁶²	-0.33	-0.47	-0.27	-0.21	-0.14
Sri Lanka	Arunatilake ⁶³	-0.37	-0.35	-0.31	0.02	0.06
Sri Lanka	Arunatilake ⁶⁴	-0.17	0.17	0.21	0.01	0.34
Ukraine	Krasovsky ⁶⁵	-0.19	-0.20	-0.21	-0.17	-0.12
Ukraine	Krasovsky ⁶⁶	-0.14	-0.15	-0.17	-0.12	-0.08
Chine	Mao ⁶⁷	-0.95	-0.67	-0.39	-0.07	0.26
Chine	Mao ⁶⁸	-0.08	-0.04	-0.01	0.06	0.13
Egypte	Nassar ⁶⁹	-0.30	-0.33	-0.33	-0.33	-0.32
Thaïlande	Isra ⁷⁰	-0.50	-0.18	-0.07	-0.05	-0.02
Thaïlande	Isra ⁷¹	-0.25	-0.03	-0.02	-0.08	-0.04
Indonésie	Adioetomo ⁷²	-0.03	0.03	0.09	0.15	0.20
Afrique du Sud	van Walbeek ⁷³	-0.70	-0.57	-0.55	-0.54	-0.41
Turquie	Onder ⁷⁴	-0.12	-0.32	-0.11	-0.02	0.15
Moyenne		-0.38	-0.33	-0.28	-0.22	-0.12



Crédit: © Anmede via Flickr

8. Références

- 1 *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014–2015* 2016, Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) and ICF International: N'Djamena, Chad and Rockville, MD.
- 2 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *The Global Burden of Disease Results Tool*. 2017, University of Washington: Seattle, WA.
- 3 Goodchild, M., N. Nargis, and E. Tursan d'Espaignet, *Global economic cost of smoking-attributable diseases*. *Tob Control*, 2018. **27**(1): p. 58-64.
- 4 Chaker, L., et al., *The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review*. *Eur J Epidemiol*, 2015. **30**(5): p. 357-95.
- 5 Anesetti-Rothermel, A. and U. Sambamoorthi, *Physical and mental illness burden: disability days among working adults*. *Popul Health Manag*, 2011. **14**(5): p. 223-30.
- 6 Wang, P.S., et al., *Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys*. *J Occup Environ Med*, 2003. **45**(12): p. 1303-11.
- 7 Husain, M.J., et al., *The crowding-out effect of tobacco expenditure on household spending patterns in Bangladesh*, in *PLoS One*. 2018.
- 8 John, R.M., *Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India*. *Soc Sci Med*, 2008. **66**(6): p. 1356-67.
- 9 Paraje, G. and D. Araya, *Relationship between smoking and health and education spending in Chile*. *Tob Control*, 2018. **27**(5): p. 560-567.
- 10 de Beyer, J., C. Lovelace, and A. Yurekli, *Poverty and tobacco*. *Tob Control*, 2001. **10**(3): p. 210-1.
- 11 Efroymson, D., et al., *Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh*. *Tob Control*, 2001. **10**(3): p. 212-7.
- 12 Greaves, L., et al., *What are the effects of tobacco policies on vulnerable populations? A better practices review*. *Can J Public Health*, 2006. **97**(4): p. 310-5.
- 13 *Tobacco and its environmental impact: an overview*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 14 Zafeiridou, M., N.S. Hopkinson, and N. Voulvoulis, *Cigarette Smoking: An Assessment of Tobacco's Global Environmental Footprint Across Its Entire Supply Chain*. *Environ Sci Technol*, 2018. **52**(15): p. 8087-8094.
- 15 *The Environmental Burden of Cigarette Butts*. *BMJ Tobacco Control*, 2011. **20** (Supplement 1).
- 16 *FCTC Chad*. 2018. Available from: <https://untobaccocontrol.org/impldb/chad/>.
- 17 *Chad: Smoke Free Places. Tobacco Control Policy Fact Sheet 2018* [cited 2019]; Available from: <https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/factsheet/sf/chad>.
- 18 *Chad: Packaging and Labeling*. 2018 [cited 2019]; Available from: <https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/factsheet/pl/chad>.

-
- 19 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 20 *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014–2015)*. 2015, Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International: Rockville, Maryland.
 - 21 *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014–2015* 2016, Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) and ICF International: N'Djamena, Chad and Rockville, MD.
 - 22 *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014–2015* 2016, Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) and ICF International: N'Djamena, Chad and Rockville, MD.
 - 23 *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014–2015* 2016, Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) and ICF International: N'Djamena, Chad and Rockville, MD.
 - 24 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 25 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 26 Jackson-Morris, A., et al., *Low-Cost Air Quality Monitoring Methods to Assess Compliance With Smoke-Free Regulations: A Multi-Center Study in Six Low- and Middle-Income Countries*. *Nicotine Tob Res*, 2016. **18**(5): p. 1258-64.
 - 27 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 28 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 29 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 30 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 31 Jackson-Morris, A., et al., *Low-Cost Air Quality Monitoring Methods to Assess Compliance With Smoke-Free Regulations: A Multi-Center Study in Six Low- and Middle-Income Countries*. *Nicotine Tob Res*, 2016. **18**(5): p. 1258-64.
 - 32 *Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
 - 33 Berman, M., et al., *Estimating the cost of a smoking employee*. *Tob Control*, 2014. **23**(5): p. 428-33.
 - 34 Goodchild, M., N. Nargis, and E. Tursan d'Espaignet, *Global economic cost of smoking-attributable diseases*. *Tob Control*, 2018. **27**(1): p. 58-64.
 - 35 Levy, D.T., et al., *The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard*. *J Public Health Manag Pract*, 2018.
-

- 36 Fuchs, A., et al., *Is Tobacco Taxation Regressive? Evidence on public health, domestic resource mobilization, and equity improvements*, in Policy Note. 2019, World Bank: Washington, DC.
- 37 Chaloupka, F.J., et al., *Effectiveness of tax and price policies in tobacco control*. Tob Control, 2011. 20(3): p. 235-8.
- 38 Salti, N., E. Brouwer, and S. Verguet, *The health, financial and distributional consequences of increases in the tobacco excise tax among smokers in Lebanon*. Soc Sci Med, 2016. 170: p. 161-169.
- 39 Global Tobacco Economics Consortium, *The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: compartmental model study*. BMJ, 2018. **361**: p. k1162.
- 40 *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. Lancet, 2017. **390**(10100): p. 1211-1259.
- 41 Goodchild, M., N. Nargis, and E. Tursan d'Espaignet, *Global economic cost of smoking-attributable diseases*. Tob Control, 2018. **27**(1): p. 58-64.
- 42 *Global Health Expenditure Database*, W.H. Organization, Editor. 2016: online.
- 43 Jamison, D.T., et al., *Appendix 3: Global health 2035: a world converging within a generation*. Salud Publica Mex, 2015. **57**(5): p. 444-67.
- 44 Berman, M., et al., *Estimating the cost of a smoking employee*. Tob Control, 2014. **23**(5): p. 428-33.
- 45 Baker, C.L., et al., *Benefits of quitting smoking on work productivity and activity impairment in the United States, the European Union and China*, in Int J Clin Pract. 2017.
- 46 Berman, M., et al., *Estimating the cost of a smoking employee*. Tob Control, 2014. **23**(5): p. 428-33.
- 47 Levy, D., et al., *Complying with the framework convention for tobacco control: an application of the Abridged SimSmoke model to Israel*. Isr J Health Policy Res, 2016. **5**: p. 41.
- 48 Levy, D.T., et al., *Application of the Abridged SimSmoke model to four Eastern Mediterranean countries*. Tob Control, 2016. **25**(4): p. 413-21.
- 49 Levy, D.T., et al., *The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard*. J Public Health Manag Pract, 2018.
- 50 Chipty, T. *Study of the Impact of the Tobacco Plain Packaging Measure on Smoking Prevalence in Australia*. 2016 4/16/2018; Available from: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/\\$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx).
- 51 *Tobacco Interventions for Appendix 3 of the Global Action Plan for Non Communicable Diseases*. 2017, World Health Organization.
- 52 Ho, L.M., et al., *The effect of cigarette price increases on cigarette consumption, tax revenue, and smoking-related death in Africa from 1999 to 2013*. Int J Public Health, 2017. **62**(8): p. 899-909.

-
- 53 *Chapter 5. Tax, price and adult tobacco use, in Effectiveness of tax and price policies for tobacco control*. 2011, International Agency for Research on Cancer: Lyon, France.
- 54 *Costing Tool – User Guide - Scaling Up Action against Noncommunicable Diseases: How Much Will It Cost?* 2012, World Health Organization.
- 55 Levy, D.T., et al., *The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard*. J Public Health Manag Pract, 2018.
- 56 *Costing Tool – User Guide - Scaling Up Action against Noncommunicable Diseases: How Much Will It Cost?* 2012, World Health Organization.
- 57 Shang, C., et al., *Country-specific costs of implementing the WHO FCTC tobacco control policies and potential financing sources*. PLoS One, 2018. **13**(10): p. e0204903.
- 58 Chaloupka, F.J., et al., *Effectiveness of tax and price policies in tobacco control*. Tob Control, 2011. **20**(3): p. 235-8.
- 59 Kyaing, N., *Tobacco Economics in Myanmar*. 2003, World Health Organization: Washington, DC.
- 60 Karki, Y.B., K.D. Pant, and B.R. Pande, *A Study on the Economics of Tobacco in Nepal, in HNP Discussion Paper*. 2003, World Bank: Washington, DC.
- 61 Van Kinh, H., et al., *The effect of imposing a higher, uniform tobacco tax in Vietnam, in Health Res Policy Syst*. 2006. p. 6.
- 62 Nargis, N., et al., *The price sensitivity of cigarette consumption in Bangladesh: evidence from the International Tobacco Control (ITC) Bangladesh Wave 1 (2009) and Wave 2 (2010) Surveys*. Tob Control, 2014. **23 Suppl 1**: p. i39-47.
- 63 Arunatilake, N., *An economic analysis of tobacco demand in Sri Lanka*. Sri Lanka Economic Journal, 2002. **3**(96): p. 120.
- 64 Arunatilake, N. and M. Opatha, *The Economics of Tobacco in Sri Lanka, in HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 12*. 2003, World Bank: Washington, DC.
- 65 Krasovsky, K., T. Adndreeva, and D. Krisanov, *Economics of tobacco control in Ukraine from the public health perspective*. 2002, Alcohol and Drug Information Centre: Kiev, Ukraine.
- 66 Krasovsky, K., T. Adndreeva, and D. Krisanov, *Economics of tobacco control in Ukraine from the public health perspective*. 2002, Alcohol and Drug Information Centre: Kiev, Ukraine.
- 67 Mao, Z., G. Yang, and J. Ma, *Adult's demand for cigarettes and its determinants in China*. Soft Science of Health, 2003. **17**(19): p. 23.
- 68 Mao, Z., et al., *Demand for cigarettes in China, in Tobacco control policy analysis in China, Economics and Health*, T. Hu, Editor. 2007, World Scientific Publishing Co: Singapore. p. 129-157.
- 69 Nassar, H., *The economics of tobacco in Egypt: an new analysis of demand, in HNP Discussion Paper Series, Economics of Tobacco Control Paper No. 8*. 2003, World Bank: Washington, DC.
- 70 Isra, S., *The economics of tobacco in Thailand, in HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 15*. 2003, World Bank: Washington, DC.
-

- 71 Isra, S., *The economics of tobacco in Thailand, in HNP Discussion Paper*, Economics of Tobacco Control Paper No. 15. 2003, World Bank: Washington, DC.
- 72 Adioetomo, D., & Hendratno, *Cigarette Consumption, Taxation, and Household Income: Indonesia Case Study, in Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Papers*. 2013, The World Bank: Washington, DC.
- 73 van Walbeek, C., *The distributional impact of tobacco excise increases*. South African Journal of Economics, 2002. **70**: p. 560-578.
- 74 Onder, Z., *The economics of tobacco in Turkey: new evidence and demand estimates, in HNP Discussion Paper Series*, Economics of Tobacco Control Paper No. 2. 2002, World Bank: Washington, DC.



Crédit: © Valerian Guillot via Flickr



*Au service
des peuples
et des nations*



Arguments en faveur de l'investissement dans la mise en œuvre de la CCLAT

Préparé par
Ministère de la Santé Publique du Tchad
RTI International
Programme des Nations Unies pour le Développement
Secrétariat de la CCLAT
Organisation Mondiale de la Santé

Août 2019