GSTHR
2020

DES ENJEUX CRUCIAUX

GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION

DES ENJEUX CRUCIAUX
GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION

2020

Des enjeux cruciaux : Global State of Tobacco Harm Reduction 2020
©Knowledge-Action-Change 2020

Écrit et édité par Harry Shapiro

Compilation et analyse des données : Tomasz Jerzynski

Coordination de la production des rapports et du site web : Grzegorz Krol

Entretiens avec des consommateurs : Noah Carberry

Révision et correction : Tom Burgess

Conception et mise en page du rapport : WEDA sc ; Urszula Biskupska

Conception du site web : Bartosz Fatyga et Filip Wozniak

Imprimeur : WEDA sc

Gestion de projet : Professeur Gerry Stimson, Kevin Molloy et Paddy Costall

Le rapport est disponible à l'adresse suivante : https://gsthr.org

Knowledge-Action-Change, 8 Northumberland Avenue, London, WC2N 5BY
© Knowledge-Action-Change 2020

Citation :
Des enjeux cruciaux : le bilan mondial de la réduction des risques du tabac en 2020.
La conception, le design, l'analyse et la rédaction du rapport « Des enjeux cruciaux : Global State of Tobacco Harm Reduction 2020 » ont été réalisés indépendamment et exclusivement par Knowledge-Action-Change.

Ce rapport a été réalisé grâce à une subvention de la Fondation pour un monde sans fumée. Le contenu, la sélection et la présentation des faits, ainsi que les opinions qui y sont exprimées, relèvent de la seule responsabilité des auteurs et ne doivent en aucun cas être considérés comme reflétant les positions de la Fondation pour un monde sans fumée.

Contents

Acknowledgements		4
Note de synthèse:		
	Des enjeux cruciaux : Global State of Tobacco Harm Reduction 2020	5
À propos de ce rapport		17
Avant-propos		19
Introduction		24
Chapitre 1:	Le tabagisme : un tueur à retardement	28
Chapitre 2:	Les forces du marché : produits et consommateurs	37
Chapitre 3:	Pas seulement la nicotine : les consommateurs s'expriment	56
Chapitre 4:	Dissiper la fumée : les produits nicotiniques à risques réduits et la santé	67
Chapitre 5:	Le projet « peur » : la guerre contre la nicotine	91
Chapitre 6:	Les politiques de santé : la régulation et le contrôle des PNRR	113
Chapitre 7:	The right to health and the people left behind	137
Chapitre 8:	Le droit à la santé et les laissés-pour-compte	147
Annexe:	Estimation du nombre de vapoteurs dans le monde	151

Acknowledgements

We are grateful to a number of people who independently offered information, comments and suggestions for the report. These include:

David Abrams, Professor of Social and Behavioral Sciences, School of Global Public Health, New York University, USA.

Greg Conley, President of the American Vaping Association, USA.

Dr Marewa Glover, Director of the Centre of Research Excellence on Indigenous Sovereignty and Smoking, New Zealand.

Will Godfrey, Editor, Filter Magazine, USA.

Chris Lalonde, Professor of Psychology, University of Victoria, Canada.

Nancy E. Loucas, Director, Paraclete Associates Ltd, New Zealand.

Shane MacGuill, Senior Head of Tobacco Research, Euromonitor, UK.

Bernhard-Michael Mayer, Professor of Pharmacology, University of Graz, Austria.

Michelle Minton, Senior Fellow, Competitive Enterprise Institute, USA.

Chimwemwe Ngoma, Project Manager, THR Malawi, Malawi.

Uche Olatunji, Country Director, THR Nigeria, Nigeria.

Dr Sudhanshu Patwardhan, Director of Policy, Centre for Health Research and Education, UK.

Tim Phillips, Managing Director, ECigIntelligence, UK.

Riccardo Polosa, Professor of Internal Medicine, specialist of Respiratory Diseases and founder of the Center of Excellence for the acceleration of Harm Reduction at the University of Catania, Italy.

Brad Rodu, Professor of Medicine, University of Louisville, USA.

Dr Roberto Sussman, Institute of Nuclear Sciences, National Autonomous University of Mexico (UNAM) and Director of Pro-Vapeo Mexico, Mexico.

David Sweanor, Adjunct Professor, Faculty of Law, University of Ottawa, Canada.

Mark Tyndall, Professor of Population and Public Health at the University of British Columbia, Canada.

Dr Alex Wodak, Board Director, Australian Tobacco Harm Reduction Association, Australia.

La réduction des risques du tabac

Le thème central de ce rapport, consacré dans de nombreux traités internationaux, est le droit universel à la santé, y compris pour ceux qui, pour diverses raisons, continuent à adopter des comportements à risques. La réduction des risques est un ensemble de politiques, de réglementations et d'actions pragmatiques qui réduisent les risques pour la santé en proposant des formes de produits ou de substances plus sûres, ou en encourageant des comportements moins risqués. La réduction des risques ne met pas l'accent sur l'éradication de produits ou de comportements.

A la place, la réponse la plus humaine consiste à réduire les risques, en donnant aux personnes les moyens de survivre et de vivre mieux – dans ce cas grâce à l'accès à des produits nicotiniques à risques réduits (PNRR) dans le but d'encourager l'abandon de la cigarette, l'une des façons les plus dangereuses de consommer de la nicotine.

Le problème mondial du tabagisme persiste, mais certains pays donnent des raisons d'espérer

Image : Obby RH sur Unsplash

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a pas révisé à la baisse son estimation selon laquelle un milliard de vies pourraient être perdues à la suite de maladies liées au tabagisme d'ici la fin du siècle. Ceci est équivalent à voir mourir de la Covid 19 les populations combinées entières de l'Indonésie, du Brésil, du Nigeria, du Bangladesh et des Philippines.

Et si dans le monde entier le nombre de fumeurs adultes quotidiens a diminué, le rythme de cette baisse s'est ralenti dans certains pays. Dans d'autres, le nombre de fumeurs a augmenté, souvent en raison de la croissance démographique. Les plus hauts niveaux de tabagisme signalés existent principalement, mais pas exclusivement, dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM) qui, par conséquent, supportent le plus lourd fardeau de morbidité et de mortalité. Dans 22 pays, plus de 30 % de la population adulte totale fument. Ces pays comprennent les îles du Pacifique Kiribati et les îles Salomon, plusieurs pays européens dont la Serbie, la Grèce, la Bulgarie, la Lettonie et Chypre, le Liban au Moyen-Orient, et le Chili en Amérique du Sud.

Le nombre total de fumeurs dans le monde – estimé à 1,1 milliard – est statique, identique à l'année 2000 et devrait rester le même en 2025, touchant de manière disproportionnée les populations pauvres et marginalisées, en particulier dans les pays à revenu faible et moyen.

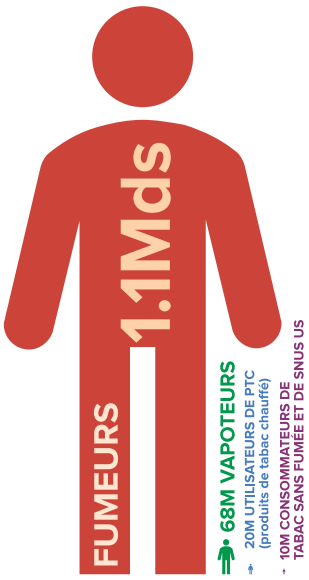
L'OMS reste préoccupée par la persistance du tabagisme et craint que la réalisation des objectifs de développement durable ne soit compromise et que les cibles de 2030 visant à réduire les niveaux de maladies non transmissibles ne soient pas atteintes. Il est donc clair que les interventions traditionnelles de lutte antitabac élaborées dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) sont insuffisantes. Les politiques de réduction des risques et des dommages du tabac (RdRT) doivent donc être considérées comme complémentaires plutôt que préjudiciables à la réduction des décès et des maladies liés au tabagisme dans le monde. La lueur d'espoir est que certains pays ont adopté une approche plus inclusive de la RdRT dans le cadre de la stratégie globale vers un monde sans fumée.

Le développement de nouveaux produits...

Image : Antonin FELS sur Unsplash

Un large choix de produits innovants continue à être offert aux consommateurs adultes qui souhaitent éviter de fumer. Les origines du vapotage se situent en dehors de l'orbite des multinationales du tabac et la perturbation positive qu'il a provoquée a été mise en évidence par le succès de JUUL qui, depuis 2018, a rapidement supplanté ses rivaux. Certains des premiers efforts de marketing de JUUL auprès des jeunes adultes fumeurs ont expressément suscité la controverse, mais le produit a clairement procuré une expérience de la nicotine recherchée par de nombreuses personnes sur le marché plus large des consommateurs adultes.

Les appareils de vapotage, déjà discrets et faciles à utiliser, sont de plus en plus sophistiqués sur le plan technologique, ce qui rend le terme "e-cigarette" de plus en plus redondant. De nombreuses entreprises participent au développement de produits de tabac chauffé (HTP), tandis que de nouveaux produits à base de nicotine autres que le tabac font leur apparition sur le marché.



...mais globalement le nombre d'utilisateurs de PNRR (produits nicotiniques à risques réduits) reste modeste

Malgré un environnement globalement plus hostile à la RdRT, notre enquête sur la prévalence mondiale des PNRR évalue le chiffre total à environ 98 millions, dont 68 millions sont des vapoteurs. Si, du point de vue de la santé publique, c'est une bonne nouvelle, cela signifie néanmoins qu'après plus d'une décennie de disponibilité des produits, il n'y a que neuf utilisateurs de PNRR pour 100 fumeurs.

Que se passe-t-il dans les différents pays ?

Le plus grand nombre de vapoteurs se trouve aux États-Unis, en Chine, dans la Fédération de Russie, au Royaume-Uni, en France, au Japon, en Allemagne et au Mexique. Le Japon a le plus grand nombre d'utilisateurs de PTC (produits de tabac chauffé), tandis que la Suède et les États-Unis ont le plus grand nombre de consommateurs de snus.

L'utilisation de PNRR se maintient dans des pays tels que le Royaume-Uni, la Norvège, la Suède, l'Islande et le Japon, bien que dans ce dernier, les ventes de PTC se soient ralenties, peut-être en raison du nombre d'utilisateurs précoces/jeunes ayant atteint un seuil de saturation.

Les données confirment que les produits nicotiniques à risques réduits sont plus sûrs que le tabac

La sécurité absolue n'existe pas, mais les nouveaux PNRR qui sont en circulation depuis plus de dix ans, montrent au travers des données accumulées qu'ils sont beaucoup moins dangereux que les produits combustibles. Depuis 2018, aucune preuve tangible n'est apparue pour mettre en doute la conclusion largement citée du Public Health England, selon laquelle les vapeurs sont au moins 95 % moins dangereuses que le tabac fumé et que les émissions présentent un risque négligeable pour l'entourage. De même, le bilan de sûreté relative du snus suédois et des produits sans fumée américains est inchangé depuis 2018. En outre, de plus en plus d'éléments montrent que l'utilisation des PNRR est plus efficace pour le sevrage tabagique que les traitements de substitution nicotinique (TSN). Cela signifie que la surinterprétation du "principe de précaution" (l'exercice de prudence face à une innovation potentiellement nocive) concernant les conseils de santé et la réglementation en matière de PNRR n'est plus défendable.

D'autres préoccupations sont apparues concernant l'utilisation des PNRR. Des données trompeuses provenant des États-Unis ont laissé penser que le JUUL était responsable d'une épidémie de vapotage chez les jeunes par la commercialisation d'arômes "appréciés des enfants", alors que des évaluations plus sérieuses ont montré que « l'usage » était défini de manière très large, englobant à la fois l'expérimentation et une utilisation quotidienne beaucoup plus rare. Aux États-Unis, les consommateurs et les autorités sanitaires locales (par opposition aux agences fédérales américaines) ont rapidement déterminé que les lésions pulmonaires et les décès étaient dus au vapotage de tétrahydrocannabinol (THC) liquide illicite, et non de nicotine liquide, standard de l'industrie.

Des décennies de recherche sur le tabac n'ont pas réussi à démontrer les effets néfastes de la nicotine sur le cerveau en développement, il en suit que les récentes allégations de même ordre sur le vapotage manquent de crédibilité. En l'absence de preuves d'un effet passerelle entre le vapotage et le tabagisme, les militants anti-RdRT se sont tournés vers la « dépendance » à la nicotine. Cependant, étant donné le manque de preuves sur les dommages physiques et psychologiques de la nicotine, les inquiétudes concernant la "dépendance" relèvent davantage du domaine des objections morales que de la santé publique. Enfin, et en l'absence de toute preuve, d'aucuns ont soutenu que le vapotage expose davantage les utilisateurs au risque de la Covid 19.

Plus de science ne signifie pas nécessairement de la science fiable

Depuis 2010, on assiste à une explosion d'études en toutes disciplines portant sur les différents aspects de l'utilisation des PNRR. Une recherche sur Internet révèle que de 2007 à 2012, seulement 53 articles scientifiques ont été publiés sur le vapotage. En 2020, le nombre d'articles publiés couvrant les divers types de PNRR est passé à plus de 6000. Malheureusement, beaucoup de ces études souffrent de défauts méthodologiques dus à un préjugé de confirmation, à des études de laboratoire qui

ne reflètent pas le monde réel du vapotage, à des méthodologies inappropriées à la proposition de l'étude, à des associations présentées comme causales et à des recommandations politiques qui n'ont que peu ou pas de rapport avec les résultats de l'étude. Un exemple récent et tristement célèbre de préjugé de confirmation, qui a entrainé une rétractation dans un journal, est une étude de l'Université de Californie qui affirme que le vapotage cause des problèmes cardiaques chez les anciens fumeurs, jusqu'à ce qu'il soit finalement révélé que ces problèmes cardiaques étaient antérieurs au vapotage.

Image : Robina WEERMEIJER sur Unsplash

La RdRT encore plus décriée

Les allégations trompeuses d'une épidémie de vapotage chez les adolescents, les décès tragiques causés par le vapotage de THC illicite et l'arrivée de COVID-19 ont tous été promptement exploités par les acteurs de la lutte contre la RdRT, des activistes américains "sur le terrain" aux agences médicales et de santé publique nationales et internationales.

Deux concepts sociologiques se chevauchant sont en jeu. En premier lieu le rôle du défenseur des bonnes mœurs qui cherche à imposer ses propres points de vue à la société dans son ensemble, et en second l'heuristique ou (encore) le préjugé de confirmation - par lequel le public et la presse ne prennent pas la peine de vérifier les informations, mais les acceptent simplement sur la base de leur réaction instinctive ou de leur expérience passée.

Les défenseurs des bonnes mœurs peuvent être des individus, des groupes religieux ou des organisations formelles qui font pression pour la constitution ou la réalisation de leur vision normative du monde. Ces individus ou groupes détiennent également le pouvoir de générer une panique morale en exprimant la conviction qu'il existe un mal social qui doit être combattu et ils ne se préoccupent pas des moyens employés pour atteindre le résultat souhaité.

La panique morale

Le discours anti-RdRT repose sur l'idée que l'initiative dans son entier est une conspiration de l'industrie du tabac pour créer une nouvelle génération de "dépendants" à la nicotine afin de compenser la baisse des ventes de cigarettes. Dans ce récit, on ne se préoccupe guère des fumeurs actuels, dont les problèmes sont considérés comme auto-infligés, ce qui leur laisse deux options : arrêter ou mourir.

L'une des nombreuses conséquences alarmantes des débats surchauffés et trompeurs sur les PNRR a été l'augmentation du nombre de fumeurs (et aussi de non-fumeurs et

Source : OMS
Image de la campagne anti-vapotage pour la Journée mondiale sans tabac 2020 de l'OMS

de personnes vivant avec des fumeurs) qui sont maintenant convaincus que les PNRR ne sont pas plus sûrs que les cigarettes et peuvent même être plus dangereux.

Les militants anti-RdRT, les universitaires et les fonctionnaires sont censés être en possession d'informations fiables et les mettre à la disposition du public et des médias qui, à leur tour, sont rarement enclins à vérifier ou à contester ces informations. Il existe une antipathie générale à l'égard de l'industrie du tabac et de nombreux non-fumeurs considéreront que vapoter est la même chose que fumer, soit en raison de préjugés existants ou de réactions instinctives, soit parce qu'ils voient des gens exhaler des nuages de "fumée" en public.

Une main lave l'autre

Les actions contre la palette de PNRR et la nicotine seule sont commodément regroupées sous une bannière de "lutte antitabac" qui, dans la plupart des pays, bénéficie du soutien public.

Cela a permis à des ONG militantes et à des universitaires d'attirer des fonds substantiels du multimilliardaire antitabac Michael Bloomberg, par l'intermédiaire de Bloomberg Philanthropies (BP). Parmi les bénéficiaires figurent des ONG basées aux États-Unis, telles que la Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK), Vital Strategies et une agence de reportage basée au Royaume-Uni, The Bureau of Investigative Journalism, qui utilise les fonds de Bloomberg pour publier des articles anti-RdRT. Bloomberg a également contribué à hauteur de 160 millions de dollars à la campagne américaine pour l'interdiction générale des liquides aromatisés à base de nicotine.

Au-delà des États-Unis, Bloomberg finance l'Union internationale contre les maladies respiratoires et la tuberculose (L'Union), et au Royaume-Uni, l'université de Bath est financée pour gérer les activités anti-RdRT par le biais de Tobacco Tactics et STOP, dont le modus operandi consiste à lancer des attaques ad hominem contre les défenseurs de la RdRT. L'initiative de l'OMS pour un monde sans tabac bénéficie également d'un soutien financier important de Bloomberg, où les fonds semblent être actuellement utilisés pour persuader les États membres de légiférer contre les PNRR.

Ironiquement, les bénéficiaires d'une telle stratégie seront les multinationales de l'industrie du tabac pour lesquelles les PNRR représentent moins de 10 % du chiffre d'affaires global. En effet, les actions du tabac aux États-Unis et en Inde ont augmenté en réaction à la nouvelle des interdictions de PNRR proposées dans ces pays.

Les réponses mondiales en matière de réglementation

Au sommet de l'arbre réglementaire mondial se trouve la CCLAT de l'OMS signée et ratifiée par 182 pays et la directive européenne sur les produits du tabac (DPT) qui couvrent de nombreux aspects de la réglementation du tabac et des PNRR au sein de l'Union européenne (UE).

Tous les deux ans, la CCLAT organise une conférence des parties (CdP) pour examiner le fonctionnement de la CCLAT, à laquelle participent les délégués des États signataires et les organisations non gouvernementales (ONG) "approuvées" appartenant à l'Alliance pour la convention-cadre (ACC). La prochaine réunion (CdP9) devait se tenir en novembre 2020, mais a été reportée à 2021. Cette réunion exclut de nombreuses organisations qui soutiennent la RdRT ou qui ont reçu des fonds directement ou indirectement des compagnies de tabac.

Le DPT de l'UE est en cours de révision et son rapport doit être publié en mai 2021. Le rapport préparé par le comité scientifique de la santé, de l'environnement et des risques émergents (SCHEER) de l'UE apportera une contribution importante à l'évaluation. Le rapport de l'UE alimentera les délibérations de la CdP, où le secrétariat de la CCLAT, qui administre le traité, a déjà poussé les délégués de la CdP à envisager de plaider en faveur d'une législation plus draconienne en matière de PNRR. Le champ de bataille le plus probable portera sur l'interdiction de la plupart des arômes.

Cette attaque contre la RdRT peut être vue à la lumière de l'échec global de l'OMS/CCLAT et des États signataires à contrôler l'épidémie de tabagisme et de l'approche politiquement impossible d'interdire la vente de tabac. Seul le Bhoutan a interdit la vente de tabac, mais cette interdiction est largement ignorée. On parle beaucoup de la nouvelle législation en place dans de nombreux pays, mais les PRFM ne disposent que de peu de structures administratives et judiciaires pour faire appliquer la législation. Dans de nombreux pays, il existe des tensions internes entre les services gouvernementaux, l'industrie nationale du tabac étant à la fois un important produit d'exportation et une source majeure de revenus internes. Du point de vue de la santé publique, de nombreux PRFM auront des préoccupations plus immédiates concernant le contrôle des maladies infectieuses que les problèmes de santé causés par le tabagisme.

La situation globale reste contrastée

Les gradations du contrôle des PNRR sont complexes et diffèrent largement d'un pays à l'autre. Le site web du GSTHR (www.gsthr.org) présente un récapitulatif détaillé du régime législatif de chaque pays.

Bien que les réponses en matière de contrôle dans le monde soient variées, l'accent est mis sur une approche plus prohibitionniste. Il ne fait guère de doute que l'hyperbole américaine anti-RdRT a eu une influence mondiale sur les décideurs politiques et les législateurs.

Il reste que 85 pays n'ont pas de loi ou de réglementation spécifique concernant les produits à base de vapeurs de nicotine, et 75 pays réglementent la vente de ces produits ; 36 ont décrété des interdictions (contre 39 en 2018).

Les mesures visant à encourager l'interdiction des arômes endommageraient gravement l'adoption du vapotage, car la disponibilité des arômes est un facteur déterminant pour encourager les fumeurs à changer et à s'éloigner de la cigarette.

Quelques bonnes nouvelles aussi

En dépit des tentatives de militants anti-RdRT de mettre en cause sa position sur les PNRR, Public Health England a réaffirmé que le vapotage joue un rôle important en aidant les fumeurs à arrêter et que, par conséquent, les professionnels de santé doivent être formés à l'utilisation des appareils de vapotage. Le vapotage a été spécifiquement mentionné dans le cadre de l'objectif du ministère de la santé britannique de vivre sans fumer d'ici 2030.

Les responsables du gouvernement australien continuent la poursuite de cette prohibition de facto. Néanmoins, en janvier 2020, après un examen minutieux des données, le Royal Australian College of General Practitioners a publié de nouvelles lignes directrices pour la lutte antitabac australienne. Ces lignes directrices approuvent avec prudence la vaporisation de la nicotine comme aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs qui n'ont pas réussi à arrêter avec les thérapies disponibles, s'ils en font la demande auprès de leurs médecins. Ceci s'aligne sur la décision prise en 2018 par le Collège royal australien et néo-zélandais des psychiatres de reconnaître que le vapotage est moins risqué que le tabagisme, tandis que le Collège royal australasien des médecins accepte désormais la pertinence du vapotage dans le cadre d'une stratégie de sevrage.

Image : Filip MROZ sur Unsplash

En Suisse (2018) et au Québec (2019), les autorités judiciaires se sont prononcées contre les restrictions sur les PNRR imposées par les gouvernements, tandis que le gouvernement néo-zélandais a subi sa propre défaite judiciaire en mars 2018. Néanmoins, le gouvernement néo-zélandais (et celui du gouvernement fédéral canadien, si ce n'est pas nécessairement toutes les provinces) semble adopter une réponse plus pragmatique et équilibrée aux PNRR que dans beaucoup d'autres pays. Même aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a reconnu la valeur de la RdRT en donnant l'autorisation de commercialiser le produit de tabac chauffé IQOS et le snus en tant que produits à moindre risque par rapport au tabagisme.

La décision de la FDA s'appuie sur des données scientifiques et cliniques substantielles, soumises par la PMI (IQOS) et le Swedish Match USA (snus) qui devraient attirer davantage l'attention des communautés scientifiques et de santé publique. La FDA a pris ses décisions marquantes sur la base de ces données qui ne peuvent donc pas être rejetées en raison de leur lien avec l'industrie.

La RdRT et le droit à la santé

La notion du droit à la santé des non-fumeurs – en particulier des personnes de l'entourage et des enfants – a sous-tendu les développements de la lutte antitabac tout au long des années 1980 et 1990. Les personnes impliquées dans les campagnes, notamment aux États-Unis, se considéraient comme des guerriers (par rapport au danger du tabagisme passif) luttant contre les intérêts économiques et politiques des compagnies de tabac. Appuyés par les preuves des dommages palpables causés par le tabagisme et par les efforts croissants pour interdire le tabagisme en public, les militants se sont posés en champions de la morale alors que les fumeurs devenaient les nouveaux parias sociaux.

La donne a changé ; ceux dont les droits doivent maintenant être protégés sont ceux qui veulent éviter de fumer et préfèrent utiliser des produits plus sûrs. La réduction des risques en tant que mouvement social est née du travail des militants de la réforme de la politique sur les drogues et du VIH qui ont mis l'accent sur le droit à la santé, sans laissés-pour-compte.

Néanmoins, les fumeurs sont laissés-pour-compte, principalement les personnes à faible revenu vivant dans la pauvreté et la privation dans le monde entier. Sans portes de sortie attrayantes et pratiques pour sortir du tabagisme, ils sont ceux qui fument le plus et souffrent donc majoritairement des maladies et des décès liés au tabagisme. Toute cette panoplie de marginalisations, de discriminations et d'isolements explique les taux de tabagisme très élevés au sein des communautés indigènes et LGBTQ+, des personnes en prison, des sans-abris et des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, de drogue et d'alcool.

Image : BLVDONE sur Adobe Stock

Les femmes sont une autre population cachée. Globalement, les femmes fument moins que les hommes, mais dans les pays à faible revenu, les hommes sont généralement les principaux soutiens de famille, et les femmes restent à la maison pour s'occuper de la famille. La perte d'un revenu familial entier en raison du décès de l'homme à la suite d'une maladie liée au tabagisme place les femmes et leur famille dans une situation économique encore plus précaire.

Pourtant, le mantra „aucun laissé-pour-compte" est depuis longtemps inscrit dans les conventions internationales et continue de l'être. La réduction des risques se situe à l'intersection de la santé publique et des droits de l'homme.

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 16 décembre 1966, énonce le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

En tant que cause de justice sociale, défendant les personnes qui sont souvent parmi les plus défavorisées et marginalisées de la société, la RdRT a sa place dans le domaine des droits de l'homme.

La RdRT est l'occasion de mettre en place une des innovations les plus spectaculaires en matière de santé publique dans le monde, pour lutter contre une maladie non transmissible et à un coût minimal pour les gouvernements. À l'heure de la COVID-19, où les systèmes de santé et de financement public mondiaux sont à bout de souffle et risquent de ne pas se rétablir avant un certain temps, il n'a jamais été aussi urgent d'aller de l'avant avec la RdRT.

La marche à suivre

Pour la première fois, il existe désormais un large éventail d'incitations positives, et non plus seulement dissuasives, pour inciter les gens à renoncer au tabac. La RdRT, par le biais des PNRR, offre une stratégie de sortie sans précédent qui s'est révélée acceptable pour les fumeurs et à un coût minimal pour les gouvernements.

Aspirations mises à part, la réalité est que la lutte contre le tabagisme n'a jamais pu que contribuer à réduire les risques, de sorte que l'argument de la réduction des risques a toujours été inhérent à la déclaration de mission antitabac, excepté qu'aujourd'hui il existe de réelles possibilités d'augmenter l'envergure des résultats bénéfiques pour la santé publique.

Conclusions and recommendations

Ce rapport porte essentiellement sur la RdRT et sur les avantages pour la santé publique et individuelle de disposer d'alternatives plus sûres, abordables, appropriées et acceptables aux produits du tabac combustibles. Il met également l'accent sur les droits des fumeurs d'avoir la possibilité de passer du tabagisme à autre chose et de ceux qui ont choisi des alternatives plus sûres.

Image : Google

Conclusions

- Près de 8 millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabagisme.
- Quatre-vingts pour cent des fumeurs dans le monde vivent dans les pays à faible revenu, mais ils sont ceux dont l'accès à des PNRR abordables est le plus limité.
- On anticipe qu'un milliard de personnes mourront de maladies liées au tabagisme d'ici 2100.
- Dans les pays les plus riches, le taux de tabagisme est en baisse depuis des décennies, mais cette baisse se ralentit.
- Le nombre de fumeurs dans le monde est resté inchangé à 1,1 milliard depuis l'année 2000, et dans certains pays plus pauvres, il devrait augmenter en raison de la croissance démographique.
- Le moyen le plus immédiat de réduire les décès liés au tabagisme est de s'occuper en priorité des fumeurs actuels.
- Les données relatives aux PNRR montrent qu'ils sont nettement plus sûrs que le tabac combustible, tant pour les fumeurs que pour les personnes de l'entourage, et qu'ils contribuent à aider ceux qui souhaitent arrêter de fumer.
- L'adoption des PNRR a pris son essor sous l'impulsion des consommateurs et son coût pour les gouvernements a été nul ou minime.
- Les PNRR sont susceptibles de réduire considérablement le nombre de décès et de maladies dus au tabagisme dans le monde, et de provoquer une révolution mondiale de la santé publique.
- L'usage des PNRR progresse lentement. Nous estimons que 98 millions de personnes dans le monde utilisent des PNRR - dont 68 millions de vapoteurs - ce qui représente seulement neuf fumeurs sur 100 (moins dans les pays à faible revenu). Il est urgent d'intensifier la réduction des risques liés au tabac.
- De nombreuses ONG nationales et internationales bien subventionnées, des agences de santé publique et des organisations multilatérales voient à tort la RdRT comme une menace plutôt que comme une chance.
- De nombreuses organisations américaines ou financées par les États-Unis ont provoqué la panique à propos des jeunes vapoteurs, au sujet des arômes et de l'apparition de maladies pulmonaires, occultant ainsi le véritable défi de santé publique, qui est de persuader les fumeurs adultes de se substituer.
- Le quasi-monopole du financement international de la lutte antitabac par des fondations basées aux États-Unis - le philanthrocapitalisme - a faussé les réponses internationales et nationales au tabagisme. Les intérêts des donateurs excluent souvent d'autres options politiques, entrainant un impact caché, mais négatif sur les politiques de santé, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.
- Le fait de mettre de plus en plus l'accent sur la prohibition risque d'avoir de nombreuses conséquences, notamment, que les fumeurs actuels décident de ne pas changer de produit, que les utilisateurs de PNRR d'aujourd'hui recommencent à fumer, et que se multiplient les produits non réglementés et potentiellement dangereux.
- De nombreuses études mal menées sont toujours en circulation, et elles sont en général présentées avec un message anti-RdRT.
- L'initiative MPOWER de l'OMS ne suffira pas à elle seule à accélérer l'arrêt du tabagisme - le point faible est le „O", qui propose des aides, ce qui est très coûteux pour les gouvernements.
- La réduction des risques est intégrée dans presque tous les domaines de travail de l'OMS, à l'exception du tabac.
- En niant le rôle de la RdRT, l'OMS va à l'encontre des principes et des pratiques inscrits dans ses propres engagements en faveur de la promotion de la santé mondiale et dans les conventions internationales relatives au droit à la santé, notamment à l'article 1 (d) de la CCLAT
- Les pays riches ont été les principaux bénéficiaires de la RdRT. De nombreux PRFM sont laissés-pour-compte, à cause de politiques prohibitionnistes et de l'absence d'alternatives appropriées, acceptables et abordables au tabac combustible.
- Les personnes les plus touchées par les politiques de lutte contre le tabagisme ont été stigmatisées et exclues de la conversation politique. Une bonne santé publique engage les populations concernées. Le slogan „Rien sur nous sans nous" est très pertinent pour la RdRT, comme pour tous les autres domaines de la santé publique.

Recommendations

1. L'objectif premier de la lutte antitabac doit être d'offrir aux fumeurs actuels des stratégies de sortie adaptées. Le bilan actuel du tabagisme ne peut être évité qu'en accélérant l'abandon du tabac par les fumeurs de longue durée.
2. La réduction des risques doit être correctement définie par les membres de la CCLAT pour s'inscrire dans le cadre de la réduction de la demande et de l'offre. Elle doit être appliquée universellement sans qu'aucune personne, aucun groupe ou aucune communauté n'en soit exclu.
3. L'OMS doit jouer un rôle prépondérant en encourageant les signataires de la CCLAT à adopter une vision plus équilibrée du potentiel des PNRR afin d'encourager l'abandon des produits combustibles. L'interprétation actuelle de l'article 5.3 de la CCLAT freine le débat en cours sur les mérites des PNRR. Une approche nouvelle et inclusive est nécessaire, impliquant toutes les parties prenantes sans exception, pour évaluer les mérites des nouvelles technologies et des nouveaux produits, sur la base de principes scientifiques plutôt que d'une idéologie.
4. L'accès aux PNRR doit être un droit pour tous les bénéficiaires potentiels, indépendamment de leur sexe, de leur race, de leur situation sociale ou économique.
5. Le bien-être des consommateurs doit être au centre de la planification et de la politique internationale
6. L'Alliance des ONG de la Convention-cadre doivent s'engager activement avec le plus grand nombre d'ONG axées sur la RdRT, y compris les organisations de défense des consommateurs.
7. Les entreprises qui fabriquent des PNRR doivent s'efforcer d'atteindre le plus grand nombre possible de fumeurs dans le monde avec des produits appropriés et abordables.
8. Le rôle du gouvernement doit être d'accélérer l'abandon du tabac, plutôt que de mettre des obstacles sur le chemin de ceux qui souhaitent utiliser des PNRR.
9. Aucune mesure ne doit être prise qui ait pour conséquence de favoriser le tabagisme au détriment des PNRR, par exemple en rendant les PNRR plus difficiles à obtenir que les cigarettes, ou par une tarification défavorable (par exemple par le biais de taxes).
10. Tous ceux qui sont en position de formuler une stratégie politique en matière de PNRR doivent tenir compte de l'ensemble des données actuelles, et ne pas opter pour des recommandations toutes faites, émanant d'organisations multilatérales et philanthropiques.
11. Les gouvernements doivent assurer la sécurité des consommateurs en ce qui concerne les PNRR en s'appuyant sur les normes de sécurité disponibles des organismes internationaux, régionaux et nationaux.
12. Les fumeurs ont droit à des informations factuelles sur les avantages potentiels du passage aux PNRR.
13. Les PNRR doivent être contrôlés et réglementés comme des produits de consommation, et les consommateurs doivent être assurés de la qualité des produits qu'ils utilisent.
14. La possibilité de choisir les arômes des PNRR est un aspect important de la décision de renoncer au tabac et d'éviter les rechutes. Interdire les arômes est contre-productif si on espère des résultats positifs en matière de santé publique.
15. Il n'y a pas de risque identifié de „vapotage passif" pour l'entourage. La communication en matière de santé publique doit expliquer que vapoter n'est pas fumer, et que la décision de contrôler le vapotage dans des endroits spécifiques doit être laissée aux organisations et entreprises individuelles, plutôt qu'au travers d'une interdiction générale des organismes gouvernementaux.

Les deux années qui se sont écoulées depuis la dernière édition de ce rapport ont été très difficiles pour la RdRT.

Les quelques 1,1 milliard de fumeurs dans le monde méritent une meilleure proposition et de meilleures options. Nous devons accélérer la disparition des combustibles et encourager l'utilisation de méthodes non combustibles plus sûres de la nicotine. Des données provenant de plusieurs pays montrent que la disponibilité des PNRR facilite le renoncement au tabac.

Globalement, les progrès sont lents et les personnes qui utilisent les PNRR ne représentent encore qu'une petite fraction des fumeurs. Les produits de vapotage ne sont sur le marché que depuis une douzaine d'années et le PTC beaucoup moins, bien que l'utilisation du snus remonte à plusieurs siècles. Historiquement, l'évolution de la consommation de nicotine prend quelques décennies. La dernière innovation perturbatrice a été l'invention de la machine à rouler le tabac dans les années 1880, mais il a fallu environ 60 ans pour que la cigarette roulée à la machine évince la plupart des autres formes de tabagisme dans les pays riches.

Toutefois, nous ne pouvons pas attendre 60 ans. Nous savons déjà que les PNRR sont plus sûrs que de fumer du tabac. Nous savons que les gens veulent utiliser ces produits. Nous avons la preuve de nombreux pays que les PNRR fonctionnent.

Les obstacles viennent des riches fondations ayant une vision myope de la lutte antitabac, et les organisations internationales sont attachées à une vision étroite des possibilités. Il y a trop de peur, de haine et d'intérêts dans ce domaine. Ces organisations vont rapidement se retrouver du mauvais côté de l'histoire. Il faut faire preuve de beaucoup plus d'ambition sur ce qui peut être réalisé, et d'une bonne dose de compassion.

Au cours des années 1980, les politiques de santé publique ont élargi leur champ d'action au-delà du contrôle des maladies infectieuses, pour englober des considérations plus larges de prévention par la promotion de la santé. En novembre 1986, l'OMS a organisé la première conférence internationale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue à Ottawa, au Canada. De cette conférence est né un document de cinq pages appelé la Charte d'Ottawa, qui définit la promotion de la santé :

> *« comme le processus permettant aux gens d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer ».*

Il souligne ensuite ce fait,

> *« La promotion de la santé vise à atteindre l'équité en matière de santé. L'action de promotion de la santé vise à réduire les différences dans l'état de santé actuel et à assurer l'égalité des chances et des ressources… Les gens ne peuvent pas réaliser leur plein potentiel de santé s'ils ne sont pas capables de prendre en main les choses qui déterminent leur santé ».*

Parmi les engagements pris par les participants à la conférence, on peut citer :

- *« contrecarrer les pressions en faveur des produits nocifs ».*
- *« de répondre à l'écart de santé au sein des sociétés et entre elles, et de lutter contre les inégalités en matière de santé produites par les règles et les pratiques de ces sociétés ».*
- *« de reconnaître que les gens sont la principale ressource en matière de santé, de les soutenir et leur permettre de rester en bonne santé, ainsi que leurs familles et amis ».*

La réduction des risques du tabac est une mesure éprouvée de santé publique et de promotion de la santé, pour les personnes concernées : les fumeurs et ceux qui choisissent des alternatives. C'est un changement qui s'opère à partir de la communauté, car ce sont les gens qui font de la réduction des risques, et non les experts.

À propos de ce rapport

Il s'agit de la deuxième édition du bilan mondial de la réduction des risques du tabac, publié pour la première fois en 2018. Le rapport s'inspire de celui du bilan mondial de la réduction des risques publié par Harm Reduction International (HRI). Publié également tous les deux ans, le rapport du HRI suit les progrès réalisés dans l'introduction d'interventions de réduction des risques liés à la drogue, telles que les thérapies de substitution aux opiacés, l'échange de seringues et les installations de prévention des overdoses, également appelées "salles de consommation à moindre risques".

Dans le même ordre d'idées, ce rapport cartographie les progrès (ou non) dans l'évolution mondiale, régionale et nationale de la disponibilité et de l'utilisation des PNRR, l'évolution de la réponse réglementaire ainsi que les dernières données sur les produits à base de nicotine plus sûrs et la santé. Nous mettons également l'accent sur ceux que le rapport appelle "les laissés-pour-compte", c'est-à-dire les groupes et les communautés du monde entier qui fument à un niveau beaucoup plus élevé que le reste de la société afin de faire face à une multitude de problèmes économiques, sociaux et personnels. Comme l'environnement de la RdRT est devenu de plus en plus toxique depuis notre dernier rapport, nous avons cette fois-ci porté notre attention sur les mécanismes d'une campagne mondiale bien orchestrée et bien financée qui conduit à une réponse de plus en plus prohibitionniste des PNRR.

Les informations contenues dans le rapport seront utiles aux décideurs politiques, aux analystes politiques, aux consommateurs, aux législateurs, à la société civile et aux organisations multilatérales, aux médias, aux travailleurs de la santé publique, aux universitaires et aux cliniciens ainsi qu'aux fabricants et aux distributeurs.

Les lecteurs sont invités à se referrer au rapport précédent pour obtenir certaines des informations de base omises cette fois-ci. Consultez le site : www.gsthr.org/report/full-report-online

La terminologie

Il existe plusieurs termes pour les produits de réduction des risques et des Dommages du tabac (RdRT), notamment les produits alternatifs à la nicotine, les nouveaux produits à la nicotine, les produits à risques modifiés ou réduits, les produits moins nocifs, à moindre risque ou moins risqués et les systèmes électroniques de distribution de nicotine (ENDS).

Ce rapport utilise le terme **« produits nicotiniques à risques réduits »** (PNRR) comme expression collective pour désigner les appareils à vapoter, les appareils à tabac chauffés et le snus de style suédois et certaines autres formes plus sûres de tabac sans fumée. Nous le justifions par le fait que les données démontrent que ces produits présentent un risque moindre que les produits du tabac combustibles, et ce par une marge substantielle.

Au-delà des questions de commodité sémantique, il y a la question de l'exactitude technique. Contrairement au rapport précédent, à moins de citer d'autres sources, nous n'utilisons pas le terme "e-cigarette", mais plutôt des appareils ou **des produits de vapotage**. Si le terme "e-cigarette" est d'usage courant et facile à comprendre, il est trop facilement confondu avec l'idée de fumer une cigarette ; de nombreuses communications de santé publique trompeuses font référence aux dangers de "fumer des e-cigarettes". L'innovation la plus importante des dispositifs de vapotage est qu'ils n'émettent pas de fumée toxique dangereuse, mais une vapeur nettement plus sûre.

Suivant le même principe, nous avons opté pour le terme de **lésion pulmonaire liée à la vitamine E (VITERLI)** plutôt que pour celui plus communément utilisé d'EVALI (E-cigarette ou Vaping Lung Injury), qui associe à tort l'apparition de la lésion pulmonaire à l'évaporation de nicotine liquide. Le rapport fait désormais également référence aux dispositifs ou produits de tabac chauffé (PTC) par opposition aux dispositifs ou produits non chauffés.

Les limites des données

Tous les efforts ont été faits pour présenter les données les plus récentes et les plus cohérentes dans toutes les sections de ce rapport. Toutefois, de nombreuses lacunes et mises en garde doivent être soulignées :

- Nous manquons d'informations sur la prévalence de l'utilisation des PNRR, et dans les pays qui mènent des enquêtes, il y a eu peu de mises à jour depuis 2018.
- De nombreux pays ne disposent pas d'informations adéquates sur la prévalence du tabagisme et les résultats pour la santé.
- De nombreuses données sur les consommateurs, les marchés et les produits ne sont pas du domaine public – Cela n'est pas diffusé par les entreprises, car jugé commercialement sensible, et n'est souvent disponible qu'à un coût élevé auprès des sociétés d'analyse de marché.

Le site web de GSTHR

En 2018, lors de la publication de la première BMRRT, nous avons également lancé le premier site web au monde consacré à la réduction des risques du tabac en relation à l'utilisation de produits à base de nicotine plus sûrs. Depuis lors, le site www.gsthr.org a été considérablement amélioré en combinant les fonctions originales avec une nouvelle série d'options.

Dans l'ensemble, tous les récits et les données du site web ont été configurés pour être accessibles sur ordinateurs et appareils mobiles.

L'une des principales caractéristiques du site web amélioré est la présence de plus de 200 profils de pays qui fournissent des données sur la prévalence du tabagisme et la mortalité, ainsi que des données sur les PNRR qui mettent en évidence, par exemple, tous les règlements et contrôles relatifs aux PNRR dans ce pays. En outre, les utilisateurs peuvent afficher à l'écran des données comparatives pour différents pays. Contrairement à d'autres sites web fournissant des données sur le tabagisme qui peuvent être dépassées de deux ans ou plus, l'équipe du GSTHR surveille en permanence les données mondiales et met à jour le site en temps réel facilitant la comparaison des données dans le temps. Chaque profil contient également des informations sur l'évolution de la RdRT dans le pays concerné.

Le site est configuré de manière à permettre aux utilisateurs de créer des cartes et des graphiques à partir des données, tandis que tout le matériel d'illustration (à l'exception des photos) peut être téléchargé gratuitement pour être utilisé lors de conférences et de séminaires et pour des documents de recherche et de politique, par exemple.

Les lecteurs sont encouragés à s'inscrire sur le site web pour recevoir les notifications sur les derniers développements.

Utilisation et citation du matériel de ce rapport

Les droits d'auteur sur le matériel original de *Des enjeux cruciaux : The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020* incombe à Knowledge-Action-Change, à l'exception des graphiques et des textes pour lesquels d'autres sources sont citées. Les lecteurs du rapport et du site web sont libres de reproduire le matériel, sous réserve d'un usage équitable, sans avoir à obtenir au préalable l'autorisation du détenteur des droits d'auteur et sous réserve de la reconnaissance de la citation : *Des enjeux cruciaux : Global State of Tobacco Harm Reduction 2020. London: Knowledge-Action-Change, 2020*.

Avant-propos

Samrat Chowdhery

Président de « International Network of Nicotine Consumer Organisations ». (Réseau international des organisations de consommateurs de nicotine)

Deux décennies après le début de la guerre de l'OMS contre le tabac, les taux de mortalité dus au tabagisme sont en augmentation dans de nombreux pays, il est donc nécessaire de combler les lacunes des approches mises en œuvre. Or, comme ce rapport le met en évidence, nous sommes témoins d'un nouveau déraillement, soutenu par quelques acteurs privés à la vision prohibitionniste et aux poches profondes. En l'absence de correction de trajectoire, un nouveau front s'est ouvert contre les principes de réduction des risques nés des guerres ratées du passé contre l'usage de drogues.

Plus d'un milliard de consommateurs de tabac sont pris dans les tirs croisés et, en dépit des taxes élevées qu'ils paient et des conséquences néfastes qu'ils subissent, ils sont désormais sans voix, sans plateforme de recours et sans appuis. Le soutien aux consommateurs demeure la moins utilisée des mesures de contrôle de l'OMS, tandis que la guerre contre le tabac n'est formulée qu'en termes généraux, les privant de toute représentation sous prétexte d'exclure l'industrie du tabac.

Dans la mesure où 80 pour cent des consommateurs vivent dans des pays à revenus faibles ou moyens ayant peu de ressources pour gérer les conséquences du tabagisme – le groupe le plus vulnérable au monde à tous les égards – la priorité doit être donnée aux mesures de réduction des risques qui leur offrent les moyens d'éviter la mort et la maladie en optant pour des alternatives abordables et accessibles, s'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter de fumer.

En réalité, c'est l'inverse qui se produit. Depuis la première édition de ce rapport mondial en 2018, le climat autour de la réduction des risques du tabac s'est dégradé, sa légitimité a été contestée sur des bases scientifiques douteuses, et les progrès ont été freinés par une panique morale qui détourne de l'objectif louable de réduire les maladies et les décès liés au tabac ainsi que par la limitation active de l'accès à des produits plus sûrs – par le biais d'interdictions dans les pays à revenus faibles et moyens, et par des restrictions sur les arômes, une aide clé à la transition dans les pays développés.

La petite lueur d'espoir est qu'en un peu plus de dix ans, des millions de fumeurs sont passés à des produits à moindre risque, ce qui met fin aux doutes sur leur efficacité et démontre également que les usagers sont prêts à prendre des mesures proactives pour préserver leur santé. Toutefois, comme le démontre ce rapport, c'est encore trop peu compte tenu du nombre considérable de consommateurs dans le monde, et la démonisation persistante des alternatives de réduction des risques du tabac pourrait bien faire pencher la balance en leur défaveur.

Ce rapport est tout autant un bilan sur l'adoption des politiques de réductions des risques dans le monde qu'un aperçu des efforts déployés pour s'y opposer.

Fiona Patten

Dirigeante du Reason Party, et membre du Victorian Legislative Council pour la région métropolitaine du nord, Australie

Les faits sont déterminants et quand ils concernent les mesures de réduction des risques visant à lutter équitablement et honnêtement contre la catastrophe mondiale que sont les décès évitables dus au tabagisme, ils sont plus que jamais pertinents.

Ce rapport cartographie les progrès réalisés dans le monde entier en ce qui concerne l'accès aux produits nicotiniques à risques réduits (PNRR), l'évolution de la réponse réglementaire ainsi que les dernières données scientifiques et cliniques sur l'efficacité des alternatives aux cigarettes combustibles.

De manière incroyable, certaines personnes et organisations dans la communauté cherchent à diffuser des « faits alternatifs » sous le couvert de la réglementation tabagique. Leurs efforts malavisés ignorent le droit fondamental de chacun à des options de soins de santé – et cela inclut ceux qui dans notre société, pour diverses raisons, ont adopté des comportements à risques. Ce n'est pas à nous de juger. Le rôle des gouvernements et des organismes de santé dans le monde entier est simple : réduire les risques pour la santé et améliorer la santé globale des citoyens.

L'Australie était autrefois un pays leader en matière de réduction des risques et de réglementation efficace du tabac, mais nous sommes maintenant à la traîne, car nous ignorons les faits. Nos taux de tabagisme stagnants en sont la preuve. Le soutien du gouvernement à l'accès aux seringues propres et à la méthadone est généralisé ici en Australie, mais ce même gouvernement interdit les produits qui ont démontré leur efficacité pour réduire les risques tabagiques. Malheureusement, nous avons choisi d'ignorer les faits. Pourquoi ?

Ma théorie est que la dépendance à la nicotine est considérée comme un choix personnel, contrairement à la dépendance à l'héroïne, par exemple. On est censé avoir la volonté de dire non à la cigarette et les produits nicotiniques à risques réduits rendent les choses trop faciles. Arrêter de fumer devrait être difficile, pensent-ils. Cela doit être douloureux. Cette attitude ignore les économies que permet de réaliser la réduction des risques du tabac, et néglige les recherches et les données. Les faits sont ignorés et cela tue des gens, littéralement. De plus, nos comités anti-cancer veulent interdire le vapotage comme PNRR alors qu'ils sont eux-mêmes financés par le plus grand industriel du tabac du pays. Allez comprendre.

Je salue ce rapport et je souhaite que le suivant puisse présenter plus de pays sous un jour favorable, y compris l'Australie.

Ethan Nadelmann

Fondateur et ancien directeur exécutif de la Drug Policy Alliance (2000-2017)

Il est regrettable qu'un rapport comme celui-ci, fondé comme il l'est sur un profond respect de la science, de la santé et des droits de l'homme, doive être généré par une organisation non gouvernementale. Le groupe Harm Reduction International a compris, il y a déjà plusieurs années, qu'il devait assumer la tâche de produire son propre rapport sur l'état global de la réduction des risques, car l'Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime et d'autres organisations gouvernementales internationales n'étaient pas prêts à produire un tel rapport. De la même manière, ce document reflète la défaillance de l'OMS, du Center for Disease Control and Prevention et d'autres agences gouvernementales, à examiner avec honnêteté les données sur la réduction des risques du tabac.

La guerre mondiale contre les drogues était motivée, et l'est encore, par un mélange d'ignorance, de peur, de préjugés et de profit. Le problème n'était pas seulement que l'opinion publique et politique divergeait si souvent des données scientifiques et empiriques, mais aussi que les agences gouvernementales, les puissantes organisations philanthropiques, et même certains scientifiques étaient aveuglés et corrompus par les idéologies d'abstinence, la propagande antidrogue et la politisation des financements pour la recherche et les traitements. De nombreux politiciens libéraux avaient abandonné leurs engagements en faveur de la science, de la compassion et des droits de l'homme, et les scientifiques dépendants des financements gouvernementaux avaient développé des œillères politiques qui se sont transformées en œillères intellectuelles. La plupart d'entre eux admettent aujourd'hui que les résultats ont été catastrophiques non seulement pour ceux qui consomment des drogues illicites, mais aussi pour les sociétés dans leur ensemble.

La réduction des risques doit tenir un rôle au moins aussi central dans la lutte contre le tabagisme que celui qu'elle tient de plus en plus dans la lutte contre les drogues illicites, si l'on veut rapidement voir décliner le nombre de personnes qui meurent de

maladies liées au tabagisme. Mais dernièrement, les politiques publiques semblent reculer plus qu'elles n'avancent, sous l'impulsion d'agences gouvernementales et d'organisations philanthropiques qui trompent sans vergogne le public. Cela n'est nulle part plus évident que dans les sondages d'opinion publique qui montrent une augmentation significative du nombre de gens qui croient incorrectement que les e-cigarettes et les autres dispositifs de réduction des risques égalent ou dépassent les dangers des cigarettes combustibles.

Personne ne devrait faire confiance à l'industrie du tabac compte tenu, non seulement de son histoire notoire, mais aussi du fait que ses résultats financiers auront toujours la priorité sur la santé, étant donné les exigences de la concurrence du marché et les intérêts des actionnaires. Les défenseurs de la lutte antitabac qui se sont le plus battus contre l'industrie du tabac sont aujourd'hui divisés. D'un côté se trouvent ceux qui, désormais amplement financés par les gouvernements et de riches philanthropes, veulent transformer une campagne pour la santé fondée sur la science et visant à réduire le tabagisme, en une campagne mal conçue pour diaboliser tous les produits contenant de la nicotine, même s'ils sont bien moins dangereux que les produits combustibles. De l'autre côté se trouvent ceux qui sont profondément attachés aux principes de réduction des risques et à l'objectif primordial de réduire les risques associés autant à l'usage du tabac qu'aux politiques de lutte antitabac. Ce rapport leur rend hommage.

Abréviations et acronymes

AFNOR – Association française de Normalisation
ANSA – EU Agency Network for Scientific Advice
ASH – Action on Smoking and Health (Royaume-Uni)
BMGF – Bill and Melinda Gates Foundation (la fondation Bill et Mélinda Gates)
BP – Bloomberg Philanthropies
BSI – British Standards Institute
CBD – Cannabidiol
CDC – Center for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CDER – Center for Drug Evaluation and Research (États-Unis))
CEN – European Committee for Standardisation
CdP – Conférence des Parties – Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
COT – Committee on Toxicity, Carcinogenicity and Mutagenicity of Chemicals in Food Consumer Products and the Environment (Royaume-Uni) (les produits de consommation et l'environnement)
CTFK – Campaign for Tobacco Free Kids (États-Unis)
CTP – Center for Tobacco Products (États-Unis)
DG SANTÉ – Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire (UE)
DOTS – Directly-observed therapy short course
ENDS – Electronic nicotine delivery systems (dispositifs électroniques de distribution de la nicotine)
ERS – European Respiratory Society
ESTOC – European Smokeless Tobacco Council
EVALI – E-cigarette or vaping product use-associated lung injury (lésion pulmonaire liée aux produits de vapotage)
FCTC – WHO Framework Convention on Tobacco Control
CCLAT – Convention-cadre lutte antitabac de l'OMS
FDA – Food and Drug Administration (États-Unis)
GBD – Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factor Study
GDP – Gross Domestic Product
PIB – Produit intérieur brut
GSTHR – The Global State of Tobacco Harm Reduction
HNB – Heat-not-burn
HSS – Department of Health and Human Services (États-Unis)
HTP – Heated tobacco products
PTC – Produits de tabac chauffé
HPHCs – Constituants dangereux ou potentiellement dangereux
IARC – International Agency for Research on Cancer
ISO – International Organisation for Standardisation
LMIC – Low and middle-income countries
PRFM – Pays à revenus faibles et moyens
MHRA – Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (Royaume-Uni)
MPOWER – Monitoring-Protect-Offer-Warn-Enforce-Raise (taxes)
MRTPA – Modified Risk Tobacco Product Application
MSA – Master Settlement Agreement
NCCDPHP – National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (États-Unis)
NCD – Non-communicable diseases
NGO – Non-governmental organisation
ONG – Organisation non gouvernementale
NIH – National Institutes of Health (États-Unis)
NRT – Nicotine replacement therapy
TSN -Traitement de substitution nicotinique
NYCHD – New York City Health Department
NYU – New York University
ONDIEH – Office of Non-Communicable Disease, Injury and Environmental Health (États-Unis)

OSI – Open Society Institute
ONS – Office for National Statistics (Royaume-Uni)
OSH – Office for Smoking and Health (États-Unis)
PAHs – Polycyclic aromatic hydrocarbons
PHA – Public Health Association (Nouvelle-Zélande)
PHE – Public Health England (Royaume-Uni)
PMTA – Pre-Market Tobacco Application (États-Unis)
RCP – Royal College of Physicians (Royaume-Uni)
RDTA – Rebuildable dripping tank atomiser
RWJF – Robert Wood Johnson Foundation
SCENIHR – Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (UE)
SCHEER – Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (UE)
SEATCA – Southeast Asia Tobacco Control Alliance
SITRPS – Schroeder Institute for Tobacco Research and Policy Studies
SLAM – South London and Maudsley NHS Foundation Trust (Royaume-Uni)
SNP – Safer nicotine products
PNRR – Produits nicotiniques à risques réduits
ST – Smokeless tobacco
TSF – Tabac sans fumée
STOP – STOP Tobacco Organisations and Products
STP – Smokeless tobacco products
TFI – WHO Tobacco Free Initiative
THC – Tetrahydrocannabinol
THR – Tobacco harm reduction
RdRT – Réduction des risques du tabac
TI – Truth Initiative
TobRegNet – WHO Study Group on Tobacco Product Regulation
TPD – Tobacco Products Directive (UE)
DPT – Directive des produits du tabac (UE)
TPSAC – Tobacco Products Scientific Advisory Committee (États-Unis)
TSNAs – Tobacco-specific nitrosamines
TT – Tobacco Tactics
VITERLI – Vitamin E-related lung injury – Lésion pulmonaire liée à la vitamine E
VS – Vital Strategies
WHO – World Health Organization
OMS – Organisation mondiale de la santé
WLF – World Lung Foundation

Introduction

Image: Sajjad ZABIHI on Unsplash

La réduction des risques est un ensemble de politiques, de réglementations et d'actions pragmatiques qui réduisent les risques pour la santé en proposant des formes de produits ou substances plus sûres, ou en encourageant des comportements moins risqués. La réduction des risques ne met pas l'accent sur l'éradication de produits ou de comportements.

Pensez à la sécurité routière. De nombreux pays ont désormais des règles concernant le port de la ceinture de sécurité. Les voitures modernes sont équipées d'airbags qui nous protègent en cas d'accident. Dans de nombreux pays, les cyclistes sont tenus de porter un casque de vélo ou de moto. La vitesse sur les routes est limitée. Nous n'interdisons pas les voitures et les motos au cas où elles nous causeraient des dommages, à nous ou à d'autres. Nous adoptons ces mesures pour réduire les dommages, même si elles sont appelées « santé et sécurité » plutôt que « réduction des dommages ».

Dans le contexte de ce rapport, la réduction des risques a un aspect encore plus important : un rôle dans la défense de la justice sociale et des droits de l'homme pour les personnes qui sont souvent parmi les plus défavorisées, stigmatisées et marginalisées de la société.

Les défenseurs de la réduction des risques estiment que les gens ne devraient pas avoir à renoncer à leur droit à la santé parce qu'ils se livrent à des activités potentiellement risquées comme la consommation de drogues ou d'alcool, l'activité sexuelle ou le tabagisme.

Cette dimension plus politique de la réduction des risques est née de l'épidémie du VIH/SIDA des années 80. Aux États-Unis et en Europe, les membres des communautés homosexuelles et les consommateurs de drogues, marginalisés et sujets à risque se sont battus pour revendiquer leur droit à la santé, en distribuant des préservatifs et du matériel d'injection à leurs communautés, bien avant les interventions et soutiens officiels à un niveau national et (finalement) international.

L'impact sur la santé publique a été indéniable. Les pays qui ont adopté la réduction des risques ont observé une baisse significative des taux d'incidence VIH dans les communautés affectées. Les populations à risque en ont été les bénéficiaires, mais l'ensemble de la population aussi.

Si la campagne visant à encourager la diffusion des initiatives de réduction de risques dans le monde est loin d'être gagnée, plusieurs pays ont désormais accepté la validité

de cette approche. De nombreux consommateurs de drogues ont aujourd'hui accès aux thérapies de substitution aux opiacés, aux programmes d'échanges de seringues et aux structures de prévention des overdoses (ou salles de consommation). L'accès à ces dispositifs est d'une grande aide dans la lutte contre les maladies liées à l'usage de drogues et les risques d'overdose, et permet de préserver la vie des individus qui envisagent d'arrêter un jour leur consommation – ou au moins de vivre mieux avec.

Lorsqu'elles sont appliquées dans un cadre de justice sociale, les réponses de réduction des risques doivent :

- être pragmatiques, admettre que la consommation de substances et le comportement sexuel font partie de notre monde et choisir de minimiser leurs conséquences néfastes au lieu de les condamner ou de les ignorer,
- se concentrer sur les dommages potentiels et les cibler au lieu d'essayer d'éradiquer le produit ou le comportement,
- être sans jugement, sans coercition et sans stigmatisation,
- reconnaître que certains comportements sont plus sûrs que d'autres et sont des alternatives plus saines,
- encourager les changements de comportement au travers d'informations, de services et de ressources,
- veiller à ce que les personnes et les communautés concernées aient leur mot à dire dans la création des politiques et des programmes conçus pour les servir, comme l'indique le slogan « Rien sur nous sans nous. »,
- reconnaître que les réalités de la pauvreté, de la classe sociale, du racisme, de l'isolement et autres inégalités sociales impactent la fragilité des personnes et leur capacité à gérer les préjudices liés à la santé.[1]

Si la réduction des risques en tant que mouvement social est relativement récente, ce pour quoi les communautés concernées se sont toujours battues – le droit à la santé, sans aucun laissé-pour-compte – est depuis longtemps inscrit dans les conventions internationales et continue de l'être. La réduction des risques se situe à l'intersection de la santé publique et des droits de l'homme.

Le soutien à la RdRT (la réduction des risques du tabac) couvre l'ensemble du spectre politique. Les libertaires détestent l'intrusion musclée du gouvernement dans la vie des fumeurs qui souhaitent consommer des produits plus sûrs, et l'imposition d'obstacles législatifs. Les défenseurs de la justice sociale sont bien conscients que les personnes

[1] *Principes de la réduction des risques* (s.d.). Harm Reduction Coalition. Consulté le 23 août 2020, à partir de https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/

défavorisées sont les premières victimes de l'opposition à la RdRT – celles ayant de faibles revenus, les personnes souffrant de maladies mentales ou de problèmes de drogues et d'alcool, les sans-abri, les groupes autochtones et les personnes incarcérées. Le droit universel à la santé pour tous n'est rien d'autre que la santé pour tous.

Dès le début des années 1980, des interventions médicales étaient disponibles pour réduire le tabagisme – les thérapies de substitution de la nicotine (TSN) et des médicaments sur ordonnance souvent utilisés en association avec une thérapie comportementale, dans le cadre de programmes officiels de sevrage du tabac. Au milieu des années 2000, l'arrivée des dispositifs de vapotage a élargi les offres de santé publique, permettant la mise en avant d'autres produits sans fumée comme le snus suédois et le smokeless américain dans le cadre d'un nouveau paradigme de RdRT.

La plupart des fumeurs expriment le désir d'arrêter de fumer (ou du moins, souhaitent le faire). Nombre d'entre eux y parviennent en réduisant progressivement leur consommation ou en stoppant d'un coup, avec plus ou moins de succès. Comme l'exprimait si bien Mark Twain, « Arrêter de fumer est la chose la plus facile au monde, je le sais, je l'ai fait des milliers de fois. » Néanmoins, beaucoup ont du mal à arrêter, car ils ne peuvent ou ne veulent pas renoncer à la nicotine et continuent donc à fumer des cigarettes combustibles – un des systèmes de distribution les plus dangereux.

Les produits de réduction des risques ont considérablement élargi le choix des consommateurs qui souhaitent continuer à profiter de la nicotine sans les risques inhérents aux cigarettes, ou qui recherchent un moyen plus acceptable d'arrêter de fumer que ce qui est proposé par les différentes approches médicales ou psycho-sociales. Arrêter de fumer avec l'aide des PNRR est plus un plaisir qu'une contrainte pour la plupart des fumeurs. Ce sont des outils complémentaires qui permettent aux gouvernements de faire face aux méfaits du tabagisme, parallèlement aux mesures prises pour réduire l'offre et la demande, telles que les taxes sur le tabac, les restrictions d'âge, les restrictions publicitaires et les interdictions de fumer dans les lieux publics.

Image : DedMityay sur Adobe Stock

Dans certains pays, les avancées technologiques en matière d'administration de la nicotine ont été accompagnées d'une évolution dans le profil des fabricants et des distributeurs, de développements dans l'innovation de produits, dans l'investissement dans la recherche et la conception, et dans un marché déterminé par la disponibilité et le choix des consommateurs. Ce qui, à son tour, a mis les gouvernements au défi de trouver des modèles réglementaires appropriés où les objectifs de la lutte antitabac internationale et le droit individuel à la santé ne sont pas en conflit.

Professeur Michael Russell – consultant en psychiatrie, Institute of Psychiatry, Londres

« Il existe suffisamment d'arguments convaincants pour que les produits de substitution nicotiniques soient rendus aussi acceptables et agréables que possible, et activement promus sur les marchés libres afin qu'ils puissent concurrencer les produits du tabac. Il faudra également obtenir l'aval des autorités sanitaires, des avantages fiscaux et le soutien du mouvement antitabac, si on veut éliminer graduellement et définitivement le tabagisme.

Il est essentiel que les décideurs politiques comprennent et acceptent que les gens ne consommeraient pas de tabac si celui-ci ne contenait pas de nicotine et qu'il y a plus de chances qu'ils y renoncent si une source alternative de nicotine plus agréable et moins nocive est disponible. C'est de la nicotine dont il est difficile de se passer, pas du tabac.

Il est présumé… que notre principale préoccupation est de réduire les maladies liées au tabagisme et que les objections morales à la consommation récréative et possiblement addictive de cette drogue peuvent être dépassées, à condition qu'elle ne soit pas nocive pour les usagers et les autres, physiquement, psychologiquement ou socialement. » [2]

Pour tous, le point de départ devrait être l'épidémie mondiale de tabagisme – qui fait l'objet du chapitre suivant.

[2] Russell, M.A.H. (1991). The future of nicotine replacement. *British Journal of Addiction*, 86(5), 653–658. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01825.x

Chapitre 1
Le tabagisme : un tueur à retardement

Quelle que soit votre position dans le débat sur la RdRT, il est impossible de nier que les statistiques sur le tabagisme mondial sont sombres.

Les progrès réalisés pour encourager les gens à se détourner du tabac sont lents. Mondialement, les taux de tabagisme ont à peine changé depuis notre rapport de 2018. Néanmoins, certains pays ont enregistré des changements positifs liés à l'adoption des PNRR, et nous les abordons dans le chapitre suivant.

Le tabagisme est un des problèmes de santé majeurs dans le monde.

3

Trois fois plus de gens meurent d'une maladie liée au tabac que de la malaria, du VIH et de la tuberculose réunis.

- La moitié des personnes qui fument mourront prématurément de maladies liées au tabac.
- Une étude sur la charge mondiale de morbidité estime que le tabagisme est à l'origine de 7.1 millions de décès prématurés en 2017, et de 1.2 million de décès supplémentaires attribués au tabagisme passif. [3] Cela en fait le second facteur de risque de décès après l'hypertension artérielle.
- Treize pour cent des décès dans le monde ont été attribués directement au tabagisme en 2017, et deux pour cent de plus au tabagisme passif. [4]
- Trois fois plus de gens meurent prématurément du tabagisme que du total combiné des décès de la malaria (405,000 en 2018) [5], du VIH (770,000) [6] et de la tuberculose (1.5 million) [7].

Image : Swapnil Dwivedi sur Unsplash

1 milliard

Le nombre de décès liés au tabac est estimé à 1 milliard d'ici à 2100, l'équivalent des décès des populations combinées d'Indonésie, du Brésil, du Bangladesh, du Nigéria et des Philippines.

[3] Reitsma, M. B. et al. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389(10082), 1885–1906. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X

[4] Ritchie, H., & Roser, M. (2013). Smoking. *Our World in Data*. https://ourworldindata.org/smoking

[5] *Fiche d'information sur le paludisme* (s.d.). Consulté le 23 août 2020, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria

[6] *WHO | Number of deaths due to HIV*. (n.d.). WHO; World Health Organization. Retrieved 23 August 2020, from http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/deaths/en/

[7] *Tuberculosis* (TB). (n.d.). Retrieved 23 August 2020, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis

L'OMS estime que sur la base des prévisions actuelles, un milliard de personnes auront succombé à une maladie liée au tabac d'ici la fin du siècle. 8 C'est l'équivalent des populations combinées de l'Indonésie, du Brésil, du Nigéria, du Bangladesh et des Philippines Si toutes les personnes de tous ces pays mouraient de la COVID, cela équivaudrait aux prévisions actuelles concernant les décès dus au tabagisme dans le monde d'ici 2100.

La nicotine est l'une des substances les plus consommées dans le monde avec la caféine et l'alcool.

Brûler du tabac est le moyen le plus répandu d'ingérer de la nicotine. Les cigarettes représentent en moyenne 89% des produits du tabac en termes de valeur des ventes, et tous les produits combustibles combinés constituent 96% du marché de la nicotine en termes de vente au détail (voir chapitre 2). Les autres formes de tabac combustibles comprennent les cigares, les kreteks (cigarettes au clou de girofle appréciées en Indonésie), les bidies (cigarettes roulées à la main, populaires en Asie du Sud-est) et la chicha (du tabac filtré dans des pipes à eau, que l'on trouve dans de nombreux pays du Proche-Orient et du Moyen-Orient).

L'OMS indique que 346 millions d'adultes supplémentaires utilisent des produits du tabac sans fumée dans le monde. La majorité (environ 86%) des consommateurs de tabac sans fumée vivent en Asie du Sud-Est. On trouve cependant un large éventail de produits sans fumée présentant des profils de risque différents. L'expression « tabac sans fumée » est trompeuse et prête à confusion lorsqu'elle est appliquée aux tabacs asiatiques qui contiennent plusieurs produits dangereux, en plus du tabac. Dans ce rapport, sauf indication contraire, nous définissons ces produits du tabac sans fumée plus sûrs comme étant ceux qui sont fabriqués aux États-Unis ; ainsi que des produits suédois de type snus.

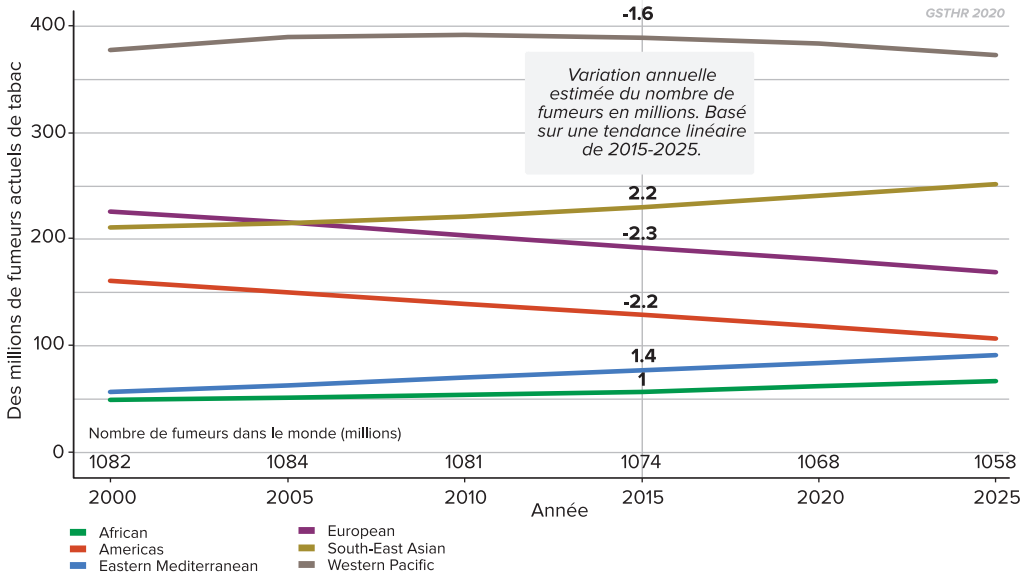
La nicotine est l'une des drogues les plus consommées dans le monde avec la caféine et l'alcool. 9 Le tabagisme est omniprésent, mais 80 pour cent des décès liés au tabagisme surviennent dans les PRFM, 10 qui représentent à leur tour 85 pour cent de la population mondiale.

1.1 milliard

On estime le nombre de fumeurs dans le monde à 1.1 milliard, inchangé depuis l'année 2000.

Le tabagisme ne va pas disparaître. Il y avait autant de fumeurs en 2020 qu'il y en avait en 2000 quand les estimations du nombre de fumeurs étaient de 1.1 milliard. L'OMS

Nombre de fumeurs adultes par région OMS, 2000 – 2025 (projections)



Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition.(2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition

[8] Hitti, M. (n.d.). *1 Billion Tobacco Deaths This Century?* WebMD. Retrieved 23 August 2020, from https://www.webmd.com/smoking-cessation/news/20080207/1-billion-tobacco-deaths-this-century

[9] Crocq, M.-A. (2003). Alcohol, nicotine, caffeine, and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5, 175–185.

[10] Anderson, C. L. et al. (2016). Tobacco control progress in low and middle income countries in comparison to high income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(10). https://doi.org/10.3390/ijerph13101039

[11] *Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition (2019).* Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of--tobacco-use-2000-2025-third-edition

anticipe que ce nombre sera constant jusqu'à 2025. 11 La croissance démographique a compensé la baisse de la proportion de fumeurs dans la population.

Dans certaines régions, on compte maintenant plus de fumeurs qu'en l'an 2000 et on estime qu'il y en aura encore plus en 2025, notamment dans les régions d'Afrique, de Méditerranée orientale et d'Asie du Sud-Est. Le nombre absolu de fumeurs est en baisse dans les régions d'Europe, du Pacifique occidental, et des Amériques.

Quels sont les pays qui ont le plus haut taux de tabagisme quotidien chez les adultes aujourd'hui ?

Environ un adulte sur cinq (19 pour cent) dans le monde fume. [12]

Ces taux sont bien plus élevés dans certains pays. Dans 22 pays, 30 pour cent ou plus de l'ensemble de la population adulte fume. Il s'agit des îles du Pacifique comme les Kiribati et les Îles Salomon, de plusieurs pays européens dont la Serbie, la Grèce, la Bulgarie, la Lettonie et Chypre, le Liban au Proche-Orient et le Chili en Amérique du Sud.

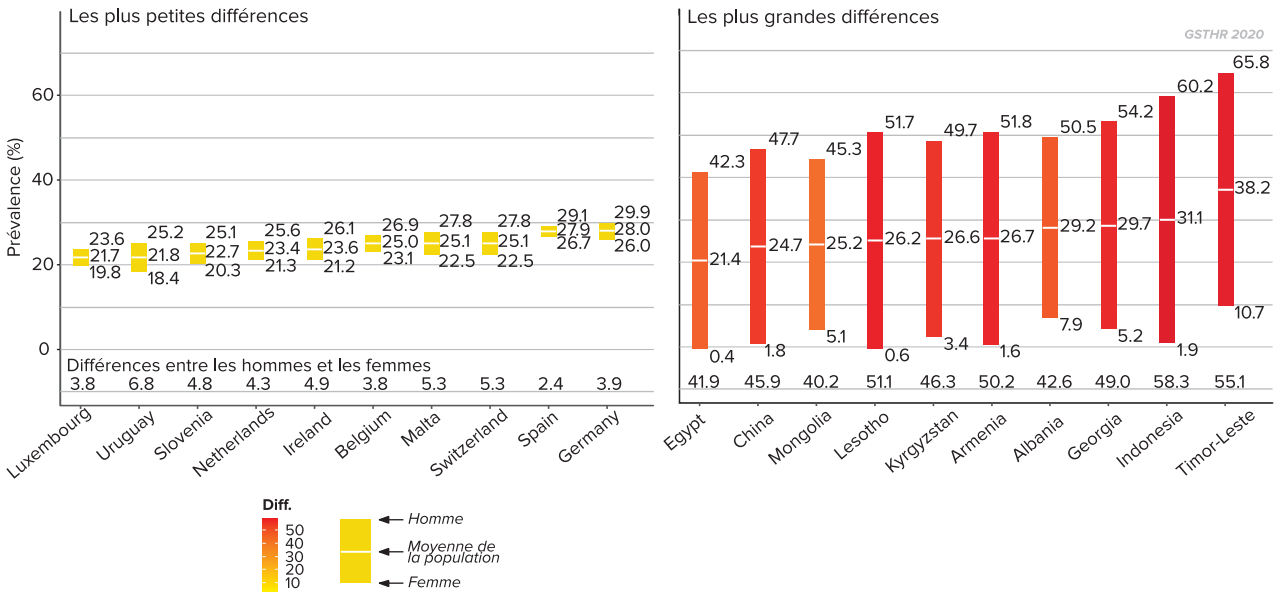
Pour plus d'informations sur les taux de tabagisme par pays : https://gsthr.org/countries

Il est intéressant de noter qu'il n'était pas rare de trouver ces niveaux de tabagisme par le passé, dans de nombreux pays : au Royaume-Uni par exemple, 46 pour cent de la population fumait au milieu des années 1970.

Les niveaux demeurent élevés dans le monde entier, en dépit des grandes initiatives mondiales conduites par l'OMS pour réduire le tabagisme – et ce en dépit de l'investissement de millions de dollars dans la lutte antitabac pour réduire l'offre et la demande (voir le chapitre 5).

Les taux moyens de tabagisme au niveau national cachent des différences significatives entre les hommes et les femmes. Dans le monde, près d'un tiers des hommes (30 pour cent) fument, comparé à 10 pour cent des femmes. [13]

Pays présentant la plus petite et la plus grande différence entre les taux de tabagisme des hommes et des femmes adultes
Tabagisme actuel, estimations de 2018 normalisées par âge.



Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition. (2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition

[12] Ritchie, H., & Roser, M. (2013). Smoking. *Our World in Data*. https://ourworldindata.org/smoking#share-who-smoke

[13] *Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition (2019).* Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of--tobacco-use-2000-2025-third-edition

Selon les données de l'OMS pour 2018, la prévalence du tabagisme actuel chez les hommes est au-dessus de 40 pour cent dans 35 pays. Cela va du chiffre étonnant de 69 pour cent aux Kiribati à 50 pour cent en Albanie, à Chypre, au Kirghizistan et en Lettonie, 45 pour cent en Grèce, en Mongolie et en Moldavie, et 41 pour cent en Ukraine, en Fédération de Russie, au Bangladesh et au Samoa. [14]

Dans certains pays à forte prévalence, le taux de tabagisme chez les femmes est plus fort que le taux de tabagisme chez les hommes dans les pays à faible prévalence. Par exemple, aux Kiribati, à Nauru, au Chili et en Serbie, plus de 40 pour cent des femmes fument comparativement à moins de 30 pour cent des hommes dans 78 autres pays.

Dans certaines communautés indigènes, dont les Maoris, les femmes fument plus que les hommes (voir chapitre 7). Il semble aussi que pour des raisons culturelles ou sociales, le tabagisme féminin soit sous-déclaré dans certains pays. [17,18]

5

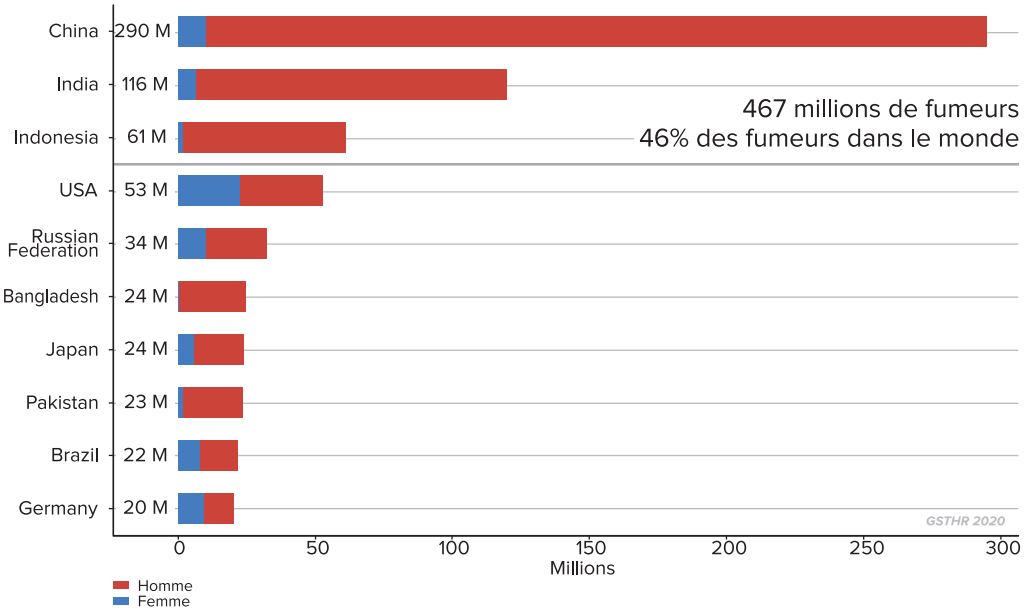
Mondialement, il y a plus de cinq fois plus d'hommes qui fument que de femmes. [15,16]

Quels sont les pays qui comptent le plus de fumeurs ?

Près de la moitié des fumeurs dans le monde (46 pour cent) vivent dans seulement trois pays.

La Chine compte le plus grand nombre de fumeurs actuels avec 290 millions, suivie de l'Inde avec 116 millions, et de l'Indonésie avec 61 millions. Ensemble, ces pays totalisent 467 millions de fumeurs.

Les pays qui comptent le plus de fumeurs actuellement
Population 2018, 15+



467 millions

de fumeurs – près de la moitié du chiffre total – vivent dans seulement trois pays : la Chine, l'Inde et l'Indonésie.

Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition (2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition
Département des affaires économiques et sociales (Ed.) (2019). Perspectives de la population mondiale 2019 (édition en ligne révisée 1. ; Division de la population). Nations Unies. https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/

[14] Pays où plus de 40 pour cent des hommes adultes fument : 69 pour cent à Kiribati ; 66 pour cent au Timor-Leste ; 60 pour cent en Indonésie ; 56 pour cent aux Îles Salomon ; 54 pour cent en Géorgie ; 52 pour cent à Tuvalu, en Arménie et au Lesotho ; 50 pour cent en Albanie, à Chypre, au Kirghizistan et en Lettonie ; 49 pour cent au Chili ; 48 pour cent en République démocratique populaire lao, aux Tonga et en Chine ; 46 pour cent en Bosnie-Herzégovine et à Nauru ; 45 pour cent en Grèce, en Mongolie et en République de Moldova ; 43 pour cent au Bélarus, en Tunisie et en Malaisie ; 42 pour cent en Bulgarie, en Égypte, à Fidji, au Kazakhstan, aux Philippines et en Turquie ; 41 pour cent en Ukraine, en Fédération de Russie, au Bangladesh et à Samoa.

[15] *Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition (2019).* Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of--tobacco-use-2000-2025-third-edition.

[16] Département des affaires économiques et sociales (Ed.) (2019). Perspectives de la population mondiale 2019 (édition en ligne révisée 1. ; Division de la population). Nations Unies. United Nations. https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/

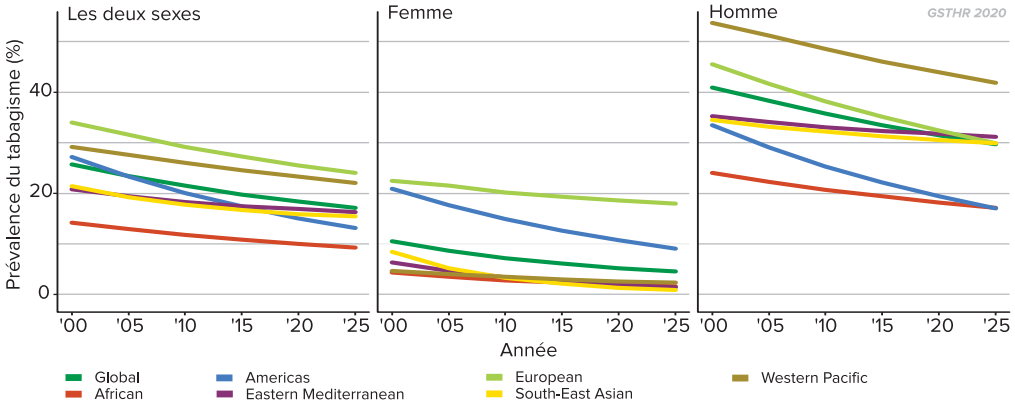
[17] Roth, M. A. et al. (2009). Under-reporting of tobacco use among Bangladeshi women in England. *Journal of Public Health*, 31(3), 326–334. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp060.

[18] Li, H. C. W. et al. (2015). Smoking among Hong Kong Chinese women: Behavior, attitudes and experience. *BMC Public Health*, 15(1), 183. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1529-4. Increasing smoking rates among women could be a hidden dimension to the smoking epidemic. For example, smoking among Hong Kong women rose over 70 per cent from 1990–2012.

Quelles sont les tendances en matière de tabagisme ?

Historiquement, la plupart des pays ont observé une augmentation puis un déclin du tabagisme. Les ventes de cigarettes se sont envolées autour de 1900 dans les pays les plus riches, ont atteint un pic dans les années 1980 et ont diminué depuis. [19] Une baisse générale dans les taux de tabagisme est apparente dans toutes les régions du monde, et pour les deux sexes.

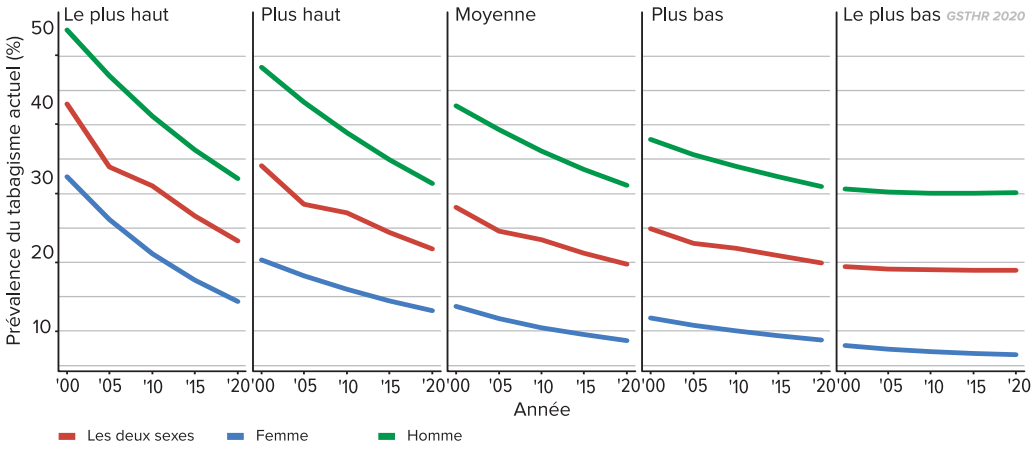
Prévalence du tabagisme, 2000-2025 (projections)
Femmes et hommes, moyenne normalisée par âge dans les régions de l'OMS



Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition (2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition

Ceci a été particulièrement marqué dans de nombreux pays à revenu élevé. Les taux de tabagisme ont diminué chez les hommes autant que chez les femmes, en particulier grâce à une sensibilisation accrue du public à l'importance d'un mode de vie sain, ainsi qu'à l'introduction de diverses mesures de lutte antitabac, notamment les interdictions publicitaires, les espaces non-fumeurs et une fiscalité plus élevée. Néanmoins, la diminution de la prévalence tabagique semble se stabiliser à 20% de la population environ, ce qui suggère que les interventions de lutte antitabac ont un effet limité. Dans le graphique, les pays sont regroupés en fonction de la baisse de prévalence du tabagisme actuel, des pays à la plus forte baisse à ceux présentant la plus faible. Dans tous les groupes, on observe un nivellement autour de 20 pour cent.

2000-2020 prévalences du tabagisme
Pays groupés de la plus forte à la plus faible baisse de prévalence en pourcentage



Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition (2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition

Ces données montrent que des millions de gens continuent de fumer. Un grand nombre d'entre eux aimeraient arrêter, mais n'y ont pas réussi. Nous reviendrons sur ce sujet dans les chapitres suivants, où nous examinerons les limites des interventions de lutte

[19] Hoffman, S. J. et al. (2019). Impact of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on global cigarette consumption: quasi-experimental evaluations using interrupted time series analysis and in-sample forecast event modelling. *BMJ*, 365. https://doi.org/10.1136/bmj.l2287

antitabac et la nécessité d'adopter des mesures de réduction de risques pour les personnes qui ne veulent pas fumer, mais souhaitent continuer à consommer de la nicotine.

Il n'y a pas que de mauvaises nouvelles, cependant. Il existe des exceptions remarquables – des pays qui sont bien en dessous de la barre des 20 pour cent. C'est notamment le cas dans les pays où les PNRR remplacent le tabac combustible, comme au Royaume-Uni, en Suède et en Norvège.

On peut se féliciter des réductions des taux de tabagisme, mais les progrès sont lents. L'OMS a pour objectif une diminution du tabagisme de 30 pour cent dans le monde entier (tant du tabac à fumer que du tabac sans fumée) entre 2010 et 2025. [20] Au niveau mondial, l'OMS estime que seulement 32 des 149 pays (pour lesquels des mesures sont disponibles) y parviendront.

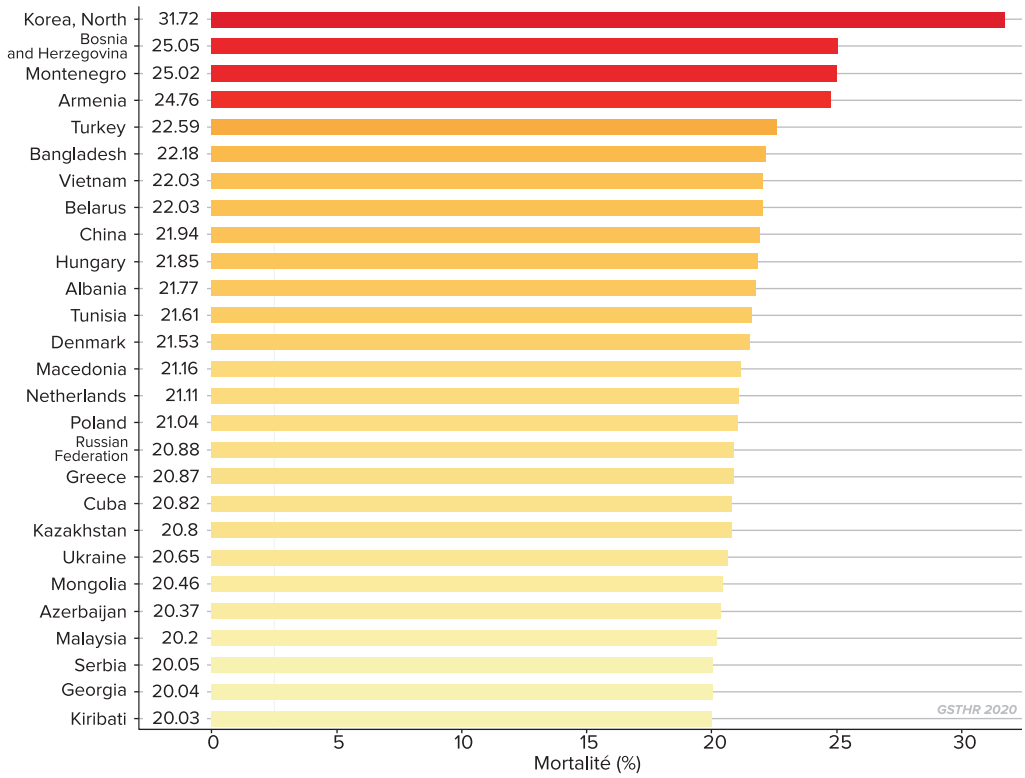
4 pays sur 5

n'atteindront pas les objectifs de l'OMS de réduction du tabagisme d'ici à 2025.

Les taux de mortalité liés au tabagisme demeurent élevés

La lenteur des progrès signifie que les décès dus au tabagisme demeurent élevés. Ceci est lié à la fois à la prévalence actuelle du tabagisme et à l'héritage du tabagisme des années précédentes. Dans 27 pays, 20 pour cent ou plus de décès sont attribuables au tabagisme.

Pays ayant les taux de mortalité attribuables au tabagisme les plus élevés
(plus de 20 pour cent de tous les décès)



Drope, J. et al. (2018). *The Tobacco Atlas* (6th ed.). American Cancer Society and Vital Strategies.

À l'énorme coût humain de la maladie et de la mort, s'ajoute un coût considérable à l'économie mondiale. Si l'on considère les coûts directs des soins hospitaliers et des médicaments et les coûts indirects des pertes de productivité, il a été calculé que le coût annuel mondial des maladies et décès liés au tabagisme est de 1,4 trillion de dollars. [21] Si on extrapole jusqu'à la fin du siècle, ce chiffre atteint 112 trillions de dollars. Selon les données de la Banque Mondiale en 2019, cela représente 24 trillions de plus que le PIB annuel mondial. [22]

$1.4 trillion

de dollars, c'est l'estimation du coût annuel mondial du tabagisme.

[20] *OMS | Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les MNT 2013-2020* (s.d.). OMS ; Organisation mondiale de la santé. Consulté le 23 août 2020, à partir de http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

[21] Goodchild, M. et al. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control*, 27(1), 58–64. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305

[22] Liste des pays par PIB (nominal) (2020). Dans Wikipedia. https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=List_of_countries_by_GDP_(nominal)&oldid=974300848

Tendances mondiales du tabagisme et politique mondiale en matière de tabac

Les tendances du tabagisme vont dans le bon sens, mais les progrès sont lents. Qu'est-ce qui pourrait les accélérer ? Là est la question.

L'OMS se réjouit de l'ampleur des mesures antitabac introduites dans de nombreux pays. Même si elle déplore la lenteur des progrès dans la réduction de la prévalence du tabagisme, le message dominant de l'OMS est que la stratégie de la lutte antitabac dans le monde fonctionne, car de plus en plus de pays adoptent des mesures de lutte antitabac, par exemple au niveau législatif.

Toutefois, l'adoption d'une législation par un parlement est une chose. Faire appliquer la loi est tout autre chose dans des pays qui ne disposent pas de ressources administratives, financières et répressives adéquates, sans parler de la volonté politique. Ce manque de volonté ne se limite pas aux pays ayant une agriculture du tabac florissante. Même dans le domaine de la santé, en Afrique par exemple, les responsables préfèrent donner la priorité à la lutte contre les maladies infectieuses plutôt qu'à la lutte antitabac.

La capacité des pays à mettre en œuvre les politiques et à les faire respecter au lieu de se contenter de les signer avec de bonnes intentions montre clairement une division entre pays à revenus élevés et PRFM. Comme l'indiquent les auteurs de l'ouvrage « La lutte antitabac 'End game' », la mise en œuvre efficace au niveau national des dispositions de la CCLAT de 2005 à laquelle la plupart des pays ont souscrit, dépend en grande partie du climat général de la santé publique.

> *« Nous identifions les caractéristiques les plus pertinentes des processus politiques dans les pays 'de pointe' ayant les luttes antitabac les plus développées : leur ministère de la santé a pris les rênes de la politique (à la place des ministères des Finances et du Commerce), le tabagisme est considéré comme un problème de santé urgent (et non comme un produit de l'économie), les groupes de santé publique sont davantage consultés (souvent aux dépens des industriels du tabac), les conditions socio-économiques (notamment la valeur de la taxation du tabac, et l'attitude du public à l'égard de la lutte antitabac) sont propices à un changement politique, et les données scientifiques sur les effets néfastes du tabagisme et du tabagisme passif sont 'gravées dans le marbre' des gouvernements. Ces facteurs sont quasiment inexistants dans les pays où les contrôles sont limités. Nous affirmons qu'en l'absence de changements plus profonds dans leurs environnements politiques, les pays qui dépendent le plus de la CCLAT sont les moins à même de la mettre en œuvre. »* [23,24]

L'OMS affirme que la lenteur de la réduction des taux de tabagisme dans les pays les plus pauvres est due au fait que l'introduction d'une lutte antitabac vigoureuse dans ces pays a été contrecarrée par le lobbying de l'industrie du tabac. Elle cite également, de manière plus obscure, « des revers, des barrières inattendues… et des obstacles politiques difficiles à surmonter. » [25]

Il y a actuellement dans le monde une préoccupation plus générale liée à l'agenda 2030 des Nations-Unies pour le développement durable. Le préambule stipule que « Cet agenda est un plan d'action pour les personnes, la planète et la prospérité. Il vise à renforcer la paix universelle pour une plus grande liberté. Nous estimons que l'éradication de la pauvreté sous toutes ses formes et dimensions, y compris la pauvreté extrême, est le plus grand des enjeux mondiaux et une exigence incontournable du développement durable », et que « personne ne doit être laissé-pour-compte ». [26]

---

[23] Cairney, P., & Mamudu, H. (2014). The global tobacco control ‚Endgame': Change the policy environment to implement the FCTC. *Journal of Public Health Policy*, 35(4), 506-517.

[24] Le financement des programmes de lutte antitabac en Afrique soulève également de sérieuses questions, voir le chapitre 5.

[25] *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2019* (2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/, p. 60

[26] *Transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030* (A/RES/70/1) (2015). Nations Unies. https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication, p. 5

L'objectif 3 de l'agenda est de « garantir une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous les âges » avec pour cible (3.4) la réduction d'un tiers des décès prématurés dus aux maladies non transmissibles (MNT) d'ici à 2030. Cependant, comme l'indique le rapport récent de l'OMS sur les MNT, « les actions nationales contre les MNT sont au mieux inégales. Les investissements nationaux demeurent extrêmement faibles et la mobilisation internationale de fonds est insuffisante… Il n'existe aucune excuse à l'inaction, car nous disposons de solutions fondées sur des données probantes. » (OMS, 2018)

Les trois principales causes de mortalité liées aux MNT sont les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les maladies respiratoires, toutes fortement associées au tabagisme. En 2002, quand l'« American Cancer Society » a publié la première édition de l'atlas du tabac, les auteurs écrivaient : « La publication de cet atlas marque une étape critique de l'épidémie. Nous sommes à la croisée des chemins, l'avenir est entre nos mains. » Dans la cinquième édition (2015) ils ajoutaient : « Ces mots sont toujours aussi vrais aujourd'hui qu'ils l'étaient alors. »

L'idée maîtresse de la stratégie antitabac est de rendre le tabagisme moins attrayant et plus difficile pour les fumeurs, en privilégiant les interventions sur l'offre (liée à l'industrie) et la demande (liée aux consommateurs).

Les auteurs de l'atlas parlaient d'être à la croisée des chemins. Aujourd'hui, la promesse de la réduction des risques du tabac trace une nouvelle voie à suivre. En 2002, les fumeurs n'avaient que deux voies possibles, souvent présentées de façon caricaturale avec le choix d'arrêter ou de mourir. L'idée maîtresse de la stratégie antitabac était de rendre le tabagisme moins attrayant et plus difficile pour les fumeurs, en privilégiant les interventions sur l'offre (liée à l'industrie) et la demande (liée aux consommateurs).

En 2007, l'OMS a lancé sa stratégie de lutte antitabac MPOWER, avec un guide de mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) qui comprend les éléments suivants :

Monitor – Surveiller les politiques de prévention et de consommation du tabac
Protect – Protéger les personnes contre la fumée du tabac
Offer – Offrir de l'aide pour arrêter de fumer
Warn – Mettre en garde contre les dangers du tabac
Enforce – Faire respecter l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac
Raise – Augmenter les taxes sur le tabac

En ce qui concerne la santé des fumeurs actuels, le point essentiel est d'offrir une aide pour arrêter de fumer, par exemple en proposant des services de sevrage tabagique que les fumeurs peuvent obtenir gratuitement ou à peu de frais.

Le programme MPOWER à lui seul est insuffisant : la personne sur cinq de la population adulte qui fume encore a besoin d'options additionnelles.

Dans le rapport 2019 sur l'épidémie mondiale de tabagisme, l'OMS admet que : « les politiques de sevrage du tabac sont celles qui sont encore les moins appliquées de toutes les mesures de réduction de la demande de la CCLAT de l'OMS, avec seulement 23 pays au total (sur 195) qui offrent des services de sevrage, dont la majorité sont des pays riches. » Elle continue : « Si des dispositifs performants de sevrage du tabac avaient été adoptés dans 14 pays entre 2007 et 2014, 1.5 million de vies auraient été sauvées. » [27]

Sur la question cruciale de sauver des vies, MPOWER est nettement insuffisant. Sa mise en œuvre par les donateurs internationaux et les agences locales et nationales (voir chapitre 5) se concentre trop sur les indicateurs de processus et de résultats (le nombre de pays qui mettent en place diverses mesures) plutôt que sur les retombées : une baisse du tabagisme. [28] Dans la population adulte, une personne sur cinq fume encore et cette personne a besoin d'options additionnelles.

[27] *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2019* (2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/, p. 10

[28] Une étude a estimé que les pays qui ont mis en œuvre MPOWER avec les « plus hauts niveaux de réussite » ont connu les baisses les plus rapides des niveaux de tabagisme. Mais la plupart de ces pays cités se trouvaient en Europe du Nord et en Australie, qui avaient connu des baisses significatives du tabagisme bien avant la mise en place de la stratégie. Gravely, S. et al. (2017). Mise en œuvre des mesures clés de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et évolution de la prévalence du tabagisme dans 126 pays : une étude d'association. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30045-2

Les fumeurs qui ne peuvent pas ou ne veulent pas faire le choix d'arrêter de fumer ou mourir ont accès à une troisième voie pour réduire le risque de maladie ou de décès. La RdRT, grâce aux PNRR, a le potentiel de réduire considérablement le nombre de maladies et de décès dus au tabagisme dans le monde, et d'amorcer une révolution mondiale de la santé publique – à un coût marginal ou nul pour les gouvernements. Ceci est aujourd'hui plus que vital, quand les finances publiques de toutes les nations sont mises à rude épreuve alors qu'elles tentent de se relever des contrecoups économiques de la pandémie du coronavirus.

La santé publique en tant que corps d'organisations professionnelles a eu peu d'influence dans l'élaboration de cette alternative à « arrêter ou mourir ». En effet, ce sont les consommateurs qui se sont battus pour développer et adopter des formes de nicotine alternatives, dans des produits fonctionnels et attrayants. Les consommateurs ont démontré au monde qu'il est possible de s'éloigner du tabac pour toujours.

Chapitre 2
Les forces du marché : produits et consommateurs

« Rien n'est plus douloureux pour l'esprit humain qu'un changement important et soudain. »
Mary Shelley

On attribue à Joseph Schumpeter, un des économistes les plus influents du 20ème siècle, la popularisation de l'idée de « destruction créative » en économie. Celle-ci fait référence à un processus « de mutation industrielle qui révolutionne sans cesse la structure économique de l'intérieur, en détruisant continuellement l'ancienne pour en recréer une nouvelle ». Depuis que Schumpeter a publié cette phrase en 1942 dans son livre Capitalisme, socialisme et démocratie, le rythme de l'évolution technologique s'est fortement accéléré, ce qui rend la poursuite de cette cadence par les grandes entreprises établies de plus en plus difficile.

Image : Jason Leung sur Unsplash

Dans leur article audacieux de 1995 dans le Harvard Business Review, Joseph Bower et Clayton Christensen écrivaient qu'« une des tendances les plus constantes dans le domaine des affaires est l'incapacité des grandes entreprises à rester au sommet de leur secteur lorsque les technologies et les marchés évoluent ». Goodyear et Firestone sont arrivés très tard sur le marché des pneus radiaux. Xerox a laissé Canon créer le marché des petites photocopieuses. Bucyrus-Erie a permis à Caterpillar et Deere de s'emparer du marché des pelles mécaniques. Sears a cédé la place à Walmart. » [29]

Bower et Clayton décrivent en détail comment IBM a raté le marché des ordinateurs personnels. Si leur ouvrage était plus récent, ils auraient ajouté que Kodak était convaincu qu'il n'avait rien à craindre des appareils photo numériques, et que Microsoft était très en retard sur la prépondérance de l'Internet.

L'erreur de nombreuses entreprises est de rester trop proches de leurs clients traditionnels, qui n'ont pas vraiment besoin d'innovation. Les clients professionnels

[29] Bower, J. L., & Christensen, C. M. (1995). *Disruptive Technologies: Catching the Wave*. https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=6841, p.43-53

de Xerox n'avaient pas besoin de machines à copier personnelles pas plus que les administrations et entreprises clientes d'IBM n'avaient besoin d'ordinateurs de bureau.

Unité centrale d'ordinateur IBM, Computer History Museum, Californie

En 2013… Goldman Sachs… estimait que les produits de vapotage avaient « le potentiel de transformer l'industrie du tabac »

Les PNRR ont été tout aussi disruptifs. Dans son rapport annuel de 2013, Goldman Sachs définit la disruption créative comme un processus « déclenché par l'innovation d'un produit ou d'un modèle commercial – souvent grâce à la technologie – qui résulte en une offre supérieure pour les consommateurs, que ce soit une meilleure performance, un accès plus facile, ou un coût inférieur. » 30 Goldman Sachs estimait que les produits de vapotage avaient « le potentiel de transformer l'industrie du tabac ». En effet, dès 1958, alors que les inquiétudes sur la sécurité des cigarettes s'intensifiaient, un dirigeant de l'industrie du tabac avait remarqué que celui qui proposerait une cigarette « sûre » dominerait le marché. [31]

En référence aux travaux de Bower et Layton, l'expert danois en affaires Jacob Hasselbalch établit une distinction entre la technologie disruptive et l'innovation disruptive. Il définit les technologies disruptives comme celles qui permettent d'atteindre un objectif plus rapidement et plus efficacement. L'innovation disruptive, selon lui, se sert des nouvelles technologies pour offrir aux consommateurs un produit ou un service supérieur à ceux qui existent déjà. À partir de là, de nouveaux marchés sont créés. [32]

Après des siècles de mastication de tabac et de fumage de pipes, l'invention de la cigarette au 19ème siècle fut une technologie disruptive. Inventée en 1880 par James Bonsack, l'innovation fut la machine à rouler les cigarettes, avec une production de 200 cigarettes par minute qui remplaça jusqu'à 50 travailleurs qui jusque-là les roulaient à la main.

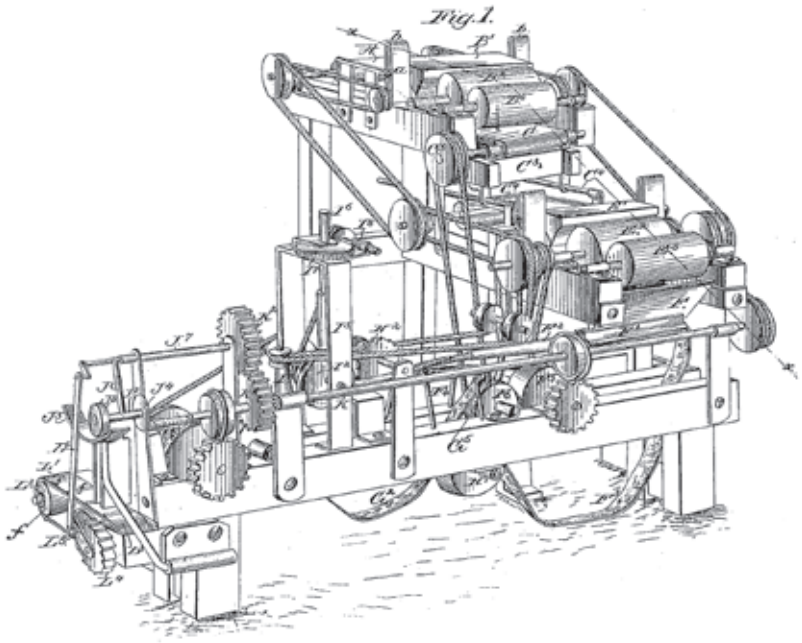
Sur une période de 10 heures, la machine de Bonsack produisait 700 000 cigarettes par jour, posant ainsi les fondations de l'industrie moderne du tabac. [33]

[30] Boroujerdi, R. D. (2014). *The search for creative destruction* (pp. 1–5). Goldman Sachs Global Investment Research. https://www.goldmansachs.com/investor-relations/financials/archived/annual-reports/2013-annual-report-files/search.pdf

[31] Parker-Pope, T. (2001, February 10). *'Safer' Cigarettes: A History.* https://www.pbs.org/wgbh/nova/article/safer-cigarettes-history/

[32] Hasselbalch, J. (2014, November 18). *Regulating Disruptive Innovations: The Policy Disruption of Electronic Cigarettes.* Global Reordering: Towards the Next Generation of Scholarship conference, Brussels

[33] Kruger, R. (1996). *Ashes to Ashes-America's Hundred-Year Cigarette War, the Public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris*, NY. Alfred A. Knopf. P.19-20



https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bonsack_machine.png

Comme c'est souvent le cas dans la rupture commerciale moderne, la révolution qui allait rendre la consommation de nicotine plus sûre est venue de l'extérieur de l'industrie du tabac. L'industrie a fait quelques tentatives d'élaboration d'un produit à base de nicotine non combustible. Toutes ont échoué, jusqu'à ce qu'un pharmacien chinois Hon Lik fasse breveter la première e-cigarette moderne en 2003.

La machine à rouler les cigarettes fut une innovation révolutionnaire : une machine produisait 700 000 cigarettes par jour, ce qui a donné naissance à l'industrie moderne du tabac.

En 2006, un avocat américain, Mark Weiss, spécialisé dans les brevets, a introduit aux États-Unis le produit de Hon Lik, le Ruyan, et a fondé NJOY, une des premières entreprises à fabriquer et à vendre des produits de vapotage aux États-Unis. Leur produit phare était une e-cigarette classique, jetable, enroulée dans du papier factice, avec un filtre et des braises rouges qui s'allument lorsqu'on aspire. [34]

Pendant les cinq années qui ont suivi, l'industrie a pris de l'ampleur grâce au bouche-à-oreille et à la progression des ventes en ligne. Puis en 2012, Lorillard a acheté pour 135 millions de dollars le principal concurrent de NJOY, Blu, qui avait été lancé en 2009 par l'entrepreneur australien Jason Healy. Le secteur du vapotage prit beaucoup de valeur en peu de temps, mais l'arrivée dans la mêlée des grandes entreprises du tabac comme Lorillard, Reynolds et Altria a complètement changé la donne. Ces entreprises bénéficiaient déjà des points de distribution conventionnels et pouvaient proposer les produits directement aux fumeurs. Néanmoins, la puissance de distribution de ces entreprises traditionnelles du tabac n'a pas nécessairement garanti une entrée réussie sur un marché dominé par la technologie et l'innovation.

« Le produit peut sembler simple, mais la technologie est étonnante. »

En Europe, un homme d'affaires britannique, Greg Carson, a introduit ce qu'il a appelé « l'Electro Fag » en 2005. Interviewé par le Daily Mail en juillet 2007, Carson a déclaré avoir découvert l'appareil sur Internet et s'être rendu en Chine pour enquêter : « Au début, j'étais très sceptique, mais j'ai fait un voyage là-bas pour voir de mes propres yeux. En tant que non-fumeur, il m'était difficile de me faire une opinion, alors j'ai ramené quelques échantillons. La réaction a été phénoménale. Le produit peut sembler simple, mais la technologie est étonnante ». Au Royaume-Uni, le 1er juillet 2007, l'interdiction de fumer à l'intérieur est entrée en vigueur. Carson a importé 1 500 de ce que le Daily Mail a appelé des « fausses cigarettes » pour contourner l'interdiction. [35]

[34] Le npro-mini ressemblait également à un des premiers produits NJOY. http://www.electroniccigarettereview.com/njoy-review-npro-mini/

[35] Phillips, R. (2007, July 7). *Electriciggy: The battery-powered nicotine fix that helps smokers beat the ban.* Mail Online. https://www.dailymail.co.uk/news/article-466898/Electriciggy-The-battery-powered-nicotine-fix-helps-smokers-beat-ban.html

L'article, daté du 7 juillet 2007, décrit le nouveau dispositif de la façon suivante :

> *« La nouvelle cigarette électronique s'allume, donne l'impression de laisser échapper de la fumée et satisfait le besoin de nicotine le plus intense. »*

L'article incluait le témoignage d'Anna, une fumeuse, qui avait « testé la nouvelle invention lors d'une soirée à Londres ».

> *Je me suis installée dans un pub de Kensington High Street, j'ai commandé un verre de vin et j'ai tiré une bouffée. Rien ne s'est passé, alors j'ai réessayé. Cette fois, j'ai clairement senti une légère odeur de framboise. [...] Le goût était assez agréable, mais rien à voir avec une cigarette.*

En 2006, le professeur Bernhard-Michael Mayer, toxicologue à l'université Karl-Franzens de Graz, en Autriche, a été contacté par Renatus Derler :

> *« Il s'est présenté à mon bureau et m'a montré une petite boîte avec des symboles chinois. Il s'est avéré qu'elle contenait une cigarette électronique de type cigare. Renatus a découvert cet appareil (fabriqué par Ruyan) en Chine et a réussi à obtenir l'exclusivité de sa commercialisation en Europe. [Il a déposé une demande de brevet en janvier 2007]. Il m'a demandé une expertise écrite sur la toxicologie et l'utilité potentielle de ce dispositif pour le sevrage tabagique. À l'époque, j'étais un gros fumeur et j'ai été enthousiasmé dès la première bouffée. Rien d'étonnant à cela, puisque j'avais choisi la variante 'forte', qui contenait 60 mg/ml de nicotine. Je lui ai remis un rapport extrêmement positif à l'intention des autorités autrichiennes et lui ai prédit que ce dispositif permettrait d'éradiquer le tabagisme dans les 15 prochaines années. »* [36]

Mais le produit était en circulation bien avant la visite de Derler au professeur Mayer.

En avril 2005, un avocat de Philip Morris séjournant dans un hôtel italien avait vu une publicité télévisée affirmant que ce produit avait « le goût de Marlboro ».

Du point de vue de l'histoire du vapotage et de la réduction des risques du tabac, il est intéressant de noter que le rapport du professeur Mayer concluait déjà en 2006 que « puisqu'il n'y a pas de processus de combustion [...] le risque pour la santé est beaucoup plus faible que lors de la consommation de produits du tabac. » [37]

Ce simple rapport sur un appareil inconnu fut le signe avant-coureur d'une révolution dans les modes de consommation de la nicotine qui a inauguré le mouvement de la RdRT dans le monde.

Les produits PNRR

Les appareils de vapotage

L'innovation rapide se poursuit avec les nouveaux dispositifs d'administration de nicotine. Dans le rapport 2018 de la GSTHR, nous avons décrit en détail les différents types de PNRR. [38] En ce qui concerne les appareils de vapotage, le changement le plus notable est la popularité croissante de différents systèmes de pods, qui offrent la portabilité de la « e-cigarette » originale avec la puissance des « box mods » bien plus gros.

Les appareils sont restés à peu près les mêmes, à l'exception de quelques petites améliorations visant à les rendre plus pratiques. Les réservoirs à remplissage par le haut, par exemple, sont désormais courants, alors que le remplissage par le bas, plus gênant, était auparavant la norme. Le subhoming (où de gros nuages sont produits

[36] Professor Mayer. Personal communication.
[37] Mayer, B. Expert opinion on the pharmacology and toxicology of electric cigarette for smoking cessation. Unpublished March 2006.
[38] https://gsthr.org/resources/item/no-fire-no-smoke-global-state-tobacco-harm-reduction-2018

Image : lezinav sur Adobe Stock

en utilisant beaucoup de puissance) est aujourd'hui moins populaire, car le style de vapotage bouche à poumon (BAP), plus discret, a fait son retour, comme en témoigne le nombre croissant de réservoirs BAP sur le marché, dont beaucoup disposent désormais d'une option modifiable pour les personnes qui souhaitent fabriquer leurs propres serpentins. Les cadres réglementaires dans le monde entier sont à l'origine de la disparition de nombreux producteurs d'e-liquides indépendants. La production de matériel est également moins variée, la majorité des appareils sur le marché étant produits par une poignée de fabricants de Shenzhen, en Chine. [39]

Alors que ce n'est qu'un simple appareil de vapotage, le JUUL est devenu en quelques années le dispositif le plus populaire et le plus controversé d'Amérique, à tel point que le terme « juuler » est devenu aussi courant que « vapoter ». Le JUUL est un appareil discret, qui peut être chargé via une connexion USB. JUUL fonctionne avec des sels de nicotine à la place du liquide nicotinique, ce qui permet d'obtenir plus rapidement des niveaux de nicotine élevés, similaires à ceux d'une cigarette combustible, sans l'irritation de la gorge qui l'accompagne. [40] Le taux de nicotine et le design compact de JUUL expliquent sa popularité.

[39] Un article récent de The Economist a révélé que le fabricant chinois de vaping Smoore est désormais la société de vaping la plus lucrative au monde, estimée à 24 milliards de dollars, soit près du double de la valeur de marché de JUUL. Mais Smoore est susceptible de faire face à la concurrence de la société d'État China Tobacco Company, qui étudie le marché. Encore un autre exemple du pouvoir des entreprises perturbatrices. Un monopole d'État sur le tabac menace les fabricants d'e-cigarettes en Chine (s.d.). *The Economist*. Retrieved 23 August 2020, from https://www.economist.com/business/2020/07/23/a-state-tobacco-monopoly-looms-over-chinas-e-cigarette-makers

[40] Hajek, P. et al. (2020). Nicotine delivery and users' reactions to Juul compared with cigarettes and other e-cigarette products. *Addiction*, 115(6), 1141–1148. https://doi.org/10.1111/add.14936

Image : Michael FALLON sur Unsplash

À la suite de l'achat par Altria, une grande entreprise de tabac, d'une participation de 35% dans JUUL, l'entreprise a été fortement critiquée pour sa campagne de marketing destinée aux jeunes adultes. Des groupes anti-vapotage ont alors affirmé que JUUL avait provoqué à lui seul une « épidémie » de vapotage chez les adolescents. En février 2020, JUUL a déposé une demande de précommercialisation de produits du tabac auprès de la Food and Drug Administration (FDA) en Amérique pour son produit ordinaire et pour un autre produit qui ne peut être activé que par un système d'identification de l'âge authentifié par le gouvernement via une application.

Les produits de tabac chauffé (PTC)

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:IQOS_-_heated_tobacco_products.jpg

À l'instar des appareils de vapotage, l'industrie fit de nombreuses tentatives pour mettre sur le marché un appareil à tabac chauffé efficace. La technologie du vapotage était relativement simple, ce qui a permis à plusieurs petites start-ups de s'introduire sur le marché. En revanche, le coût du développement des PTC fait que ce domaine fut largement laissé aux grandes compagnies de tabac ayant les ressources nécessaires pour lancer cette technologie. IQOS (PMI), Ploom Tech (JTI), Glo (BAT) et Pulze (Imperial) ont été les premiers à commercialiser cette technologie. Cependant, de nouveaux acteurs rejoignent aujourd'hui le secteur, comme les sociétés américaines

3T et Firefly, ainsi que China Tobacco avec son dispositif Mok et Korea Tobacco avec Lil. Le nombre de pays dans lesquels les PTC sont vendus est passé de 37 (dans notre rapport de 2018) à 54.

Le nombre de pays dans lesquels les PTC sont vendus est passé de

37

(dans notre rapport de 2018) à

54

Le tabac sans fumée

De nombreuses régions du monde ont des variantes de tabac sans fumée, qui peuvent être mâchées ou inhalées par voie nasale, ou encore placées sous la lèvre.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, la mastication du tabac s'était répandue dans les principales régions productrices de tabac du sud des États-Unis. Elle est toujours en vogue dans certains groupes de jeunes hommes des États du sud, bien que sa popularité ait décliné déjà avant la Seconde Guerre mondiale.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dipping_tobacco,_miscellaneous_brands.jpg

Le tabac trempé est un type de tabac sans fumée humidifié, finement moulu ou broyé. On l'utilise en plaçant un morceau, une pincée ou un « dip » de tabac entre la lèvre et la gencive. Ce produit a évolué pour devenir le tabac à priser humide d'aujourd'hui, que Copenhagen a introduit en 1822 et que Skoal a introduit aux États-Unis en 1934, trahissant ainsi les racines scandinaves de ce type de tabac oral sans fumée. Le tabac à priser est généralement aromatisé, le plus souvent à la menthe et à la gaulthérie, mais aussi au raisin, à la cerise, à la pomme, à l'orange, au citron/agrume, à la pêche et à la pastèque.

En termes de dollars, les plus grands marchés de tabac sans fumée de type américain et de snus (à l'exclusion du tabac sans fumée asiatique) sont ceux des États-Unis, de la Suède et de la Norvège.

Le snus

Le snus suédois est un produit du tabac sans fumée humide, fabriqué à partir de feuilles de tabac moulues et d'additifs autorisés dans l'alimentation. De tous les produits de tabac sans fumée, le snus est celui qui a le plus attiré l'attention en raison de son succès dans la réduction de la prévalence du cancer du poumon et d'autres maladies liées au tabac en Suède. [41] Aujourd'hui, les principales marques de snus se présentent sous forme de petits sachets ressemblant à des sachets de thé que les utilisateurs insèrent dans la bouche, souvent sous la lèvre supérieure.

[41] Foulds, J. et al. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*, 12(4), 349–359. https://doi.org/10.1136/tc.12.4.349

La production de snus fait appel à des procédés qui réduisent à la fois l'activité microbienne et le niveau de nitrosamines cancérigènes spécifiques au tabac dans le produit final. Les modifications dans la production introduites au cours des dernières décennies par les principaux fabricants ont permis de réduire encore davantage les niveaux de substances indésirables dans le snus suédois.

La teneur en nicotine du snus varie selon les marques, la plus courante étant de 8 mg de nicotine par gramme de tabac, tandis que des variétés plus fortes peuvent contenir jusqu'à 22 mg de nicotine par gramme de tabac.

Les sachets de nicotine sans tabac

Alors que dans de nombreux pays, les produits de vapotage sont soumis à une menace politique et législative croissante, une nouvelle catégorie de produits est en train d'émerger : plusieurs grands industriels du tabac proposent maintenant des sachets de nicotine « sans tabac ». Ces produits sont vendus sous forme de sachets pré-portionnés semblables au snus, mais au lieu de contenir des feuilles de tabac, ils sont remplis d'une poudre blanche contenant de la nicotine et sont proposés dans une variété d'arômes et à un taux de nicotine allant de 2 à 7 mg. On place les sachets entre la lèvre et la gencive et il n'est pas nécessaire de cracher ni de réfrigérer.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:ZoneX_nicotine_pouches.jpg

Il existe actuellement plusieurs marques sur le marché dans différents pays. La marque Drift appartient à Kretek International, elle est vendue aux États-Unis. British American Tobacco commercialise Lyft au Royaume-Uni, en Suède et au Kenya. La teneur en nicotine de Lyft est de 4 et 6 mg. En 2019, British American Tobacco a commencé à vendre des sachets de nicotine au Kenya. En Suède, en Suisse et au Royaume-Uni, les consommateurs peuvent acheter Nordic Spirit vendu par Japan Tobacco International. Altria a acheté 80% de l'entreprise de sachets de nicotine On! : le produit est vendu en Suède, au Japon et aux États-Unis. La R.J Reynolds Vapor Company produit Velo, Imperial Tobacco a sa propre marque Zone X, vendue au Royaume-Uni, tandis que Swedish Match possède Zyn, vendu en Europe et aux États-Unis.

La RdRT et les produits sans fumée

Au-delà des produits à risques réduits énumérés ci-dessus, il existe, essentiellement en Inde et en Asie de l'Est, des variétés de produits sans fumée contenant d'autres composés potentiellement dangereux, en plus du tabac.

Sous des noms différents tels que Paan et Gutkha, la combinaison bétel/noix d'arec est présente dans toute la région, en Inde, au Pakistan, en Indonésie, aux Philippines,

à Taiwan, au Myanmar, au Cambodge, au Laos et au Vietnam et là où vivent les communautés de ces pays dans le monde. Avec ou sans tabac, ces formes de tabac sans fumée présentent un risque de cancers buccaux et autres. Ce risque pourrait être considérablement réduit, voire éliminé, par un passage à des sachets de type snus.

Les PNRR : marchés mondiaux et consommateurs

Alors, quel est l'impact de ces nouveaux produits et de ceux établis depuis longtemps, sur le plan de l'adoption des PNRR par les consommateurs ?

Il n'est pas facile d'obtenir des données précises sur les marchés des PNRR. La plupart des informations recueillies sont conservées par les entreprises qui fabriquent ces produits, par les vendeurs en ligne et les analystes d'études de marché. Ces données ne sont pas librement consultables dans le domaine public. Pourtant, ces renseignements sont essentiels pour les analyses de santé publique et devraient être partagés.

Le marché mondial de la nicotine

Le marché mondial de la nicotine a été évalué à environ 785 milliards de dollars en 2017, y compris tous les produits du tabac, les produits de vapotage et les produits TSN. Les cigarettes représentent 89% du marché de la nicotine en valeur des ventes, et en 2017, l'ensemble des produits combustibles (cigarettes, cigares et cigarillos, et tabac à rouler) représentait 96% du marché de la nicotine en valeur des ventes au détail. [42]

Les six plus grandes entreprises de tabac dominent le marché de la nicotine, China National Tobacco Corporation étant le plus grand producteur en 2017 avec 38% de la part en volume (calculée en équivalents de cigarettes), suivi de British American Tobacco et Philip Morris International (13% chacun), Japan Tobacco Inc (9%), Imperial brands (4%) et Altria Group Inc (3%).

En 2017, les produits non combustibles ne représentaient globalement qu'une petite partie du marché de la nicotine, environ 4 pour cent. Les produits de tabac sans fumée en constituaient environ 1,6 pour cent, les produits de vapotage 1,5 pour cent, les PTC 0,8 pour cent et les TSN 0,3 pour cent.

Le volume des ventes de cigarettes diminue d'environ 2% par an. En comparaison, les produits de vapotage ont connu les plus fortes augmentations de ces dernières années, bien que partant d'une base très faible.

À l'échelle mondiale, la valeur du marché du vapotage continue de croître depuis notre rapport de 2018 et devrait encore augmenter. Le graphique de Statista [43] affiche une valeur du marché des e-cigarettes d'environ 19 milliards de dollars et montre une croissance régulière prévue de 2012 à 2023. Les valeurs de marché sont fréquemment citées par les sociétés d'études de marché, mais comme elles sont fondées sur les ventes au détail réalisées par les grands fabricants et les principaux points de vente commerciaux, elles sous-estiment les ventes des petits détaillants, des boutiques spécialisées dans les produits de vapotage et des vendeurs en ligne.

Le plus grand nombre de vapoteurs vit aux États-Unis, en Chine, dans la Fédération de Russie, au Royaume-Uni, en France, au Japon, en Allemagne et au Mexique.

Les États-Unis représentent le plus grand marché du vapotage au monde. Les produits de vapotage représentent entre 5 et 10% du marché du tabac (à l'exclusion des ventes des petits détaillants, mentionnés ci-dessus) et environ 70% du marché mondial des nouveaux systèmes pod mod.

96

c'est le pourcentage de nicotine vendue sous forme de produits combustibles (cigarettes, cigares, cigarillos, tabac à rouler). Le système d'administration de nicotine le plus dangereux, les cigarettes, domine avec 89%.

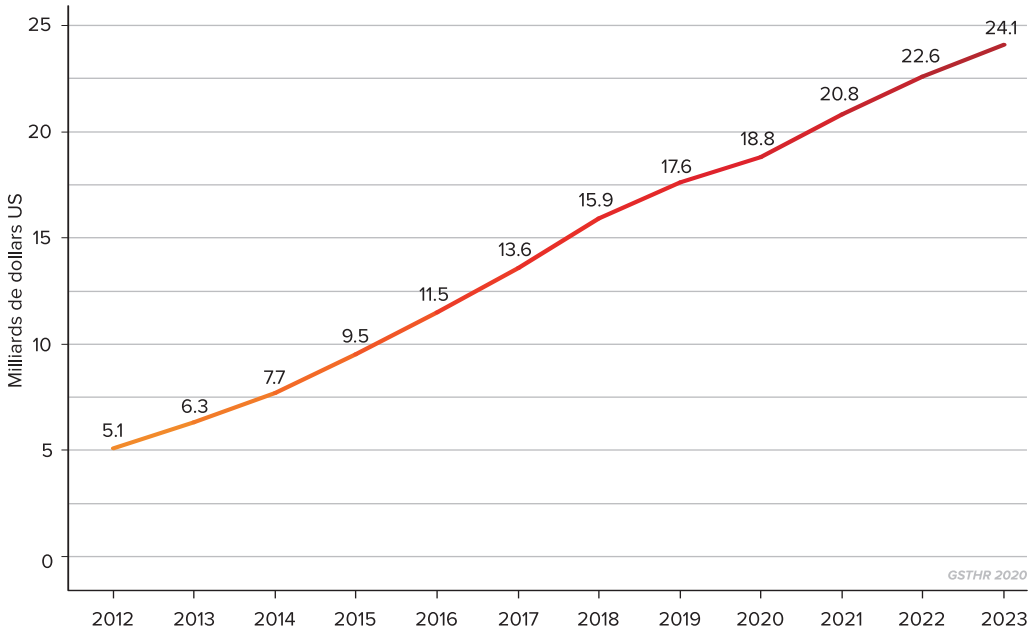
4

c'est le pourcentage en valeur de nicotine sous forme de produits non combustibles vendue en 2017 : tabac sans fumée, produits de vapotage, tabac chauffé, TSN.

[42] *Tendances mondiales en matière de nicotine (2018).* Fondation pour un monde sans tabac. https://www.smokefreeworld.org/advancing-industry-transformation/global-trends-nicotine/

[43] *Les e-cigarettes - dans le monde* | *Statista Prévisions de marché (ajustées pour l'impact attendu de COVID-19)* (Mai 2020). Statista. https://www.statista.com/outlook/50040000/100/e-cigarettes/worldwide

Revenus mondiaux du marché des e-cigarettes



E-cigarettes – dans le monde | Statista Prévisions de marché (ajustées pour l'impact attendu de COVID-19) (2020, mai). Statista. https://www.statista.com/outlook/50040000/100/e-cigarettes/worldwide

La part de marché du vapotage détenue par les fabricants de tabac reste faible. On estime que les fabricants de tabac détiennent moins de 20% du marché mondial du vapotage. En France, en Italie, en Allemagne et sur la plupart des autres marchés, cette part est inférieure à 10%. Aux États-Unis et en Russie, elle est d'environ 20%, et on estime que c'est au Royaume-Uni (33%) et en Pologne (environ 50%) qu'elle est la plus élevée.. En Chine, elle est de zéro pour cent. [44]

Les fabricants de tabac détiennent moins de 20% du marché mondial du vapotage.

Le Japon domine le marché des PTC, avec des marchés plus modestes mais en croissance dans plus de 50 autres pays.

Aux États-Unis, face à une atmosphère plus hostile à l'égard des produits de vapotage et soucieux de ne pas vivre un « moment Kodak », tous les grands industriels du tabac ont désormais mis sur le marché des produits à base de nicotine sans tabac.

La plupart des estimations de marché prédisent une croissance continue, mais on s'inquiète de l'impact de la désinformation sur le vapotage des adolescents, des craintes concernant les lésions pulmonaires et des décès liés au vapotage, de la COVID-19 et de l'attitude de plus en plus belliqueuses des législateurs à l'égard des PNRR.

Alors, combien de personnes consomment ces produits ?

Consommation de PNRR dans le monde

Il n'y a pas de moyen précis de traduire les données du marché en nombre de personnes qui consomment des PNRR dans le monde.

Les entreprises s'intéressent aux chiffres et à la valeur du marché. Les données de marché rendent compte des tendances en termes de valeur monétaire et d'unités vendues. Mais du point de vue de la santé publique, ce qui importe, c'est le nombre de personnes qui utilisent les différents PNRR, la comparaison avec le tabagisme et les tendances en matière de tabagisme et de consommation des PNRR dans le temps. Ces informations ne peuvent être obtenues que par des enquêtes sur la population. Compte tenu de l'importance sanitaire, économique et politique des PNRR, il est surprenant de constater que nous disposons d'aussi peu d'informations sur le nombre de personnes qui les consomment. Le manque de données constitue un véritable problème pour les personnes chargées de prendre des décisions réglementaires et d'entreprendre des analyses de santé publique.

[44] Communication personnelle. Tim Phillips, ECigIntelligence.

En 2011, la société d'analyse de marché Euromonitor estimait que 7 millions de personnes dans le monde étaient des consommateurs réguliers de produits de vapotage mixtes ou exclusifs. Cette estimation a progressé à 35 millions en 2016 et 40 millions en 2018 et devrait atteindre environ 55 millions d'ici 2021. [45]

Image : Mauro MORA sur Unsplash

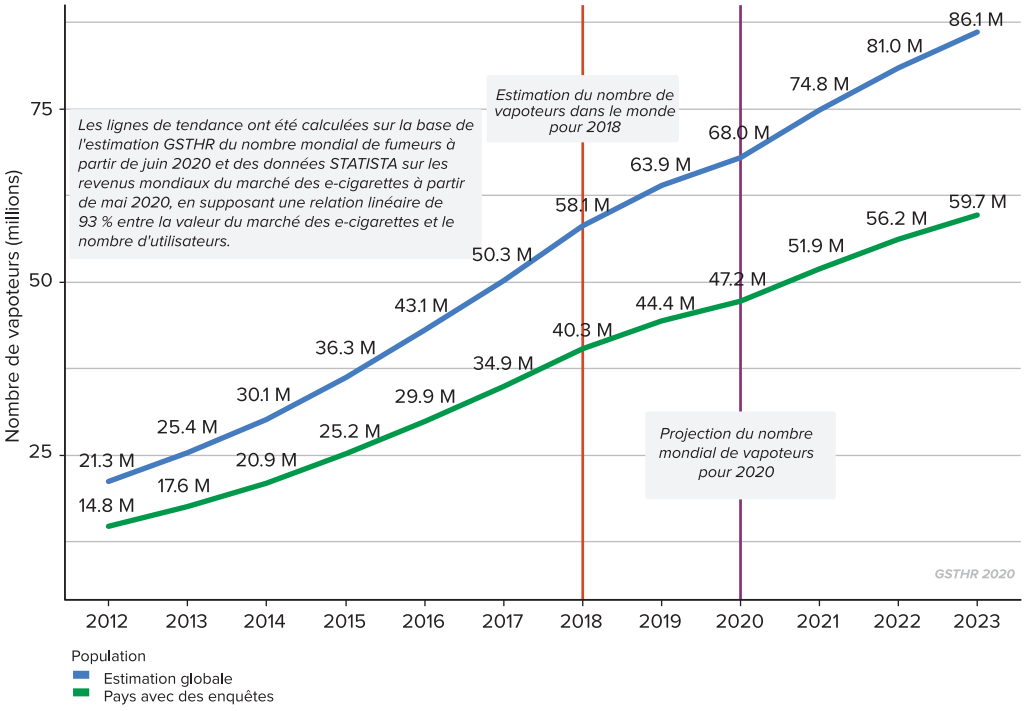
L'estimation par le GSTHR du nombre de vapoteurs de nicotine dans le monde

Nous avons fait une première tentative d'évaluation de la prévalence mondiale du vapotage. Nous nous sommes appuyés sur les enquêtes nationales de prévalence lorsqu'elles étaient disponibles. Des données étaient disponibles pour certaines années entre 2011 et 2019 pour 49 pays.

68 millions

c'est le nombre estimé de vapoteurs dans le monde.

Estimation du nombre de vapoteurs dans le monde



GSTHR 2020
E-Cigarettes - dans le monde | *Statista Prévisions de marché (ajustées pour l'impact attendu de COVID-19) (2020, mai). Statista.* https://www.statista.com/outlook/50040000/100/e-cigarettes/worldwide

[45] *Global Tobacco: Key Findings Part II: Vapour Products* | *Market Research Report* | *Euromonitor* (Strategy Briefing). (2017). Euromonitor International. https://www.euromonitor.com/global-tobacco-key-findings-part-ii-vapour-products/report, p.11

Lorsque des données nationales n'étaient pas disponibles, nous avons utilisé une méthode épidémiologique reconnue d'évaluation en présumant que les données d'un pays sont comparables à celles d'autres pays de la même région pour lesquels des données sont disponibles. Si cette méthode est couramment employée pour évaluer les statuts sanitaires en l'absence d'enquêtes nationales, elle est cependant un peu moins fiable pour évaluer les comportements des consommateurs. Nous avons procédé à des ajustements d'après les classifications de revenus de la Banque mondiale. Nous avons aussi corrigé les chiffres en fonction du statut juridique des produits de vapotage, en ajustant la prévalence à la baisse pour les États où ils ne sont pas légaux. Étant donné que le marché du vapotage a augmenté depuis la réalisation de ces enquêtes, nous avons effectué une correction de la valeur du marché. Nous avons aussi procédé à une vérification de la réalité avec des correspondants clés dans certains pays, en particulier dans ceux dont les estimations sont élevées. Les détails de nos méthodes se trouvent dans l'annexe (page 151).

Sur la base de cette approche, nous estimons qu'en 2020, il y avait 68 millions de vapoteurs dans le monde. Une estimation plus prudente, basée uniquement sur les 49 pays pour lesquels des données d'enquête sont disponibles, est de plus de 47 millions.

Estimation du nombre de consommateurs de PTC dans le monde

Il est plus difficile d'évaluer le nombre de consommateurs de PTC étant donné la rareté des données nationales. Nous avons donc dû nous appuyer sur les estimations des fabricants.

Le rapport d'avril 2020 des investisseurs de Philip Morris International [46] indique qu'il y a 14,6 millions d'utilisateurs d'IQOS, dont environ 10 millions sont des consommateurs « convertis », définis comme des personnes ayant utilisé IQOS pour plus de 95% de leur consommation quotidienne de tabac au cours des sept derniers jours. Les estimations des analystes du marché suggèrent qu'il y a 10 millions de consommateurs de PTC au Japon et 20 à 25 millions dans le monde. [47]

Nous n'avons pas été en mesure de confirmer ces estimations auprès de sources indépendantes. Étant donné que les consommateurs peuvent se servir conjointement d'appareils de différentes marques, une estimation prudente est qu'il pourrait y avoir 20 millions de consommateurs de PTC (à titre de vérification de la réalité, les estimations d'Euromonitor sur le marché du vapotage dans notre premier rapport suggéraient que les utilisateurs de PTC constituaient environ un tiers du nombre de vapoteurs [48]).

Estimation du nombre de consommateurs de tabac sans fumée américain et de snus

L'enquête nationale américaine sur la consommation de drogues et la santé estime qu'il y a aux États-Unis [49] environ huit millions de consommateurs de tabac sans fumée, c'est-à-dire de tabac à mâcher ou à priser, consommé au moins une fois au cours des 30 derniers jours. Le tabac soluble, le dip et le snus américain n'ont pas été évalués. [50] Les données des fabricants indiquent qu'il y a 1 million de consommateurs de snus en Suède. [51] Les analystes du marché estiment qu'il y a 1,6 million de consommateurs de snus aux États-Unis, en Suède et en Norvège. [52] Étant donné la rareté des données mondiales et les différentes définitions de ce qu'est « la consommation », nous avançons une estimation prudente de 10 millions de consommateurs de tabac sans fumée américain et de snus dans le monde..

[46] *Investor Information.* (2020). Philip Morris International. https://philipmorrisinternational.gcs-web.com/static-files/d755c6c0-37a2-4eca-b41c-5c43b810520c, slide 67

[47] Communication personnelle, données et définitions non fournies.

[48] https://www.gsthr.org/report/full-report-online#ch04

[49] Brad Rodu. (2014, August 8). *How many Americans use smokeless tobacco?* R Street. https://www.rstreet.org/2014/08/08/how-many-americans-use-smokeless-tobacco/

[50] CDCTobaccoFree. (2018, August 29). *Smokeless Tobacco Use in the United States.* Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/smokeless/use_us/index.htm

[51] *Combien d'utilisateurs de snus y a-t-il en Suède ?* (s.d.). Swedish Match. Consulté le 23 août 2020, à partir de https://www.swedishmatch.ch/en/what-is-snus/qa/how-many-snus-users-are-there-in-sweden/

[52] Communication personnelle, données et définitions non fournies.

Estimation par le GSTHR du nombre de personnes qui utilisent des produits nicotiniques à risques réduits dans le monde

Nous évaluons qu'en plus des 68 millions de vapoteurs, il pourrait y avoir 30 millions de personnes supplémentaires dans le monde qui consomment d'autres produits nicotiniques à risques réduits, y compris les PTC, le snus et le tabac sans fumée américain, soit un total mondial de 98 millions de personnes. Compte tenu de la rareté des données, cette estimation doit être considérée avec prudence. L'état actuel des données publiées ne permet pas de faire une évaluation plus sophistiquée.

Les gouvernements et les organismes de surveillance de la santé publique doivent s'efforcer de mieux observer la consommation des produits nicotiniques à risques réduits, et les fabricants de ces produits doivent rendre plus transparentes les informations qu'ils recueillent. Il est clair que l'intérêt des consommateurs du monde entier pour les PNRR n'a pas été accompagné d'enquêtes gouvernementales ou universitaires visant à explorer ne serait-ce que l'étendue de la consommation de ces produits.

98 millions

c'est le nombre estimé de personnes dans le monde qui consomment des produits nicotiniques à risques réduits : produits de vapotage, PTC, snus et produits sans fumée américains.

Données par pays

Notre estimation au niveau mondial est fondée sur l'extrapolation d'enquêtes nationales. Depuis 2018, nous tentons de cartographier la prévalence du vapotage sur une base nationale et, à ce jour, nous n'avons pu identifier des données suffisamment représentatives sur la prévalence de la consommation de produits de vapotage que dans 49 États et territoires. C'est un petit mieux par rapport à 2018, où nous avions identifié 35 pays ayant des données, et de nombreux États et territoires n'ayant qu'une seule source de données. Dans l'Union européenne (UE), l'enquête Eurobaromètre de 2017 [53] n'a pas encore été renouvelée. Peu de pays entreprennent des études de suivi pour observer les changements de consommation dans le temps – les exceptions étant les États-Unis et le Royaume-Uni. Les lecteurs doivent être conscients des limites de la comparabilité des sources. Les enquêtes peuvent présenter de nombreuses différences en raison des variations dans les méthodes d'échantillonnage et dans les questions posées. Nous recommandons donc la prudence dans les comparaisons entre pays. [54] Les données sur la prévalence sont encore plus rares pour les PTC – nous n'avons réussi à trouver des informations que pour un seul pays. Les données sont disponibles et consultables par pays dans la base de données du GSTHR. [55]

Image : Grispb sur Adobe Stock

[53] *Eurobaromètre spécial 458 : Attitudes des Européens à l'égard du tabac et des cigarettes électroniques - Portail de données ouvertes de l'Union européenne* (s.d.). Consulté le 23 juin 2020, à partir de https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG

[54] Farsalinos, K. E. et al. (2016). Electronic cigarette use in the European Union: analysis of a representative sample of 27 460 Europeans from 28 countries. *Addiction*, 111(11), 2032–2040. https://doi.org/10.1111/add.13506

[55] See www.gsthr.org/countries. Larger companies will have detailed sales and consumer data, but these are regarded as commercially sensitive.

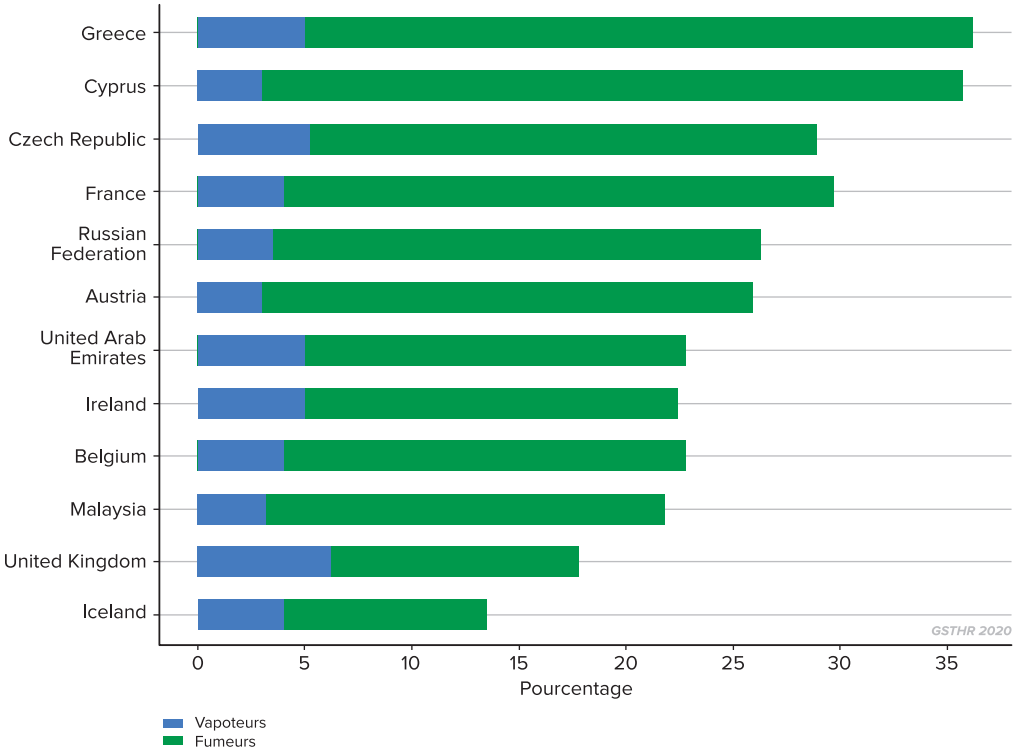
[56] *Eurobaromètre spécial 458 : Attitudes des Européens à l'égard du tabac et des cigarettes électroniques - Portail de données ouvertes de l'Union européenne* (s.d.). Consulté le 23 juin 2020, à partir de https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG

La prévalence moyenne de la consommation actuelle de produits de vapotage est de 1,6 pour cent de la population adulte de l'UE, comme l'a montré l'enquête Eurobaromètre de l'UE [56]. Par ailleurs, 13% des personnes interrogées « consommaient ces produits, mais ne le font plus » ou « les ont essayés une ou deux fois ». 85,6% ne les ont « jamais essayés ou utilisés ». Les taux d'expérience occasionnelle du vapotage vont jusqu'à 27% de la population adulte en Grèce, et 20% ou plus en Estonie, en République tchèque, en France, à Chypre, en Lettonie et en Autriche. Il est clair que de nombreux fumeurs sont intéressés par ces produits. Mais il y a aussi un grand écart entre ceux qui ont montré suffisamment d'intérêt à un moment donné pour essayer le vapotage, et ceux qui sont passés au vapotage.

En termes de pourcentage dans la population adulte totale, l'utilisation actuelle de dispositifs de vapotage dans différents pays varie de 1% à 7%.

Huit pays connaissent une prévalence du vapotage de 3% ou plus : le Royaume-Uni, les Émirats arabes unis (EAU), les États-Unis, la France, l'Islande, la Belgique, la Fédération de Russie et la Malaisie.

Prévalences du tabagisme actuel et du vapotage actuel
Pays où la prévalence du vapotage est égale ou supérieure à 3%.



Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2025, troisième édition (2019). Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition
Eurobaromètre spécial 458 : Attitudes des Européens à l'égard du tabac et des cigarettes électroniques – Portail de données ouvertes de l'Union européenne (s.d.). Consulté le 23 juin 2020, à l'adresse https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG
Farsalinos, K. E. et al. (2018). L'utilisation de la cigarette électronique en Grèce : une analyse d'un échantillon représentatif de la population de la préfecture de l'Attique. *Harm Reduction Journal, 15(1), 20.* https://doi.org/10.1186/s12954-018-0229-7
Le vapotage lié à la diminution du tabagisme (bulletin de la Direction de la santé de l'Islande, rapporté dans Iceland Review) (3 mai 2018). *Iceland Review.* https://www.icelandreview.com/news/vaping-linked-decrease-cigarette-smoking/
Documents de l'enquête Healthy Ireland (2019). https://www.gov.ie/en/collection/231c02-healthy-ireland-survey-wave/
McNeill, A. et al. (2020). *Vaping in England: 2020 evidence update summary* (Research and Analysis). Public Health England (PHE). https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-march-2020/vaping-in-england-2020-evidence-update-summary

De nouvelles perspectives

Le Japon

Aujourd'hui, les PTC représentent environ un tiers des ventes de tabac. 57,58 Il y a un consensus autour des facteurs suivants pour expliquer cette hausse phénoménale qui va de pair avec une chute spectaculaire des ventes de cigarettes :

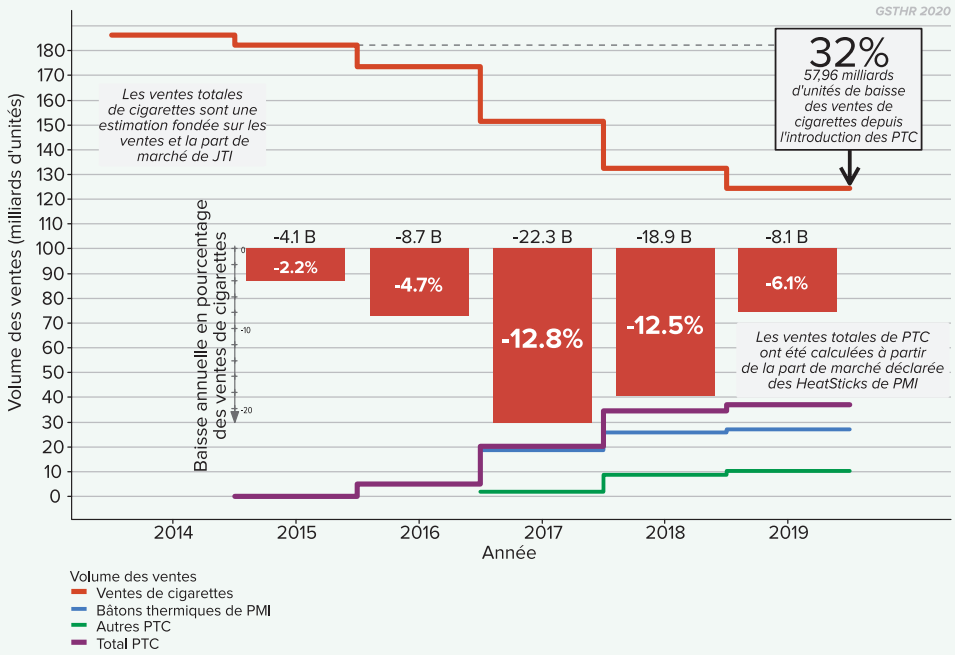
Image : Liam BURNETT-BLUE sur Unsplash

- un intérêt pour les technologies innovantes,
- des niveaux relativement élevés de revenu disponible,
- une situation juridique paradoxale qui, d'une part, interdit les produits de vapotage, mais d'autre part, non seulement autorise la vente des PTC, mais donne aux entreprises la permission de faire de la publicité et de la promotion à grande échelle, parallèlement à un régime fiscal favorable,
- une éthique culturelle qui fait que les Japonais sont très attentifs à la santé, de sorte qu'ils préfèrent les PTC aux cigarettes, car ils sont moins polluants et moins irritants pour les autres. Une étude de consommation menée au Japon a montré que les deux principales raisons de changer de produit étaient le fait de ne pas avoir à s'inquiéter des odeurs désagréables ou de gêner les autres, ainsi qu'une moindre nocivité que la cigarette.

32%

c'est la baisse des ventes de cigarettes au Japon depuis l'introduction des PTC.

Ventes de cigarettes et de PTC au Japon, 2014–2019



Résultats des ventes mensuelles de cigarettes domestiques japonaises (Informations par secteur d'activité) (2020). Japan Tobacco Inc.. https://www.jt.com/investors/results/S_information/domestic_cigarette/index.html
Rapport annuel 2019 de Philip Morris International (s.d.). Consulté le 16 juillet 2020, de http://media.corporate-ir.net/media_files/IROL/92/92211/2020-PMI-FinalFiles/index.html

[57] Un numéro spécial de l'International Journal of Environmental Research and Public Health a traité exclusivement des aspects de l'utilisation des PTC au Japon, y compris la cartographie des ventes de cigarettes par rapport aux PTC, l'utilisation des PTC avec d'autres produits, l'utilisation des PTC en intérieur, les perceptions du risque relatif et l'utilisation par les jeunes. *IJERPH | Special Issue: Japan: Evaluating the Effectiveness of Tobacco Control Policies and the Use of Heated Tobacco Products*. (n.d.). Retrieved 23 August 2020, from https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/Japan_evaluating_effectiveness_tobacco_control_policies_use_heated_tobacco_products#

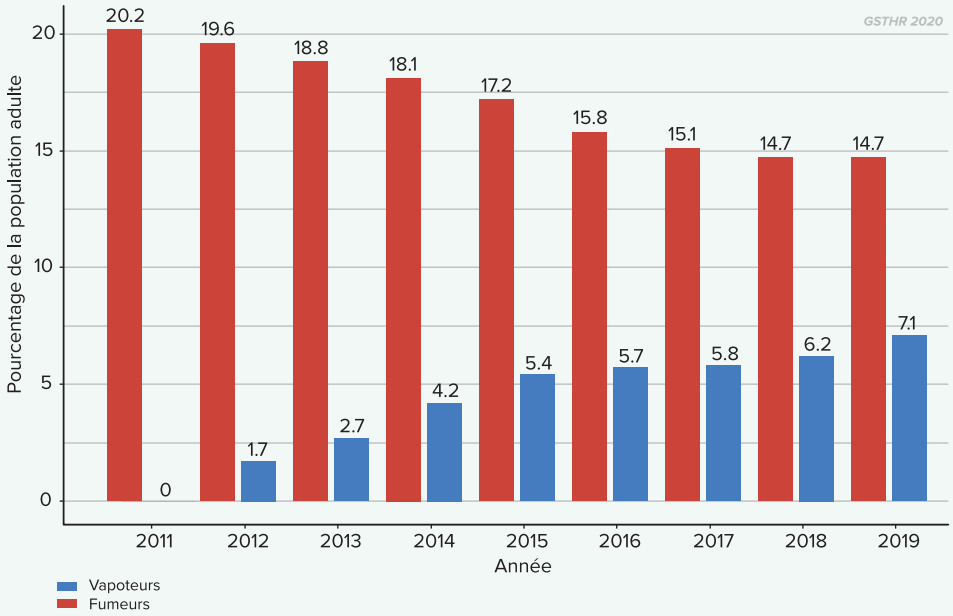
[58] Cummings, K. M. et al. (2020). What Is Accounting for the Rapid Decline in Cigarette Sales in Japan? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3570. https://doi.org/10.3390/ijerph17103570

Le Royaume-Uni

Image : Anthony DELANOIX sur Unsplash

Nous avions noté dans notre précédent rapport la hausse significative du vapotage et le déclin du tabagisme depuis 2011. Environ 7% de la population adulte de Grande-Bretagne vapote actuellement [59], ce qui équivaut à environ 6 millions de vapoteurs [60]. L'augmentation du vapotage d'une année sur l'autre va de pair avec la diminution continue du tabagisme au Royaume-Uni, avec moins de 15 pour cent de la population adulte qui fume actuellement.

Tendances du tabagisme (Royaume-Uni) et de l'utilisation de l'e-cigarette (Grande-Bretagne) 2011-2019



McNeill, A. et al. (2020). *Vaping in England: 2020 evidence update summary* (Research and Analysis). Public Health England (PHE). https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-march-2020/vaping-in-england-2020-evidence-update-summary
Utilisation des e-cigarettes chez les adultes en Grande-Bretagne, 2019 (2019). Action sur le tabagisme et la santé. https://ash.org.uk/information-and-resources/fact-sheets/statistical/use-of-e-cigarettes-among-adults-in-great-britain-2019/

[59] Pour une évaluation actualisée de l'utilisation des PNRR en Angleterre, voir : West, R et al. *Trends in electronic cigarette use in England*. Smoking toolkit study 2020. www.smokinginengland.info/latest-statistics

[60] La Grande-Bretagne, c'est l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles. Le Royaume-Uni (RU) est constitué de l'Angleterre, de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord. La prévalence du vapotage au Royaume-Uni est d'environ cinq pour cent.

L'Islande

L'Islande a connu une baisse spectaculaire du tabagisme, qui est passé à 8,2% en 2019 [61], et affiche le deuxième taux le plus bas de tabagisme quotidien chez les adultes en Europe, après la Suède.

La baisse à long terme du tabagisme s'est accélérée en 2007 et à nouveau en 2012.

Les données du marché montrent, à poids égal, une baisse continue des ventes de cigarettes et une augmentation des ventes de snus.

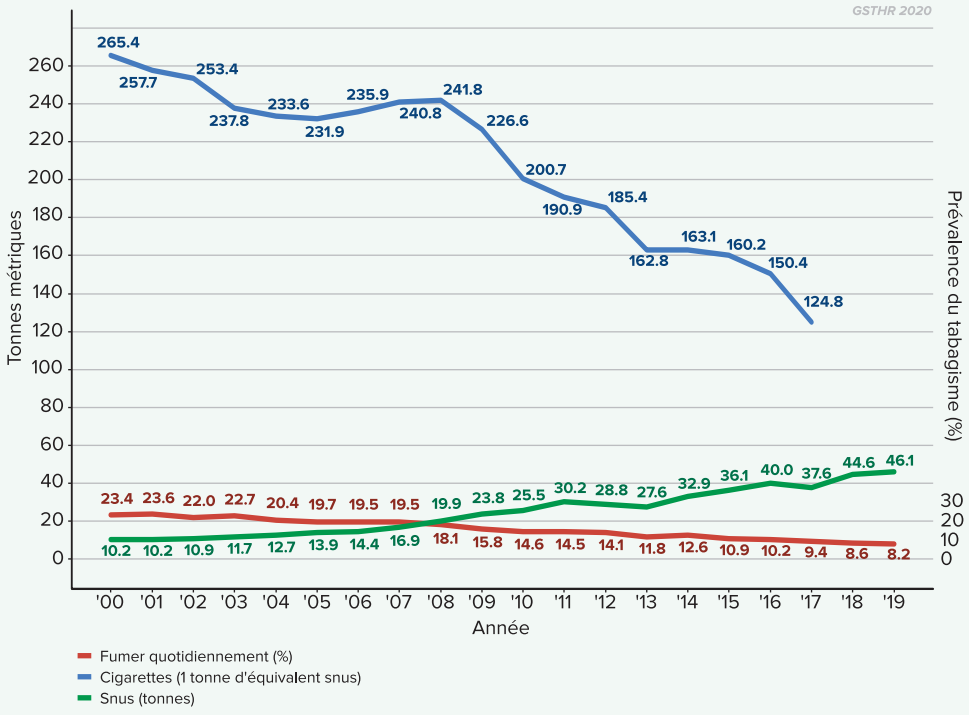
La prévalence de la consommation quotidienne de snus par les adultes était de 3,2% en 2012 [62] et elle est passée à 6% en 2019 [63].

La prévalence de l'utilisation quotidienne de l'e-cigarette par les adultes était de 3,6% en 2017. [64]

Il semble que l'adoption du snus et, plus récemment, des e-cigarettes ait contribué à la baisse à long terme du tabagisme.

L'élément le plus significatif est que la consommation de tabac chez les jeunes a pratiquement disparu, avec seulement 3,3% des 18-24 ans qui fument et 0,8% des jeunes de 16 ans [65].

Évolution de la prévalence du tabagisme et des ventes de cigarettes et de snus en Islande



Statistics Iceland | Smoking habits by sex and age 1989-2018 et Allt talnaefni – Statistics.

Notes :
ventes de snus provenant des magasins d'alcool de l'État islandais https://www-statista-com.iclibezp1.cc.ic.ac.uk/statistics/792450/sales-volume-of-snuff-in-vinbudin-stores-in-iceland/
entes de cigarettes basées sur les cartouches vendues et en supposant 0,75 g de tabac par cigarette pour les convertir en tonnes métriques.

[61] *Statistics Iceland | Smoking habits by sex and age 1989-2018* (s.d.). Statistics Iceland. Consulté le 3 septembre 2020, à partir de https://px.hagstofa.is/pxen/pxweb/en/Samfelag/Samfelag__heilbrigdismal__lifsvenjur_heilsa__1_afengiogreyk/HEI07102.px/?rxid=e93275f5-10ff-46e9-aea7-bd1bc6bee345

[62] *Allt talnaefni – Statistics*. (n.d.). Retrieved 3 September 2020, from https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/allt-talnaefni/, https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35873/31_toba9_Tobak_i_vor_UTGEFID.pdf

[63] Données de la Direction de la santé - communication personnelle, Karl Snæbjörnsson

[64] *Allt talnaefni – Statistics*. (n.d.). Retrieved 3 September 2020, from https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/allt-talnaefni/, https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35874/33_toba11_Rafsigarettur_UTGEFID.pdf

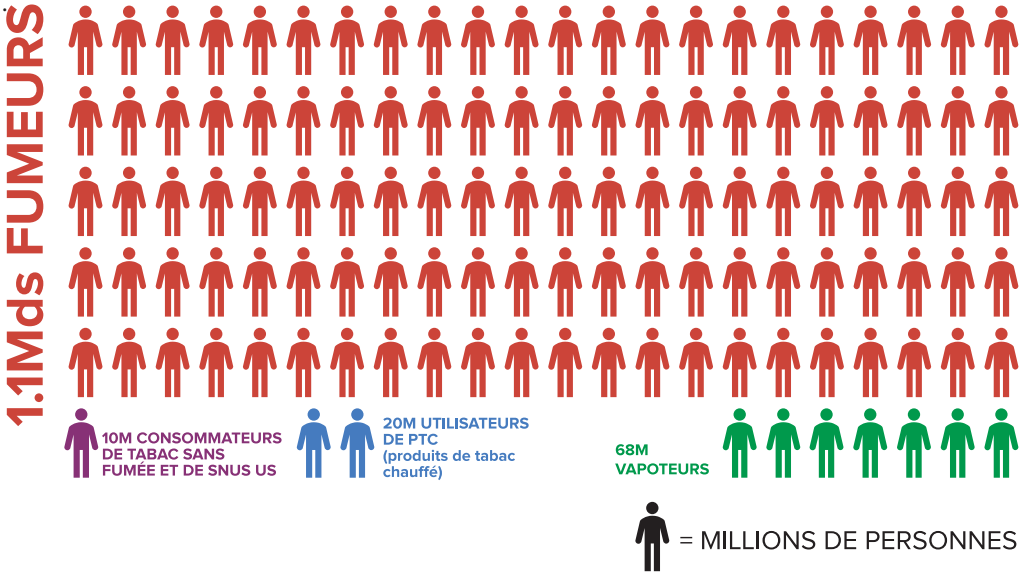
[65] Données de la Direction de la santé - communication personnelle, Karl Snæbjörnsson

Un succès de santé publique peu ébruité

Ce que l'on a perdu de vue dans toute cette agitation autour des « dangers du vapotage », c'est que l'utilisation des PNRR est l'une des réussites les plus remarquables des temps modernes en matière de santé publique. Après un départ timide vers 2006, de nombreuses personnes dans de nombreux pays du monde ont pris leur santé en main en passant à des produits non combustibles ou en réduisant leur consommation de tabac par une utilisation mixte.

La révolution sanitaire des produits nicotiniques à risques réduits est menée par les consommateurs et coûte très peu aux gouvernements.

Ce résultat a été obtenu sans l'intervention des organismes officiels de santé publique, et souvent en dépit de leurs meilleurs efforts pour l'entraver. De plus, cette révolution de santé publique a été impulsée par les consommateurs qui ont préféré les produits nicotiniques à risques réduits aux produits combustibles. Elle s'est produite à un coût minime pour les gouvernements. Il s'agit d'un véritable succès de santé publique émanant du bas et porté par un public soucieux de sa santé.



GSTHR 2020.

68 millions de personnes qui fument, 20 millions qui utilisent les PTC et 10 millions qui utilisent le snus ou le smokeless américain, cela peut sembler un succès, en particulier pour le vaping et les PTC qui sont des introductions récentes. Mais est-ce bien le cas ? Le bilan est beaucoup plus sombre qu'in l'y paraît. 98 millions d'utilisateurs de PNRR, c'est minuscule comparé à l'utilisation continue de produits combustibles par 1,1 milliard de fumeurs. Cela ne représente que neuf utilisateurs de PNRR pour 100 fumeurs et six vapoteurs pour 100 fumeurs.

Malgré l'enthousiasme suscité par les alternatives plus sûres, le rythme de progression du passage du tabagisme aux PNRR est lent. Il est urgent d'intensifier la réduction des dommages causés par le tabac. Pour y parvenir, il faut que les produits soient :

» Disponibles
La réglementation et le contrôle devraient viser à rendre ces produits aussi facilement disponibles que les autres biens de consommation, pour autant que des normes de sécurité indépendantes et internationalement reconnues soient en place. Donc pas d'interdiction pure et simple, pas d'interdiction d'arôme, pas de réglementation médicamenteuse et pas de taxation exorbitante à la manière du tabac. N'existe-t-il pas d'autres moyens d'inciter l'industrie et les consommateurs à changer de produit, plutôt que d'essayer de trouver des alternatives plus sûres à la nicotine ?

Le taux de progression du passage du tabagisme aux PNRR est lent. Il est urgent d'intensifier la réduction des risques du tabac.

» Abordables
C'est la question des moyens dont disposent les consommateurs pour acheter les produits, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il est indispensable de mettre en place un paysage législatif adéquat et d'éliminer de

nombreux obstacles. Les téléphones portables sont omniprésents en Afrique, avec la possibilité de les recharger. Il est donc tout aussi concevable de créer des dispositifs de vapotage abordables et rechargeables si les fabricants en ont la volonté.

» Appropriés
Les dispositifs de vapotage ont le potentiel de remplacer les cigarettes dans de nombreux pays, mais ils ne sont pas appropriés pour toutes les communautés et en tout lieu. De nombreux consommateurs de nicotine, notamment en Inde et en Asie du Sud-Est, ne fument pas de cigarettes conventionnelles, mais préfèrent des variétés locales ou consomment des produits de tabac sans fumée encore plus dangereux. Il serait extrêmement bénéfique, du point de vue de la santé publique, que ces produits sans fumée dangereux soient remplacés par des produits sans fumée de type snus, beaucoup plus sûrs.

» Acceptables
Néanmoins, même si des options plus sûres et plus appropriées peuvent être mises à disposition, cela ne veut pas dire que les groupes de consommateurs cibles les trouveront acceptables. Les stratégies de santé publique et de marketing commercial devront tenir compte des coutumes et pratiques sociales et culturelles traditionnelles, de la nature des messages, de qui les délivre et par quels moyens.

Il a fallu environ 60 ans, de l'invention de la machine à rouler les cigarettes en 1880 à la fin de la Seconde Guerre mondiale, pour que la plupart des formes de consommation de tabac soient finalement délogées dans les pays à revenu élevé.

Le taux de passage de la nicotine combustible à la nicotine non combustible est-il encourageant ? Le passage aux PNRR est prometteur, mais à ce jour, il n'est pas le succès de santé publique qu'il pourrait être. Soixante ans, c'est bien trop long. Pendant ce temps, plusieurs millions de personnes mourront prématurément chaque année de maladies liées au tabagisme.

Beaucoup plus de personnes seraient passées aux PNRR sans les campagnes négatives contre la RdRT.

Dans les chapitres suivants, nous examinons les obstacles qui empêchent les consommateurs de passer des produits combustibles aux PNRR. Beaucoup plus de personnes auraient changé leur mode de consommation sans l'influence négative des campagnes contre la RdRT.

Chapitre 3
Pas seulement la nicotine : les consommateurs s'expriment

Les opinions des « experts » sur l'utilisation des PNRR canalisent l'intérêt. Peu d'attention est accordée aux millions d'ex-fumeurs qui bénéficient des PNRR et qui souffriront si la législation est de plus en plus prohibitionniste.

Nous avons interrogé des consommateurs du monde entier pour savoir comment ils ont réussi à abandonner la cigarette.

Comment le fumeur fait-il place au vapoteur ?

Le tabagisme en soi n'est pas une maladie et même si de nombreux fumeurs souhaitent arrêter (ou du moins, aimeraient vouloir arrêter), ils ne se considèrent pas comme des « malades » ou des « patients » nécessitant un « traitement ».

La dynamique sociale, culturelle et psychologique du tabagisme est complexe. Dans son livre Ashes to Ashes, Richard Kruger explore avec éloquence ce qu'il appelle « l'utilité protéiforme » de la cigarette, capturant ainsi l'essence même du principe de plaisir. Cet extrait donne une idée de ce que les fumeurs sont censés abandonner et pourquoi ils trouvent cela si difficile, surtout s'il s'agit de fumeurs de longue date.

> *« Le fumeur fume lorsqu'il se sent bien ou déprimé, lorsqu'il est trop sollicité ou surchargé ou trop peu stimulé et oisif, lorsqu'il est oppressé par la foule lors d'une fête ou lorsqu'il se sent seul dans un endroit inconnu. Une cigarette est une récompense pour un travail bien fait, une consolation pour un travail bâclé. Elle soutient le fumeur dans l'intensité des confrontations quotidiennes de la vie tout en semblant l'isoler des effets dévastateurs de certaines rencontres. Elle définit et ponctue les périodes de la journée du fumeur. »* [66]

Les fumeurs plus âgés et la RdRT

Au chapitre 7, nous examinons le sort de ceux que nous appelons les « laissés-pour-compte », notamment ceux qui ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie ou qui vivent dans des communautés minoritaires dont le taux de tabagisme est souvent beaucoup plus élevé que dans la population générale. Mais comme le débat sur les PNRR est souvent axé sur les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes, les difficultés des fumeurs plus âgés sont largement ignorées.

Quand le débat sur les PNRR se focalise sur les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes, les difficultés des fumeurs plus âgés sont largement ignorées.

Le discours tacite semble être « qu'il est de toute façon trop tard pour qu'ils changent ». Pour autant, si les enquêtes sur les vapoteurs âgés et les consommateurs d'autres PNRR font défaut, il existe de nombreuses observations anecdotiques de personnes âgées qui ont arrêté de fumer pour vapoter, et ont amélioré leur qualité de vie.

On estime que les personnes qui fument pendant leur vie adulte perdent 10 à 13 ans de vie par rapport aux non-fumeurs. [67], Mais les recherches indiquent que les fumeurs réduisent considérablement leur risque de cancer du poumon s'ils arrêtent de fumer suffisamment tôt. Ceux qui arrêtent de fumer avant l'âge de 40 ans voient leur risque de décès lié au tabac réduit de 90%. [68]

---

[66] Kruger, R. (1996). *Ashes to Ashes-America's Hundred-Year Cigarette War, the Public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris*, NY. Alfred A. Knopf. P. xiii

[67] Doll, R. et al. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519. https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE

[68] Jha, P. et al. (2013). 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 341–350. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1211128

Il est plus difficile de convaincre les fumeurs âgés d'arrêter de fumer, en raison d'une habitude ancrée depuis de nombreuses années. Plusieurs études ont montré les enjeux : certains fumeurs pensent qu'ils sont « à l'épreuve des balles » et qu'ils éviteront les pires conséquences du tabagisme [69], d'autres pensent que les risques du tabagisme ont été exagérés et qu'ils ne peuvent de toute façon pas faire grand-chose pour changer leurs habitudes [70], et certains pensent que c'est la nicotine qui cause les dommages, ce qui signifie que les cigarettes à faible teneur en nicotine sont plus sûres. [71]

Un vapoteur d'Irlande, âgé de 73 ans

Depuis plus de cinquante ans, ce converti au vapotage fumait entre 15 et 20 cigarettes par jour.

Pourquoi avez-vous changé ?

Des problèmes respiratoires principalement. Je suis passé au vapotage parce que mon fils m'a acheté un stylo vape. J'ai continué à faire les deux pendant environ 3 à 4 semaines, mais le vapotage a satisfait mes besoins, je l'ai trouvé très utile et très agréable et je l'ai adopté. J'utilise un appareil tout-en-un et j'en ai quatre que j'alterne, mais ils sont tous identiques.

J'ai utilisé les patchs à un moment donné avant de passer au vapotage. J'ai trouvé que les patchs laissaient un arrière-goût toute la journée et je n'ai pas apprécié. Je n'ai pas essayé autre chose que les patchs.

Je n'aime qu'un seul arôme, l'arôme vanille caramel noisette. J'ai essayé d'autres arômes mélangés par mon fils. J'ai testé la saveur traditionnelle du tabac et je n'ai pas aimé du tout, donc la seule saveur que j'aime vraiment jusqu'à présent est celle du caramel aux noisettes. Mon fils fait le mélange de mon arôme préféré, mais il y a aussi un magasin de vapotage pas très loin, ainsi que deux magasins locaux qui vendent des liquides, ce qui veut dire que je pourrais toujours trouver ce dont j'ai besoin.

Je constate une grande amélioration de ma capacité respiratoire lorsque je marche longtemps. Mon cousin vapote et ma sœur aussi. Eux aussi ont constaté des améliorations similaires de leur santé et ils ont le même âge que moi.

« Je suis passé au vapotage parce que mon fils m'a acheté un stylo vape. »

Les données sur les consommateurs montrent que l'adoption du vapotage est beaucoup plus importante chez les jeunes fumeurs (jusqu'à 44 ans) que chez les fumeurs plus âgés. [72] Ils sont plus susceptibles d'être à l'aise avec la nouvelle technologie et prêts à expérimenter. Pour la plupart des fumeurs âgés, il est tellement plus facile d'ouvrir la cellophane du paquet, d'en sortir une cigarette et de l'allumer.

Le passage au vapotage à un âge avancé n'annule pas nécessairement tous les dommages causés par des décennies de tabagisme et les fumeurs âgés souffriront potentiellement de maladies liées au tabagisme, mais souvent ceux qui passent au vapotage déclarent avoir une bien meilleure qualité de vie. Dans un contexte où de nombreux pays sont confrontés aux coûts croissants des soins de santé et des services sociaux liés au vieillissement de la population, les campagnes de santé publique devraient s'adresser aux personnes âgées, et les détaillants spécialisés devraient concevoir des moyens d'attirer les fumeurs plus âgés dans leurs magasins. Mais le mécanisme de changement le plus efficace passe probablement par les jeunes vapoteurs qui, après avoir changé de mode de consommation, présentent l'idée à leurs parents plus âgés qui fument encore.

[69] Borland, R. et al. (2009). Do risk-minimizing beliefs about smoking inhibit quitting? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four-Country Survey. *Preventive Medicine*, 49(2–3), 219–223. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.06.015

[70] Kulak, J., & LaValley, S. (2018). Cigarette use and smoking beliefs among older Americans: findings from a nationally representative survey*. *Journal of Addictive Diseases,* 37, 1–9. https://doi.org/10.1080/10550887.2018.1521255

[71] Byron, M. J. et al. (2018). Public misperception that very low nicotine cigarettes are less carcinogenic. *Tobacco Control*, 27(6), 712–714. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-054124

[72] *Utilisation du vapotage et de l'e-cigarette par âge États-Unis 2018* (2018). Statista. https://www.statista.com/statistics/882611/vaping-and-electronic-cigarette-use-us-by-age/

Témoignages de consommateurs du monde entier

Ces entretiens ont permis de dégager deux enseignements principaux. Le premier est que la plupart d'entre eux étaient des fumeurs depuis leur plus jeune âge et ont vu leur santé s'améliorer de façon spectaculaire une fois qu'ils sont passés aux PNRR. Le second est que la rhétorique anti-vapotage rend plus difficile l'accès à des produits à risques réduits, en particulier au début de la transition du tabagisme à des formes plus sûres de consommation de nicotine. Deux de nos interlocuteurs au Chili et en Inde ont pu profiter du vapotage parce qu'ils l'ont adopté relativement tôt, avant que les responsables de santé publique et les politiciens ne s'interposent dans les choix de santé des fumeurs dans ces pays.

Vapoteur (image proposée par le modèle). Image : shipskyy sur Adobe Stock.

Un vapoteur en Irlande

Quand avez-vous commencé à fumer ?

J'ai commencé à fumer à l'âge de 20 ans environ. Au début, je fumais 10 cigarettes par jour, puis la loi a changé, la vente de paquets de 10 cigarettes a été interdite, alors j'ai commencé à acheter des paquets de 20 et je fumais 20 cigarettes par jour. Cela a duré 19 ou 20 ans.

Pourquoi avez-vous envisagé de passer au vapotage ?

« Je faisais partie de ces gens qui pensent que la nicotine et le vapotage sont tout aussi nocifs que le tabagisme ».

Mon père est mort très jeune, il venait d'avoir 56 ans. Il avait un cancer du poumon et une tumeur au cerveau et fumait depuis l'âge de 12 ans. Changer de type de consommation était donc une chose à laquelle j'avais pensé à plusieurs reprises. Je faisais partie des gens qui pensent que la nicotine et le vapotage sont tout aussi nocifs que le tabagisme. Mais j'ai commencé à poser des questions à quelques personnes et la curiosité a pris le dessus, j'ai donc décidé d'en acheter un et de voir comment ça se passait. J'ai été choqué de voir à quel point ça marchait bien.

Quels dispositifs avez-vous essayés ?

J'ai consommé les deux produits en même temps pendant environ deux semaines, mais même dans ce court laps de temps, j'ai pu identifier un problème : l'appareil n'était pas assez performant. J'ai donc commencé à chercher en ligne et j'ai trouvé un magasin de vape, il y en avait un à Dublin. J'ai contacté le propriétaire et je lui ai demandé conseil et il m'a proposé autre chose. Il m'en a parlé très longuement.

Je dirais que dans la semaine ou les deux semaines qui ont suivi l'achat d'un meilleur appareil, un Kangertech Protank 3, qui n'était même pas cher - environ 30 £ pour le tout - j'ai complètement arrêté de fumer. Je ne fais pas partie du groupe de gens qui

ont encore des envies de fumer ou qui rechutent une ou deux fois, je veux dire que je n'ai littéralement jamais, jamais voulu y retourner.

« J'ai complètement arrêté de fumer. Je ne fais pas partie du groupe de gens qui ont encore des envies de fumer ou qui rechutent une ou deux fois, je veux dire que je n'ai littéralement jamais, jamais voulu y retourner. »

Qu'utilisez-vous maintenant ?

Pour des raisons pratiques, j'ai un petit système de pods qui fonctionne très bien, mais si je suis à la maison ou en train de me détendre, je préfère me servir d'un box mod parce que j'aime la saveur et que je fabrique aussi mon propre jus. Je suis passé de 15 mg à 1 mg en quatre mois environ, ce qui représente une énorme réduction de nicotine pour moi.

Pour limiter les coûts, j'utilise ma propre recette depuis que je suis passé du Protank 3 au réservoir sub ohm. J'ai échangé avec quelques gars sur les forums et j'ai commencé à créer mes propres recettes.

Avez-vous constaté des bienfaits liés au vapotage ?

Le fait de pouvoir monter les escaliers sans être essoufflé. Les poumons se dégagent. Le sens de l'odorat et du goût est dingue. On ne réalise pas à quel point fumer affecte l'odorat et le goût. Ils reviennent et vous retrouvez le goût des aliments que vous n'aviez plus depuis 20 ans. C'est un changement assez radical.

« Pouvoir monter les escaliers sans être essoufflé. Les poumons se dégagent. Le sens de l'odorat et du goût est dingue. Vous retrouvez le goût des aliments que vous n'aviez plus depuis 20 ans. »

Comme j'ai fait de la recherche et du développement pour une multinationale américaine, j'ai commencé à m'intéresser aux études, car les changements survenus dans ma santé étaient assez incroyables. Je faisais partie de ceux qui pensaient que la nicotine était tout aussi nocive que le tabac.

Que pensez-vous de la loi sur les e-cigarettes ?

Il n'est pas possible d'acheter de la nicotine à forte concentration pour les fabriquer soi-même. Mais j'ai encore des produits que j'ai achetés avant la directive européenne sur les produits du tabac. La nicotine se conserve longtemps si on la stocke correctement, alors j'en ai beaucoup.

Il est possible de se procurer de la nicotine, mais ce n'est pas quelque chose que j'envisage [lorsque mes réserves seront épuisées], car elle provient de sources irrégulières, comme on dit. Je connais d'autres fumeurs qui ont eu des difficultés après les changements de la directive européenne sur les produits du tabac, parce que tout est beaucoup plus cher, surtout pour les personnes qui ne savent pas manipuler la nicotine en la mélangeant en petites doses. [73] C'est une très mauvaise politique. Elle a fait l'objet de très peu de réflexion ou de recherche, car il s'agissait de chiffres arbitraires sortis du chapeau.

« Je suis toujours surpris par le nombre de fumeurs que je vois encore par rapport aux vapoteurs. Les médias ont un rôle important à jouer dans ce domaine. »

Et les amis et la famille ?

Eh, bien il y a ma mère, et une tante et un cousin qui ont le même âge que ma mère, fin de la soixantaine, et au-dessus de 70 ans, qui vapotent tous, maintenant. Ils ont tous fumé pendant plus de 45 ans. Mon frère fume toujours, il aime ça, mais il fume aussi un peu d'herbe. Mais je ne connais pas beaucoup de vapoteurs où je vis, je suis choqué quand je vais dans les grandes villes, je suis dans une zone assez rurale et je suis encore surpris par le nombre de fumeurs par rapport aux vapoteurs. Les médias ont un rôle important à jouer dans ce domaine.

Un vapoteur aux États-Unis

Comment avez-vous découvert le vapotage ?

J'ai commencé à fumer des cigarettes à l'âge de 18 ans, j'ai maintenant 54 ans. J'ai fumé jusqu'à la fin de la trentaine, puis j'ai subi une opération de la vésicule biliaire. J'ai arrêté à ce moment-là parce qu'après une opération, on ne peut pas fumer et j'ai donc cessé pendant deux ans. J'ai recommencé à fumer, mais pas des cigarettes, je suis passé aux cigarillos Davidoff, bien plus coûteux.

En juin dernier, j'ai vu par hasard que mon livreur de courses vapotait. J'avais déjà essayé le JUUL une fois, j'avais vu les publicités de JUUL qui expliquaient comment

[73] Les short-fills sont de grandes bouteilles d'e-liquide qui ne sont pas remplies à ras bord. Cela permet au fumeur d'ajouter son propre liquide de nicotine pour contourner les limites de l'UE TPD sur les mg de nicotine par ml de liquide.

cela aidait les gens à se passer du tabac, mais cela m'a donné un horrible mal de tête. Je ne cherchais pas à arrêter de fumer, mais seulement à réduire ma consommation. Le JUUL n'a pas fonctionné pour moi parce que je fumais des cigarillos et pas des cigarettes, donc la puissance du JUUL était trop forte pour moi et je pense que c'est pour cela que j'avais eu ce mal de tête. Alors quand j'ai croisé ce livreur, je lui ai posé la question. Il avait un Smok Novo [système de pod]. J'ai fait des recherches sur Google et YouTube et j'ai regardé un documentaire diffusé par Public Health England où les experts expliquaient pourquoi c'était plus sain. Après avoir approfondi les recherches, je suis rapidement passé du Smok Novo à un dispositif Innokin. J'utilise ce qu'on appelle un e-liquide à base de nicotine libre.

« J'ai regardé un documentaire diffusé par Public Health England où des experts expliquaient pourquoi c'était plus sain. »

J'ai commencé avec 3 mg, mais ce n'était pas suffisant, je vapotais tellement que j'étais déshydraté. Puis je suis passé à 6 mg et cela n'allait toujours pas, alors j'ai regardé une chaîne YouTube dédiée aux informations et conseils sur le vapotage et ils conseillaient d'augmenter un peu la nicotine pour satisfaire le manque. J'ai alors augmenté jusqu'à 12 mg et c'est ce que j'utilise depuis fin août 2019, et je suis assez satisfait.

J'ai commencé par les arômes fruités, mais je les trouvais trop sucrés. J'ai fait le contraire de ce que font la plupart des gens, j'ai rapidement abandonné les arômes fruités et maintenant, je vapote principalement des arômes de tabac.

Qu'en est-il de votre santé ?

Je suis un peu différent de la plupart des fumeurs, car je n'ai pas eu de problèmes de santé lorsque je fumais des cigarillos. Je faisais beaucoup d'exercices, je courais des marathons et des semi-marathons. Mais le tabagisme endommage les poumons, alors vapoter, pour moi, c'est ne plus vivre dans la peur. Bien qu'étant en bonne santé, chaque fois que je toussais, je crachais du mucus dans une serviette en papier pour voir si j'y trouvais du sang, car tousser constamment et cracher du sang sont les premiers signes de problèmes. Depuis que je vapote, je ne tousse plus beaucoup.

Avez-vous continué à fumer des cigarillos tout en vapotant ?

« Pour moi, le vapotage, c'est ne plus vivre dans la peur. »

J'ai utilisé les deux pendant environ deux mois parce que j'étais déshydraté, puis je suis tombé malade et j'ai été hospitalisé, alors j'ai dû arrêter. Mais si vous fumez après avoir vapoté, le goût est vraiment horrible. Ensuite, lentement, sans décision consciente, j'ai réduit ma consommation jusqu'à ce qu'un matin, la première chose que j'ai faite n'a pas été d'allumer un cigarillo, mais de prendre le vapoteur.

Est-il facile pour vous d'obtenir ce dont vous avez besoin ?

Lorsque j'ai commencé en juin, je n'étais pas au courant de toute cette propagande anti-vapotage. C'est peu après avoir commencé à vapoter que j'ai réalisé que tout le monde essayait d'interdire ces produits. J'ai mis les pieds dans un vrai bourbier. Mais heureusement, je me suis documenté sur les e-liquides sur Google, j'étais à la recherche d'un e-liquide artisanal de qualité supérieure, car j'avais l'habitude de fumer des cigarettes et des cigarillos assez chers et j'ai découvert 5 Pawn. Il se trouve que 5 Pawn est juste à côté de ma salle de sport, ce qui est très pratique pour me procurer mon e-liquide.

Avez-vous essayé d'autres moyens d'arrêter de fumer ?

Il y a longtemps, mon médecin m'a prescrit du Wellbutrin, mais dès le premier jour, j'ai eu des palpitations cardiaques, alors j'ai arrêté. Quelques années plus tard, mon cardiologue m'a prescrit du Chantix. À cette époque, le Chantix n'était pas couvert par les assurances et était assez cher.

En lisant quels en étaient les effets secondaires, j'ai vu qu'il était fait mention de crises d'épilepsie. Ma mère pensait que ce n'était pas une bonne idée, d'autant plus que je vivais seul en cas de crise. J'ai essayé les patchs plusieurs fois, chez moi, ils provoquaient des palpitations cardiaques. Et juste avant de commencer le vapotage, j'ai commandé des pastilles sur Amazon. Je les ai prises deux fois et elles m'ont donné d'horribles crampes d'estomac. Mon médecin de famille m'a même conseillé de recommencer à fumer temporairement, car tout ça n'était pas bon du tout. J'ai aussi tenté l'hypnose, mais ça n'a pas marché, parce que l'hypnotiseur me demandait de

Vapoteur (image proposée par le modèle). Image : thodonal sur Adobe Stock.

penser aux bienfaits pour la santé, et je me disais que je courais déjà, que je n'étais pas en surpoids, que je n'étais pas essoufflé, donc je ne voyais pas les avantages. En plus, je me suis endormi.

Consommateur de snus en Suède

Combien de temps et à quelle fréquence fumiez-vous avant de passer à des produits nicotiniques à risques réduits ?

J'ai fumé environ 10 cigarettes par jour pendant au moins 30 ans.

Pourquoi êtes-vous passé à un produit nicotinique à risques réduits ?

J'utilise le snus depuis l'âge de 18 ou 19 ans, mais à cette époque - j'ai 62 ans aujourd'hui – les gens fumaient, buvaient et faisaient la fête, alors je fumais et je consommais du snus en même temps. C'était du snus en vrac, aromatisé au tabac, et j'aime toujours l'arôme du tabac ainsi que le salmiak, qui est une sorte de réglisse salée.

Pour finir, j'ai jeté les cigarettes. C'était quelques jours avant que n'éclate la guerre du Golfe et je travaillais en Arabie Saoudite en tant que directeur financier. Ma famille et moi avons été évacués par le tout dernier avion et nous avons failli le manquer. Une fois dans l'avion, j'ai pris le paquet de cigarettes, je l'ai déchiré, et depuis je m'en suis tenu au snus.

« Pour finir, j'ai jeté les cigarettes. »

Le passage au snus et l'arrêt du tabac ont-ils eu un impact sur votre santé ?

Oui, sans aucun doute, je pouvais courir beaucoup plus longtemps, je ne toussais pas le matin et la maison ne sentait plus mauvais. Heureusement, en Suède, le snus est autorisé depuis plus de 200 ans et c'est probablement pour ça que la Suède a la plus faible prévalence de tabagisme de toute l'UE, ainsi que la plus faible prévalence de mortalité due au tabagisme.

Avez-vous essayé d'autres produits nicotiniques à risques réduits ?

Oui, il y a quelques années, j'ai acheté une e-cigarette avec un réservoir et j'aime bien vapoter le samedi en même temps que le snus. Et de toute façon l'association des deux est 100 fois plus saine que de fumer des cigarettes.

Est-ce que des membres de votre famille ou des amis utilisent des produits nicotiniques à risques réduits ?

Dans ma vie de tous les jours, je rencontre de nombreuses personnes qui consomment du snus. Et en raison de mon activisme pour la réduction des risques du tabac, je suis en contact avec des milliers de personnes, hommes et femmes, dans une centaine de pays, dont plus de 80% sont d'anciens fumeurs.

Utilisateur de snus tenant des sachets (image proposée par le modèle). Image : uskarp2 sur Adobe Stock.

Un vapoteur en Inde

Quand avez-vous commencé à fumer ?

J'ai fumé pendant plus de 16 ans à partir de l'âge de 14 ans environ.

Quel impact cela a-t-il eu sur votre santé ?

Dès mon plus jeune âge, j'ai pratiqué la natation et je m'entraînais régulièrement dans une salle de sport. À l'école, j'étais très actif, j'étais le capitaine de sport de mon école. Fumer a toujours été pour moi une sorte de rêve d'enfant, car toute ma famille fumait, cela m'attirait beaucoup. Je suis devenu accro à la cigarette, et quand j'ai commencé à fumer plus régulièrement, j'ai dû réduire toutes les activités physiques que je pratiquais. Je ne pouvais plus nager autant qu'avant, faire du sport ou aller au gymnase. Une dizaine d'années plus tard, j'étais vraiment en mauvaise condition, fumant à la chaîne 40 cigarettes par jour ou plus. Je dormais mal, j'avais beaucoup de rhumes, une respiration sifflante, je devais souvent aller chez le médecin. C'est à ce moment-là que j'ai commencé à faire des recherches sur les e-cigarettes.

Comment avez-vous découvert les e-cigarettes ?

« J'étais convaincu du bien-fondé des e-cigarettes, mais celles qui étaient disponibles en Inde étaient obsolètes, nous avions des trucs démodés, alors je me suis remis à fumer. »

Tout notre groupe essayait d'arrêter de fumer parce que nous savions tous que cela allait mal se terminer. En 2013, un ami qui allait souvent en Amérique a ramené des e-cigarettes, les toutes premières où on aspire et le bout s'allume en rouge, mais cela ne nous a pas plu. Puis, en 2014, je me suis mis à vapoter pendant 6 mois environ, mais les appareils n'étaient pas performants et le liquide avec lequel j'ai commencé était dosé à 36 mg de nicotine, ce n'était donc pas une expérience vraiment agréable. Mais, après 12 ans de tabagisme, j'ai réussi à arrêter la cigarette pendant 6 longs mois. C'était ma première tentative, en 2014.

J'étais convaincu du bien-fondé des e-cigarettes, mais celles qui étaient disponibles en Inde étaient obsolètes, nous avions des trucs démodés, alors je me suis remis à fumer. Mais à peine avais-je recommencé que les anciens problèmes sont revenus : les rhumes, la respiration sifflante, le manque de sommeil et tout le reste. Finalement, en janvier 2016, j'ai pris la décision d'arrêter complètement. En me connectant sur Facebook, j'ai découvert un groupe composé de vapoteurs à travers toute l'Inde. Cela m'a vraiment aidé et depuis, je n'ai jamais recommencé à fumer.

L'accès aux produits s'était-il amélioré en Inde, en 2016 ?

Au début, c'était un peu difficile, mais quand j'ai commencé à explorer Facebook et à m'intégrer à ce groupe, j'ai communiqué avec des vapoteurs plus âgés que moi qui s'approvisionnaient en Chine. Une fois que j'ai été en contact avec eux, je n'ai plus fait marche arrière. En septembre dernier, j'ai franchi un cap quand j'ai été sponsorisé par trois des entreprises chinoises dont je fais la promotion sur Instagram en tant que porte-parole.

Quel produit utilisez-vous ?

J'utilise un appareil Rebel à batterie unique et maintenant je fais ça en dilettante. Je ne suis plus dépendant, je peux rester une semaine entière sans nicotine ou en ne vapotant que 3 mg. J'aime tous les parfums sucrés.

Quelle incidence l'abandon de la cigarette a-t-il eu dans votre vie ?

La première chose a été de pouvoir mieux goûter à tout. Je travaille dans l'industrie alimentaire, donc pour moi un palais raffiné a beaucoup d'importance. L'odorat est le second élément. Aujourd'hui, je ne supporte plus l'odeur des personnes qui fument, cela me donne mal à la tête et je comprends ce que ressentent les non-fumeurs. Je dors mieux. Je ne suis pas un gros dormeur, mais auparavant mon sommeil était agité. Maintenant, je dors comme quand j'étais adolescent, avant de commencer à fumer. J'ai recommencé à faire de l'exercice et la différence est visible. Je peux faire plus de choses et mes journées sont plus longues. Je suis performant dès le réveil.

« Notre gouvernement a choisi de ne faire aucune étude : il a simplement tout interdit. »

Aujourd'hui, est-il facile pour vous d'acheter ce dont vous avez besoin ?

Notre gouvernement a choisi de ne faire aucune étude : il a simplement tout interdit. Pour moi, il n'est pas trop difficile de m'approvisionner, car j'ai de bons contacts avec la communauté des vapoteurs en Inde. Mais pour les nouveaux venus, ça sera pratiquement impossible, car personne ne leur vendra quoi que ce soit. J'ai dû convertir près de 100 personnes, mais si les produits de vapotage n'avaient pas été interdits, ce nombre aurait été plus important et davantage de personnes auraient commencé à vapoter.

Vos amis et votre famille fument-ils aussi ?

Mon oncle maternel est passé au vapotage alors qu'il fumait depuis 30 ans, j'ai réussi à le convaincre de ne plus fumer.

Êtes-vous son fournisseur alors ?

Non. Initialement, pour toute personne que je convertis au vapotage, je fais une sélection pour elle en fonction de ses besoins. Je lui donne l'appareil qui lui convient le mieux et une fois qu'elle s'est familiarisée avec cet appareil, je lui conseille d'aller explorer par elle-même. C'est donc ce que j'ai fait avec mon oncle. Je lui ai offert un appareil et une bouteille de liquide et je lui ai dit d'essayer pendant un mois. Le premier mois, il a réduit sa consommation de tabac de moitié, puis le deuxième mois, il m'a dit : « Allons acheter un autre appareil, j'en veux un autre ». Je l'ai alors mis en contact avec le vendeur et maintenant il s'approvisionne lui-même.

« Le vapotage remplace l'action de fumer. Fumer est un rituel, le geste de la main à la bouche. Le vapotage reproduit une bonne partie de cette mémoire musculaire. »

Avant de passer à la vape, avez-vous essayé d'autres produits comme un patch ou un chewing-gum ?

Oui, j'ai essayé le chewing-gum. J'avais l'habitude de fumer en mâchant le chewing-gum, mais le chewing-gum me laissait un mauvais goût dans la bouche, qui ne partait pas. J'ai essayé le patch une fois, mais ce n'est pas aussi rapide que l'absorption par le poumon. Je pense que ces choses sont utiles, mais seulement pour les personnes qui ont l'habitude de mâcher du tabac, pas pour les fumeurs. Le vapotage remplace l'action de fumer. Fumer est un rituel, le geste de la main à la bouche. Le vapotage reproduit une bonne partie de cette mémoire musculaire, même si vous ne vapotez que 0 mg. Le vapotage rend moins dépendant au fil du temps. Lorsque j'ai commencé à vapoter, je consommais 200 ml par mois, aujourd'hui je n'en consomme que 60 ml.

Un vapoteur au Chili

Quand avez-vous commencé à fumer ?

J'ai fumé de 11 ans à 29 ans, et à cette époque je fumais deux paquets par jour.

Quels ont été les dommages causés à votre santé ?

Des problèmes pour faire du sport, pour courir, monter les escaliers, la perte d'odorat et de goût, et ma peau et le blanc de mes yeux qui étaient jaunes.

Qu'est-ce qui vous a incité à passer à un produit nicotinique à risques réduits ?

J'ai tenté d'arrêter de fumer pendant longtemps et j'ai tout essayé. J'ai fait l'essai des patchs, mais cela m'a donné la nausée. J'ai voulu arrêter d'un coup, mais rien ne m'a aidé. Je n'ai réussi qu'une seule fois à arrêter pendant 8 mois, mais c'était une véritable torture quotidienne que de penser aux cigarettes, surtout quand j'en sentais l'odeur.

On connaissait peu les e-cigarettes à l'époque, mais en 2009, un ami en a reçu une en cadeau pour Noël et lorsque j'ai tiré ma première bouffée, je me suis dit « wow, ça pourrait m'aider ». Mais je ne songeais même pas à arrêter de fumer, je voulais juste essayer ce jour-là. Le lendemain, je voulais continuer, mais à 15 heures la batterie est morte et j'ai dû fumer une cigarette. Cette nuit-là, c'était le 31 décembre, la veille du Nouvel An, j'ai décidé que ce serait ma dernière cigarette parce que ce truc marchait bien, et je n'ai plus jamais fumé - aucune douleur, aucun problème, et cela fait maintenant 10 ans et 2 mois.

Vous rappelez-vous quel était votre premier appareil ? Et qu'utilisez-vous aujourd'hui ?

« J'ai décidé que ce serait ma dernière cigarette parce que ce truc marchait bien, et je n'ai plus jamais fumé - aucune douleur, aucun problème, et c'était il y a 10 ans et 2 mois. »

Je crois que c'était le tout premier Blu. Je possédais plein d'appareils différents, des tas de boîtes de produits divers. Je les ai tous essayés. Je faisais partie d'un groupe au Chili qui travaillait pour l'accès à de meilleurs produits. Il y a quelques mois, j'utilisais un G-class avec un RDTA (rebuildable dripping tank atomiser), mais je suis revenu aux pods. Le pod que j'aime le plus est le Joytech Exceed grip, mais j'ai testé toutes sortes de choses.

Question arômes, je préfère la glace et les fruits. Ici, nous avons un chimiste qui fabrique de très bons produits, dont un appelé Blue Metha, le liquide le plus vendu au Chili.

Quel impact cela a-t-il eu sur votre santé ? Avez-vous constaté une amélioration ?

C'est étonnant, car on ne réalise pas quels sont les bienfaits avant d'avoir arrêté de fumer. Les plus évidents sont une meilleure condition physique, vous pouvez marcher, courir, vous ne vous sentez pas fatigué en montant les escaliers, vous pouvez faire du sport, et même la couleur de ma peau a changé.

Une chose qui m'a vraiment surpris, c'est que mes yeux sont devenus plus blancs. J'ai retrouvé le goût, l'odorat, et même mes cheveux sont plus brillants. Je ne sais pas si la fumée de tabac a un effet sur les cheveux, mais mes ongles en tout cas ont une meilleure couleur et sont plus sains.

Quand on fume, on tousse tout le temps. Quand je respirais très profondément, j'avais l'impression d'avoir quelque chose de mou dans la gorge, on sent que quelque chose ne va pas. J'ai moins de rhumes en hiver. On réagit aussi différemment aux autres personnes qui fument. Quand vous sortez et que vous rencontrez un fumeur, vous vous dites « Oh, mon Dieu, je sentais comme ça avant. »

Dans quelle mesure est-il facile pour vous d'obtenir les produits dont vous avez besoin au Chili ?

Pour moi, c'est en fait très facile parce que je connais le marché. Mais au Chili, un ministre a essayé d'interdire la e-cigarette en 2010. J'étais chargé de la campagne contre lui, et nous avons réussi à l'arrêter. Mais ensuite, à minuit, sans que personne ne le sache, il a signé un décret interdisant la vente de nicotine et il a autorisé la vente de nicotine uniquement dans les pharmacies. Il est donc plus difficile pour les Chiliens de se procurer des liquides contenant de la nicotine. C'est possible d'en trouver, mais difficile pour un nouveau venu, car personne ne veut vendre à quelqu'un qu'il ne connaît pas, pour éviter d'avoir des ennuis. Donc, pour un vapoteur de longue date, c'est assez facile, mais pour ceux qui débutent, de nombreux magasins ne veulent pas leur vendre de la nicotine.

Est-ce que des membres de votre famille ou des amis utilisent des produits nicotiniques à risques réduits ?

J'ai personnellement encouragé beaucoup de personnes à changer. La personne la plus difficile à convaincre a été ma mère. Elle continuait à fumer des cigarettes et il

a été très difficile de la faire cesser. C'était désolant parce que j'étais un militant et la personne que j'aimais le plus fumait encore. Mais avec ce nouveau pod de Joytech, elle a réussi. Elle a maintenant son propre pod et j'en suis vraiment heureux. Et elle vapote même sans nicotine, c'est vraiment bien. Son état physique s'est amélioré et elle peut faire beaucoup plus d'activités.

Une consommatrice de PTC à Taïwan

Quand avez-vous commencé à fumer ?

J'ai commencé à fumer vers 22 ans, j'en ai 37 maintenant, cela fait donc 15 ans. Rien de particulier n'affectait ma santé. Mais tous les matins, au réveil, j'avais l'impression que quelque chose était coincé dans ma gorge et je devais le cracher, la couleur était brune ou noire. Après être passé aux PTC, cela a complètement disparu.

Un utilisateur de PTC (image posée par le modèle). Image : Studio QUALIA sur Adobe Stock

Avez-vous essayé un autre PNRR avant d'essayer un PTC ?

Le vapotage et les PTC sont tous illégaux à Taïwan. Malgré tout, j'ai essayé le vapotage il y a environ trois ans. Lorsque les kits de vapotage sont apparus sur le marché de manière non officielle, j'ai vu des publicités sur Facebook, puis je me suis rendue dans un magasin et j'ai acheté un kit de vapotage et du e-liquide. L'expérience était tellement différente de celle de fumer une cigarette que cela n'a pas duré longtemps. Je n'ai vapoté que pendant un mois ou deux. Quand j'ai arrêté, je l'ai simplement rangé dans un tiroir et je ne l'ai plus jamais ressorti. J'ai arrêté de vapoter en 2017 et je me suis remise à fumer des cigarettes, puis j'ai commencé à consommer des PTC en janvier dernier.

Qu'est-ce qui vous a poussé à essayer les PTC ?

Avant d'en acheter, j'étais allée à Tokyo et j'avais vu ce produit à plusieurs reprises là-bas. Je l'avais vu aussi dans la rue et dans les zones fumeurs à Taïwan. Je me suis dit que je devais essayer parce que beaucoup de gens changeaient leur consommation pour adopter ce truc électrique. Alors pourquoi pas ? J'en ai acheté un et je l'ai essayé pendant une semaine, tout en continuant à fumer, puis j'ai constaté que je ne supportais plus l'odeur de la cigarette. Je n'avais pas de réelles raisons d'arrêter de fumer, je n'essayais pas vraiment, je me suis simplement dit que c'était peut-être une meilleure solution. Quand je suis entourée de gens qui consomment des PTC, cela ne sent pas mauvais, comparé aux cigarettes. Et quand les mucosités dans mes poumons se sont dégagées, je me suis dit qu'effectivement c'est beaucoup mieux.

Donc, vous étiez une double consommatrice pendant un certain temps ?

Quand j'ai commencé à consommer quotidiennement des PTC, je fumais encore des

cigarettes, mais pas pendant longtemps, une semaine, je crois. Après avoir fumé toutes mes cigarettes, j'ai arrêté. Même maintenant, quand je bois avec des amis et qu'ils fument, il m'arrive d'en emprunter une et de fumer un peu, mais cette odeur et ce goût, je ne peux plus les supporter. L'odeur de la combustion des cigarettes empeste vraiment.

Est-il facile d'obtenir les produits dont vous avez besoin ?

« L'odeur de la combustion des cigarettes empeste vraiment. »

Avant la COVID, en raison de la loi taïwanaise, j'achetais ce dont j'avais besoin au Japon, lorsque des amis ou moi nous y rendions. Avec la COVID, personne ne sort ou n'entre dans le pays, je dois donc acheter au marché noir où les prix sont 50% plus élevés.

Peut-on acheter les produits en ligne ?

Je pense qu'il est possible de commander en ligne et de se faire livrer, mais tout se passe à l'intérieur du pays, et non à l'étranger. Les personnes chez qui je m'approvisionne achètent dans un premier temps à l'étranger, puis emballent les marchandises à Taïwan et me les envoient.

Est-ce que vos amis ou les membres de votre famille consomment des PTC ?

Ma sœur fume, mais pas régulièrement, elle fume quand elle boit. Je ne peux penser qu'à un seul ami, mon ex-petit ami. Je lui ai fait découvrir les PTC parce que je pense que c'est plus sain, plus propre. Maintenant, il ne peut plus fumer de cigarettes, même si elles sont beaucoup moins chères. Un paquet de 20 cigarettes coûte environ 3 ou 4 dollars, mais un PTC coûte 7 ou 8 dollars [US]. Alors j'essaie de réduire ma consommation de PTC parce que c'est tellement cher.

De la santé individuelle à la santé publique ?

Comme l'illustre ce chapitre, la santé des consommateurs est grandement améliorée lorsqu'ils passent du tabagisme aux produits nicotiniques à risques réduits. Ces bienfaits ont été publiquement reconnus par les responsables du gouvernement américain aux plus hauts échelons de la santé publique.

« Si vous pouviez prendre tous les fumeurs adultes et les faire passer entièrement aux e-cigarettes, cela aurait un impact considérable sur la santé publique »
– Dr Scott Gottlieb, FDA (photo de droite)

« Si nous pouvons amener toutes ces personnes à remplacer complètement toutes leurs cigarettes par un de ces produits non combustibles (e-cigarettes), ce serait bon pour la santé publique. »
– Mitch Zeller, FDA (photo de gauche)

Source : Dr Gottlieb 25 septembre 2018
http://www.c-span.org/video/?452001-1/fda-commissioner-scott-gottlieb-discusses-cigarettes-public-health-concerns
Source Mitch Zeller : 15 mai 2014
http://www.help.senate.gov/hearings/progress-and-challenges-the-state-of-tobacco-and-regulation-in-the-us

Chapitre 4
Dissiper la fumée : les produits nicotiniques à risques réduits et la santé

La « controverse » sur le vapotage est très présente dans les médias. Les fumeurs, les professionnels de santé, les décideurs politiques et les législateurs sont légitimement déroutés par les informations contradictoires provenant de points de vue opposés, mais tout aussi crédibles, de la santé publique, des universités et des cliniques.

On entend souvent dire que l'on sait peu de choses sur le vapotage et ses produits. En réalité, le nombre de publications scientifiques sur le vapotage a connu une augmentation massive. Au cours des six années allant de 2007 à 2012, seulement 53 publications avaient été enregistrées. Ce nombre est passé à 459 en 2015, 751 en 2016, 730 en 2017, 1 023 en 2018, 2 017 en 2019, et 793 jusqu'en avril 2020, soit un total de 5 773 publications dans des revues scientifiques à comité de lecture. Au cours des huit années allant de 2013 à 2020, le total couvrant le vapotage, les PTC et le snus est passé à 6 309. [74]

À la mi-2020

6,309

articles scientifiques avaient été publiés sur les PNRR.

Il y a moins de publications sur les autres PNRR. Il n'y a eu que trois publications sur les PTC en 2015, 26 en 2016, 31 en 2017, 90 en 2018, 95 en 2019, et 48 en 2020. Au total, il y a eu 293 publications sur les PTC entre janvier 2015 et avril 2020.

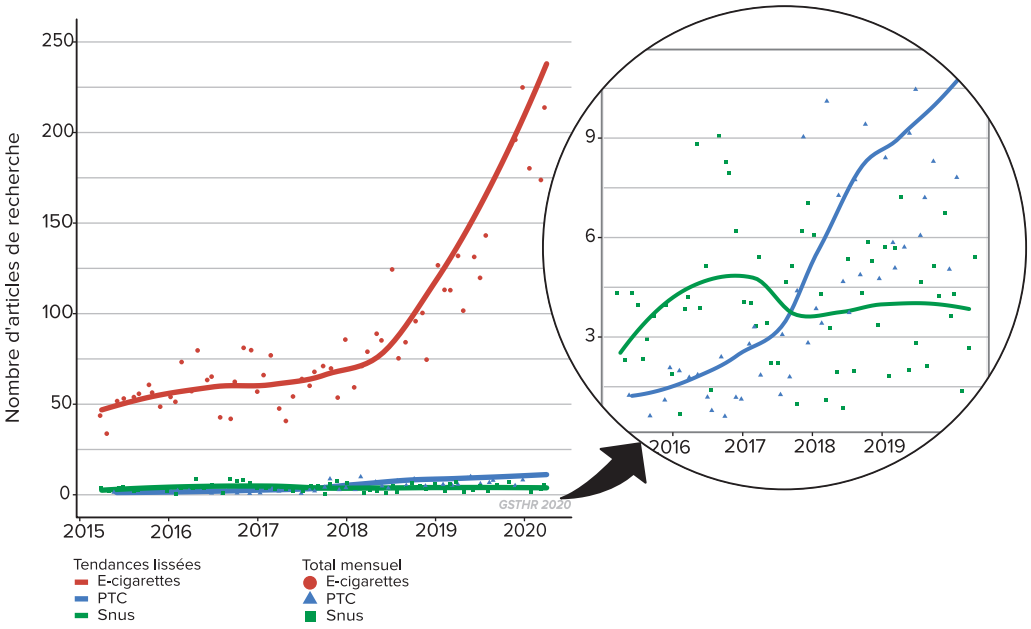
Sur le snus, il y a eu 27 publications en 2015, 61 en 2016, 47 en 2017, 42 en 2018, 53 en 2019 et 13 en 2020. Au total, 243 publications sur le snus de janvier 2015 à avril 2020.

Image : vkotenko2012 sur Adobe Stock

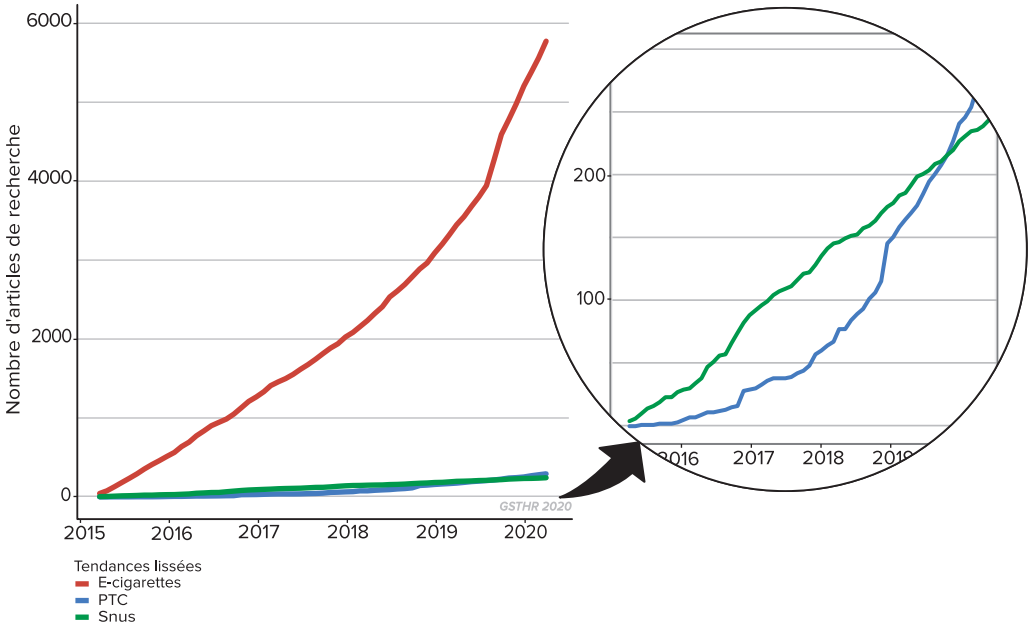
Cependant, davantage d'études scientifiques ne signifient pas toujours une science de qualité ou une meilleure communication scientifique. Les recherches mal formulées et mal conçues, les annonces de résultats trop hâtives, les communiqués de presse universitaires surmédiatisés et les médias peu critiques et avides de mauvaises nouvelles sèment la confusion parmi le grand public, les fumeurs, les consommateurs

[74] Signals Analytics, Inc. Accessed 17 June 2020.

Nombre mensuel de documents de recherche



Nombre cumulé de documents de recherche



Source des données : Signals Analytics, Inc. (juin 2020)

de PNRR et les professionnels de santé. Pour adopter un point de vue équilibré sur une question, il ne s'agit pas d'accorder le même poids aux deux côtés, mais de faire un choix fondé sur les preuves les plus solides et les plus crédibles.

I y a aussi un problème plus large que l'on pourrait appeler « l'illettrisme de la nicotine » qui va au-delà de la rhétorique anti-RdRT : la croyance parmi les professionnels de santé et le public que la nicotine est cancérigène. [75,76,77]

[75] Moysidou, A. et al. (2016). Knowledge and Perceptions about Nicotine, Nicotine Replacement Therapies and Electronic Cigarettes among Healthcare Professionals in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5). https://doi.org/10.3390/ijerph13050514

[76] Ratschen, E. et al. (2009). Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 576–582. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.08.003

[77] Ramesh Patwardhan, S., & Murphy, M. A. (2013). Survey of GPs' understanding of tobacco and nicotine products. *Drugs and Alcohol Today*, 13(2), 119–150. https://doi.org/10.1108/DAT-02-2013-0010

Les points essentiels sur les PNRR et la santé

1. La sécurité absolue n'existe pas. Les médicaments, qu'ils soient prescrits ou achetés en vente libre, sont présentés avec des listes d'effets secondaires et de risques potentiels.
2. C'est « la dose qui constitue le poison ». La posologie de toute substance ou la voie d'administration dans le corps conditionnent énormément de facteurs. Un médicament injecté, par exemple, atteindra le cerveau beaucoup plus rapidement qu'un médicament avalé.
3. Le vapotage et les PTC émettent beaucoup moins de toxines que les cigarettes combustibles classiques, ce qui signifie que les risques potentiels pour la santé liés au tabagisme sont considérablement réduits lorsque l'on renonce à la cigarette. Les produits sans fumée à risques réduits, comme le snus et le smokeless américain, ne produisent aucune émission.
4. La majorité des études ne prennent en compte que les risques potentiels absolus de ces produits pour la santé et ne trouve incidemment que peu d'éléments pour les corroborer, au lieu d'examiner le risque relatif par rapport au fait de fumer des cigarettes. Les études sur le risque relatif se concentrent sur la réduction des expositions. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de risque, mais souligne le point essentiel, que la priorité doit être placée sur la réduction des risques causés par le tabac et non sur son élimination.
5. Une personne qui a fumé pendant des décennies peut profiter d'une meilleure qualité de vie si elle arrête de fumer. Néanmoins, changer de type de consommation ou cesser complètement de fumer ne signifie pas nécessairement qu'elle ne souffrira pas un jour d'une maladie liée au tabac, en raison des dommages déjà causés.
6. Pour ce qui est des effets à long terme des produits de vapotage, de nombreuses personnes pratiquent le vapotage depuis plus de dix ans dans le monde entier, sans qu'il y ait de preuves d'effets néfastes qui soient directement et exclusivement liés au vapotage. Le fait que nous ne savons pas tout ne veut pas dire que nous ne savons rien.
7. Depuis notre dernier rapport, aucune nouvelle donnée n'est apparue pour remettre en cause les meilleures observations disponibles selon lesquelles l'utilisation de dispositifs de vapotage, de PTC et de snus est nettement plus sûre que le tabagisme.

Depuis notre dernier rapport, aucune nouvelle donnée n'est apparue pour remettre en cause les meilleures observations disponibles selon lesquelles l'utilisation de dispositifs de vapotage, de PTC et de snus est nettement plus sûre que le tabagisme.

Dans le contexte de la réduction des risques du tabac, que signifie « plus sûr » ?

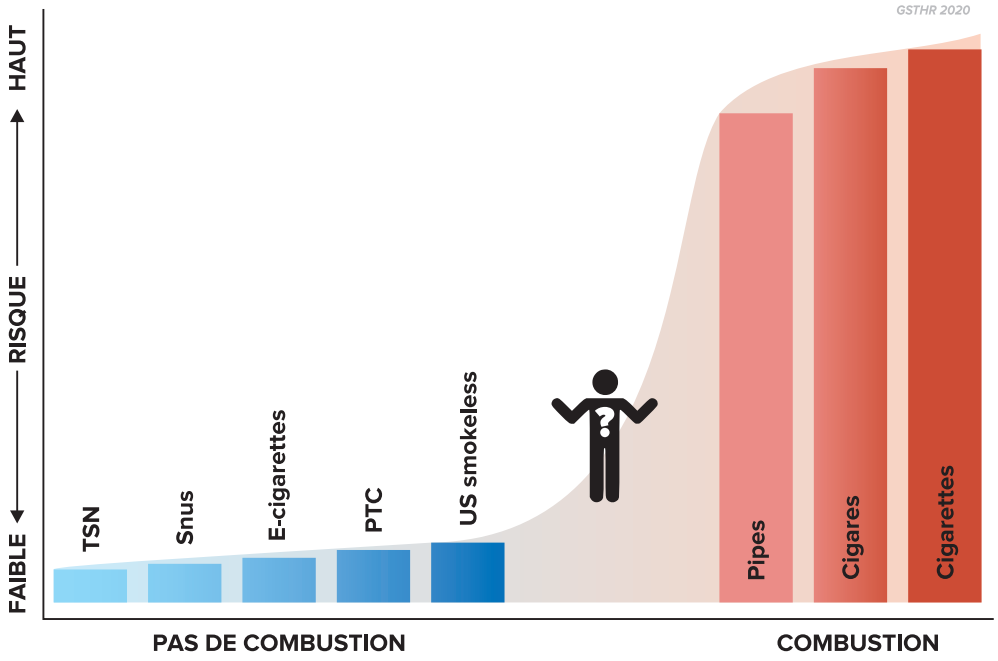
Lorsqu'un fumeur aspire sur une cigarette, la température à l'extrémité de celle-ci passe d'environ 700 degrés centigrades à 900 degrés, ce qui est suffisant pour faire fondre des métaux comme l'aluminium et le plomb, libérant ainsi quelque 7 000 composés détectés, dont 70 au moins sont cancérigènes. Le tabac est aussi brûlé dans les cigares, les cigarillos et les pipes. Ce sont ces toxines qui créent le goudron (une fois l'eau et la nicotine filtrées de la fumée), qui est l'un des principaux facteurs contribuant au cancer et à d'autres maladies cardiovasculaires et respiratoires. Aucune autre manière de consommer de la nicotine ne s'approche des dangers du tabac, comme le montre le graphique ci-dessous.

Aucune autre manière de consommer de la nicotine ne s'approche des dangers du tabac.

Image : Feng Yu sur Adobe Stock

« Le vapotage ne présente qu'une petite fraction du risque lié au tabagisme et le passage complet du tabagisme au vapotage [...] apporte des bénéfices considérables en matière de santé. » – Public Health England, 2020

Le continuum de risque pour les produits contenant de la nicotine



En ce qui concerne les dispositifs de vapotage et sur la base d'un examen complet des données, Public Health England (PHE) a confirmé dans son rapport 2020 sa conclusion antérieure selon laquelle :

> *« Le vapotage ne présente qu'une petite fraction du risque du tabagisme et le passage complet du tabagisme au vapotage apporte des bénéfices considérables en matière de santé par rapport à la poursuite du tabagisme. En l'état actuel des connaissances, déclarer que le vapotage est au moins 95% moins nocif que le tabagisme reste un moyen efficace de communiquer la grande différence de risque relatif afin d'encourager davantage de fumeurs à passer du tabagisme au vapotage. »* [78]

Avec les PTC, la situation est légèrement différente, car le tabac est présent et il est chauffé (à des températures variables selon l'appareil), mais jamais au-dessus de 350° C, et donc en dessous de la température de combustion des cigarettes. Il est essentiel de démontrer qu'aucune combustion ne se produit avec les PTC. Le fait que les dispositifs fonctionnent en l'absence d'oxygène en est la preuve. Une évaluation indépendante, réalisée pour le ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, a confirmé qu'aucune combustion n'a lieu dans le produit du tabac chauffé IQOS lorsqu'il est utilisé correctement. [79]

PHE et le comité britannique sur la toxicité, la cancérogénicité et la mutagénicité des produits chimiques dans les aliments, les produits de consommation et l'environnement ont examiné les données disponibles en 2017. 80 Le comité britannique sur la toxicité (COT) a mis en évidence des réductions importantes des niveaux de constituants nocifs et potentiellement nocifs (HPHC) dans l'aérosol de PTC par rapport à la fumée de cigarette et a déclaré que « les fumeurs conventionnels qui décident de consommer des produits de tabac chauffé au lieu de fumer des cigarettes verront certainement une réduction de leurs risques. » [81] Le COT a ajouté que

[78] McNeill, A. et al. (2020). *Vaping in England: 2020 evidence update summary* (Research and Analysis). Public Health England (PHE). https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-march-2020/vaping-in-england-2020-evidence-update-summary

[79] Ministry of Health v Philip Morris (New Zealand) Limited [2018] NZDC 4478. Available at http://www.districtcourts.govt.nz/assets/unsecure/2018-03-27/2018-NZDC-4478-MOH-v-Morris.pdf

[80] *Évaluation toxicologique de nouveaux produits du tabac sans combustion - résumé non technique* (2017). Comité britannique sur la toxicité. https://cot.food.gov.uk/sites/default/files/heat_not_burn_tobacco_summary.pdf

[81] *Déclaration sur les produits du tabac sans combustion* (2017). Comité britannique sur la toxicité https://cot.food.gov.uk/sites/default/files/heat_not_burn_tobacco_statement.pdf

« l'entourage constatera également une réduction des dommages lorsque les fumeurs passent aux produits du tabac chauffé sans combustion » [82]

La majorité de la littérature scientifique et clinique sur les PTC a été générée par l'industrie. Toutefois, le corpus de recherches indépendantes sur ces produits ne cesse d'augmenter. En 2018, PHE a examiné 20 études existantes (dont 12 étaient le produit de recherches faites par l'industrie du tabac) et a réitéré ces points sur la base des données disponibles et a confirmé le potentiel des PTC : « Par rapport à la cigarette, les produits du tabac chauffé sont susceptibles d'exposer les utilisateurs et les passants à des niveaux plus faibles de particules et de composés nocifs et potentiellement nocifs. L'ampleur de la réduction constatée varie selon les études.[...] Les données disponibles suggèrent que les produits de tabac chauffé sont considérablement moins nocifs que les cigarettes de tabac et plus nocifs que les e-cigarettes ». [83] Des études indépendantes de chimie analytique sur les PTC ont confirmé les résultats des fabricants, montrant que les produits de tabac chauffé génèrent des niveaux beaucoup plus faibles de composants nocifs que les cigarettes à base de tabac. [84,85,86] Un examen des études sur l'exposition quotidienne moyenne a démontré que le risque

En l'état actuel des connaissances, déclarer que le vapotage est au moins 95% moins nocif que le tabagisme reste un moyen efficace de communiquer la grande différence de risques relatifs, afin d'encourager davantage de fumeurs à passer du tabagisme au vapotage. » – Public Health England

Image : librakv sur Adobe Stock

[82] *Déclaration sur les produits du tabac sans combustion* (2017). Comité britannique sur la toxicité. https://cot.food.gov.uk/sites/default/files/heat_not_burn_tobacco_statement.pdf

[83] McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L & Robson D. (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England.* (p. 243). Public Health England. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf

[84] Bekki, K. et al. (2017). Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. *Journal of UOEH*, 39(3), 201–207. https://doi.org/10.7888/juoeh.39.201

[85] Li, X. et al. (2019). Chemical Analysis and Simulated Pyrolysis of Tobacco Heating System 2.2 Compared to Conventional Cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 21(1), 111–118. https://doi.org/10.1093/ntr/nty005

[86] Mallock, N. et al. (2018). Levels of selected analytes in the emissions of "heat not burn" tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Archives of Toxicology*, 92(6), 2145–2149. https://doi.org/10.1007/s00204-018-2215-y

de cancer lié aux PTC se situe entre 1% et 10% de celui des cigarettes. [87] Une analyse indépendante complète a examiné les données de 31 études, dont huit n'émanant pas de l'industrie, mais toutes évaluées par des pairs, et a conclu que les dispositifs délivraient jusqu'à 75% de toxines nocives en moins et que, dans l'ensemble, les PTC « exposent les utilisateurs et leur entourage à beaucoup moins de composés nocifs et potentiellement nocifs que les cigarettes ». [88]

Les données sur les produits sans fumée

Le tabac sans fumée américain[89]

Les risques sont tellement négligeables que même les grandes études épidémiologiques portant sur des centaines de milliers de consommateurs ne peuvent fournir de preuves indiscutables que le tabac sans fumée (TSF) cause une quelconque maladie.

Depuis près de trois décennies, nous savons que ceux qui évitent les cigarettes, les chiqueurs, les dippers et ceux qui consomment du snus, éliminent environ 98% des risques associés au tabagisme. [90] Les risques sont tellement négligeables que même les grandes études épidémiologiques portant sur des centaines de milliers de consommateurs ne peuvent fournir de preuves indiscutables que le tabac sans fumée (TSF) cause une quelconque maladie. [91] Avec des risques aussi minimes, il n'est pas possible de prouver qu'un certain type de dip, de chique ou de snus est plus sûr que l'autre [92].

Des décennies d'études scientifiques montrent que la consommation du TSF est beaucoup plus sûre que le tabagisme en ce qui concerne le cancer [93], les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux [94] et de nombreuses autres maladies. En 2002, un rapport du Royal College of Physicians a déclaré : « En tant que moyen de consommer de la nicotine, la consommation de tabac non combustible [sans fumée] est de l'ordre de 10 à 1 000 fois moins dangereuse que le tabagisme, selon le produit ». [95] En 2008, l'American Association of Public Health Physicians est devenue la première organisation médicale aux États-Unis à adopter officiellement une politique visant à « encourager les fumeurs en leur permettant de réduire leur risque de maladie et de décès liés au tabac grâce aux produits sans fumée moins dangereux ». [96]

L'étude sur la charge mondiale des maladies, des traumatismes et des facteurs de risque (Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factor, GBD) présente une évaluation complète de l'exposition aux facteurs de risque et de la charge de morbidité qui leur est imputable. Par exemple, l'étude de 2016 indique :

> *« Pour la première fois dans l'étude GBD, nous avons estimé l'exposition au tabac sans fumée et la charge de morbidité qui lui est imputable… Les estimations du RR [risque réduit] ont été dérivées d'études de cohortes prospectives et d'études de cas-témoins… Sur la base des données disponibles, pour le tabac à chiquer, les RR étaient significativement supérieurs à un pour le cancer de la bouche et le cancer de l'œsophage, tandis que pour le snus ou le tabac à priser, nous n'avons pas trouvé de preuves suffisantes d'un RR supérieur à un pour un quelconque effet sur la santé ».* [97]

---

87 Ed Stephens. (2018, June 16). *Modelling the effects of user exposure to harmful emissions across the spectrum of nicotine delivery*. Global Forum on Nicotine, Warsaw. https://gfn.net.co/downloads/2018/EdStephens.pdf

88 Simonavicius, E. et al. (2019). Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. *Tobacco Control*, 28(5), 582–594. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054419

89 Texte et références fournis par Brad Rodu, professeur de médecine à l'Université de Louisville, Kentucky.

90 Rodu, B. (2014). *For Smokers Only: How Smokeless Tobacco Can Save Your Life*. Sumner Books.

91 Fisher, M. T. et al. (2019). Smokeless tobacco mortality risks: an analysis of two contemporary nationally representative longitudinal mortality studies. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 27. https://doi.org/10.1186/s12954-019-0294-6

92 Rodu, B. (2016, July 20). Tobacco Truth: Is Snus Safer Than Dip or Chew? Health Effects of All Are Close to Zero. *Tobacco Truth*. https://rodutobaccotruth.blogspot.com/2016/07/is-snus-safer-than-dip-or-chewhealth.html

93 Rodu, B. (2009, August 13). Tobacco Truth: Cancer Risks from Smokeless Tobacco Use: Next To Nil. *Tobacco Truth*. https://rodutobaccotruth.blogspot.com/2009/08/cancer-risks-from-smokeless-tobacco-use.html

94 Rodu, B. (2009, August 19). Tobacco Truth: Heart Attack and Stroke Risks from Smokeless Tobacco Use: Next to Nil. *Tobacco Truth*. https://rodutobaccotruth.blogspot.com/2009/08/heart-attack-and-stroke-risks-from.html

95 Groupe consultatif sur le tabac du Royal College of Physicians of London (2002). *Protéger les fumeurs, sauver des vies : Les arguments en faveur d'une autorité de régulation du tabac et de la nicotine.* Royal College of Physicians.

96 Nitzkin JL, Rodu B. (2008). *The case for harm reduction for control of tobacco-related illness and death. Resolution and White Paper.* American Association of Public Health Physicians; Wayback Machine. https://web.archive.org/web/20100510170828/http://www.aaphp.org/special/joelstobac/20081026HarmReductionResolutionAsPassedI.pdf

97 Gakidou, E. et al. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345–1422. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8

Le snus

La consommation du snus en Suède constitue pour la RdRT une véritable preuve de la validité des PNRR dans le monde concret, ce qui pourrait aider de façon majeure les régions où des produits sans fumée plus dangereux sont maintenant culturellement bien ancrés. [98]

Image : uskarp2 sur Adobe Stock

La consommation de snus en Suède est supérieure au tabagisme, ce qui permet au pays de bénéficier du plus faible taux de mortalité lié au tabagisme en Europe et de la moitié du taux moyen de l'UE pour les maladies liées au tabagisme. Le faible taux de tabagisme signifie qu'il y a peu de maladies respiratoires liées à l'inhalation. De plus, les données épidémiologiques montrent que le snus n'est pas associé au diabète, aux cancers de la bouche et du pancréas, ou aux maladies cardiovasculaires. [99,100,101,102,103,104]

Dans son enquête de 2008, le Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux (CSRSEN) de l'UE a présenté plusieurs conclusions sur les effets du TSF et du snus sur la santé. Il a notamment déclaré que le remplacement complet du tabac par le TSF permettrait d'éviter la quasi-totalité des décès dus à des maladies respiratoires actuellement causés par le tabagisme et de réduire d'au moins 50% la mortalité cardiovasculaire due au tabagisme. Ils ont également conclu qu'il n'existait pas d'effet passerelle évident du snus à la cigarette chez les jeunes Suédois. [105]

Un comité scientifique de l'UE a déclaré que le remplacement complet du tabac par le TSF permettrait d'éviter la quasi-totalité des décès dus aux maladies respiratoires actuellement causées par le tabagisme.

[98] Si les femmes sont moins nombreuses que les hommes à fumer des cigarettes, dans certaines régions de l'Inde, par exemple, on observe des taux élevés de cancer de la tête et du cou chez les femmes à faible revenu qui utilisent des produits du tabac sans fumée.

[99] Carlsson, S. et al. (2017). Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *Journal of Internal Medicine*, 281(4), 398–406. https://doi.org/10.1111/joim.12592

[100] Rasouli, B. et al. (2017). Use of Swedish smokeless tobacco (snus) and the risk of Type 2 diabetes and latent autoimmune diabetes of adulthood (LADA). *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 34(4), 514–521. https://doi.org/10.1111/dme.13179

[101] Lee, P. N. (2011). Summary of the epidemiological evidence relating snus to health. *Regulatory Toxicology and Pharmacology: RTP*, 59(2), 197–214. https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2010.12.002

[102] Araghi, M. et al. (2017). Use of moist oral snuff (snus) and pancreatic cancer: Pooled analysis of nine prospective observational studies. *International Journal of Cancer*, 141(4), 687–693. https://doi.org/10.1002/ijc.30773

[103] Hansson, J. et al. (2009). Use of snus and risk for cardiovascular disease: results from the Swedish Twin Registry. *Journal of Internal Medicine*, 265(6), 717–724. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2009.02081.x

[104] Groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac (2010). *Rapport sur les bases scientifiques de la réglementation des produits du tabac* (n° 955). OMS. https://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/publications/tsr_955/en/

[105] *Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux. Effets sur la santé des produits du tabac sans combustion. Direction de la santé et de la protection des consommateurs, Commission européenne, 2008.* Available at ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf

Les lésions et décès dus aux maladies pulmonaires aux États-Unis : erreurs, mauvaise communication et désinformation[106]

Depuis notre rapport de 2018, un important problème de santé s'est fait jour, une épidémie de maladies pulmonaires graves et de décès aux États-Unis.

À partir de mars-avril 2019 environ, plusieurs cas de maladies pulmonaires (toux, essoufflement, difficultés respiratoires, fatigue et vomissements) sont apparus dans l'Illinois et le Wisconsin, avec une augmentation rapide des signalements en août et septembre dans tous les États-Unis. Le premier décès est survenu le 23 août 2019. En mars 2020, un peu moins de 3 000 personnes avaient été hospitalisées, avec environ 70 décès. Aucun autre décès n'a été confirmé en dehors des États-Unis.

Les premiers rapports officiels de santé publique ont appelé l'épidémie « e-cigarette or vaping product associated lung injury » ou EVALI (lésions pulmonaires liées à la E-cigarette ou aux produits de vapotage), ce qui a conduit de nombreuses personnes à penser que les produits de vapotage à la nicotine étaient responsables. Il est rapidement apparu qu'un nom plus approprié aurait été « vitamin E-related lung injury" ou VITERLI (lésions pulmonaires liées à la vitamine E), car la substance responsable des dommages était l'acétate de vitamine E. Cette substance à base d'huile n'a jamais été détectée dans les e-liquides à la nicotine ordinaires, qui sont à base d'eau.

Les personnes touchées par VITERLI inhalaient de l'huile de cannabis (THC) vaporisée à laquelle de l'acétate de vitamine E avait été ajouté pour donner l'apparence, en termes de texture et de couleur, d'une huile de haute qualité dans des cartouches de THC fabriquées illicitement. Certaines des personnes hospitalisées ont tout d'abord déclaré avoir fumé du liquide à la nicotine, mais les interrogatoires et les tests ultérieurs ont révélé une sous-déclaration importante de la marijuana, probablement due en partie au fait que l'usage est toujours illégal dans de nombreuses régions des États-Unis. [107] Leafly, un site internet sur le cannabis a reconstitué les causes de l'épidémie et a été le premier à exposer l'industrie de plusieurs milliards de dollars qui produit et vend de l'huile de THC illicite et de faux dispositifs de vapotage au THC, et les accessoires associés. [108,109,110]

En août 2019, un grossiste de Los Angeles a fait de la publicité pour du matériel de vape, des terpènes et des épaississeurs de diluant (« honey cut ») associés à VITERLI.
Crédit : David Downs Leafly

[106] See also O'Leary, R., & Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st century. *Drugs and Alcohol Today*, ahead-of-print(ahead-of-print). https://doi.org/10.1108/DAT-02-2020-0007

[107] Blount, B. C. et al. (2019). Vitamin E Acetate in Bronchoalveolar-Lavage Fluid Associated with EVALI. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 697–705. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1916433

[108] Downs, D. et al. (2019, September 24). Journey of a Tainted Vape Cartridge: from China's labs to your lungs. A Leafly Investigation. *Leafly*. https://www.leafly.com/news/politics/vape-pen-injury-supply-chain-investigation-leafly

[109] Downs, D. (2019, September 11). Vape Pen Lung Disease: Vitamin E Oil Explained. *Leafly*. https://www.leafly.com/news/health/vape-pen-lung-disease-vitamin-e-oil-explained

[110] Notez que les appareils produits pour vaper du e-liquide à la nicotine ne conviennent pas pour vaper du THC. La raison pour laquelle ces produits sont incompatibles est que les atomiseurs d'e-liquide sont conçus pour le mélange relativement fin d'e-liquide PG/VG, et que les atomiseurs d'huile de cannabis sont spécifiquement conçus pour vaporiser l'huile de THC ultra épaisse. Les bobines et les mèches de l'un ne supporteront pas la substance destinée à être utilisée dans l'autre.

Le Centre for Disease Control (CDC) et la chronologie de VITERLI[111]

Au grand étonnement de nombreux vapoteurs et professionnels de la RdRT, l'équipe chargée des lésions pulmonaires du CDC a été nommée en 2020 pour le prix « Service to America » pour sa réponse à l'épidémie. Par contraste, de nombreux détracteurs ont pensé que le CDC avait profité de son opposition existante au vapotage pour répandre la peur et la désinformation. Les reportages des médias aux États-Unis et dans le monde entier « ont contribué à des réactions excessives de la communauté de la santé publique à l'égard du vapotage de la nicotine ». [112] Cette désinformation s'est poursuivie même après que le CDC ait finalement révélé que c'était le vapotage du THC illicite qui était à l'origine des décès et des lésions.[113]

- Le **25 juillet**, le département des services de santé du Wisconsin envoie un mémo aux prestataires de soins de santé concernant une maladie pulmonaire grave chez des adolescents qui déclarent avoir vapoté et utilisé d'autres « drogues inhalées ». Les types de produits utilisés sont inconnus et les entretiens avec les patients sont en cours.
- Le **12 août**, le département de la santé publique de Californie lance une alerte selon laquelle « l'exposition commune rapportée chez ces patients est le vapotage de cannabis ou d'huiles de cannabidiol (CBD). Pour l'instant, aucune cause infectieuse n'a été identifiée. »
- Le **23 août**, Brian King, du bureau du CDC sur le tabagisme et la santé, déclare aux journalistes :

  « ...divers ingrédients nocifs ont été identifiés [dans les produits de vapotage à la nicotine], notamment des particules ultrafines, des métaux lourds comme le plomb et des produits chimiques cancérigènes. Et l'arôme utilisé dans les e-cigarettes pour leur donner un goût de beurre, le diacétyle, a été associé à des maladies respiratoires graves. Cela dit, nous n'avons pas pu spécifiquement lier l'un de ces ingrédients spécifiques aux cas actuels, mais nous savons que l'aérosol des e-cigarettes n'est pas inoffensif. »

  Par ailleurs, 193 cas de lésions pulmonaires aiguës et un décès ont été enregistrés. Dans tous les cas, des cartouches d'huile de THC illicite ont été identifiées comme le produit distinctif le plus probablement responsable.
- Le **28 août**, USA Today écrit : « Les gens vapotent du THC. Des lésions pulmonaires sont signalées dans tout le pays. Pourquoi le CDC reste-t-il silencieux ? »
- Le **5 septembre**, le New York Times relate que « l'État a précisé que le composé de vitamine E a été trouvé dans des produits à base de cannabis lors de tests, mais pas dans les produits à base de nicotine, une conclusion cohérente avec les rapports des médecins selon lesquels de nombreuses maladies sont associées à des personnes utilisant un dispositif de vapotage pour la marijuana. »
- Le **6 septembre**, malgré les preuves de plus en plus nombreuses de la véritable cause de l'épidémie, le CDC déclare au Washington Post qu'en ce qui concerne les tests cliniques, « nous ne savons pas ce que nous cherchons ».
- Le **4 octobre**, mise en garde provisoire de la FDA contre la vaporisation du THC.
- Le **25 octobre**, malgré 33 décès directement liés à l'inhalation de THC, le CDC déclare aux journalistes : « Nous recommandons de ne pas utiliser d'e-cigarettes ou de produits de vapotage contenant du THC. Et comme les composés ou ingrédients spécifiques à l'origine des lésions pulmonaires ne sont pas encore connus, la seule façon d'être sûr de ne pas courir de risque est de s'abstenir d'utiliser la e-cigarette ou tout autre produit de vapotage pendant que se poursuit notre enquête. »
- Le **8 novembre**, le New York Times relate que le CDC a finalement établi un lien entre les maladies et les décès et la vitamine E. Malgré tout, les allégations contre les produits de vapotage à la nicotine se poursuivent : « La nicotine n'a pas été disculpée... Certains patients disent avoir fumé uniquement de la nicotine, et les responsables de la santé de l'État considèrent que certains de ces rapports sont fiables. »
- Le **25 février**, le CDC annonce que « ... les adultes qui utilisent des e-cigarettes contenant de la nicotine, ou des produits de vapotage, comme alternative aux cigarettes ne doivent pas recommencer à fumer.... S'ils choisissent d'utiliser des e-cigarettes comme alternative aux cigarettes, ils doivent passer complètement des cigarettes aux e-cigarettes et ne pas s'engager dans une période prolongée de double usage des deux produits qui retarde l'arrêt complet du tabac... » [114]

[111] Jim McDonald. (2020, May 8). A Look Back at CDC's Award-Nominated "EVALI" Response. *Vaping360*. https://vaping360.com/vape-news/90032/a-look-back-at-cdcs-award-nominated-evali-response/

[112] Hall, W. et al. (2020). Lessons from the public health responses to the US outbreak of vaping-related lung injury. *Addiction (Abingdon, England)*. https://doi.org/10.1111/add.15108

[113] Gartner, C. et al. (2020). Miscommunication about the causes of the US outbreak of lung diseases in vapers by public health authorities and the media. *Drug and Alcohol Review*, 39(1), 3–6. https://doi.org/10.1111/dar.13024

[114] Bureau du CDC sur le tabagisme et la santé (25 février 2020). *Flambée de lésions pulmonaires associées à l'utilisation de produits de type e-cigarette ou vaping.* Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html

Dans un article pour Leafly, David Downs et ses collègues évaluent à 78% le marché américain du vapotage de THC qui échappe à toute réglementation ou contrôle. Ceci a été résolument confirmé lorsque les auteurs ont fait tester l'huile résiduelle d'une victime de VITERLI par SC Labs, un laboratoire californien accrédité spécialisé dans les tests de produits à base de cannabis. D'après le laboratoire, non seulement de la vitamine E a été détectée, mais également du plomb et des pesticides en « concentrations incroyables », pour citer le président de SC Labs, Josh Wurzer.

[Les résultats] n'ont pas empêché les activistes anti-RdRT, les agences fédérales et les politiciens américains de se servir de l'épidémie de VITERLI pour promouvoir leur cause et réclamer des interdictions.

De quelle manière précise la vitamine E cause-t-elle des dommages ? L'acétate de vitamine E augmente la fluidité du surfactant des poumons, entravant le transfert d'oxygène et déclenchant une réaction immunitaire progressive et grave. Certains rapports indiquent que les poumons d'une personne peuvent arrêter de fonctionner dès une semaine après l'exposition à de l'huile de THC fortement additionnée d'acétate de vitamine E.

« Lorsque vous inhalez cette substance huileuse, elle agit en quelque sorte comme un savon », expliquait Wurzer. « Quand elle pénètre dans vos poumons, elle désagrège toute la chimie qui se produit en surface des poumons et interfère sérieusement dans l'échange d'oxygène de la circulation sanguine. »

Dès le début, les autorités locales de santé publique ont identifié la cause principale du problème. Cela n'a pas empêché les activistes américains anti-RdRT, les agences fédérales et les politiciens de se servir de l'épidémie de VITERLI pour promouvoir leur cause et réclamer des interdictions. L'enseignement majeur à en tirer est qu'interdire des produits déjà en grande circulation facilite l'installation d'un marché criminel de produits non réglementés et potentiellement dangereux.

Existe-t-il des données qui prouvent que le vapotage augmente le risque de maladies pulmonaires et cardiaques ?

Les inquiétudes sanitaires concernant les produits de vapotage à la nicotine portent essentiellement sur les effets des dépôts des composants de la vapeur dans la bouche, les voies aériennes supérieures et les poumons, ainsi que sur les conséquences d'ensemble de l'inhalation de la vapeur sur les fonctions corporelles. [115] Ces composants comprennent la nicotine, le propylène glycol, la glycérine et les arômes.

La nicotine est une substance psychoactive, mais aux doses couramment utilisées, la consommation de nicotine à court terme n'entraîne pas de dommages cliniquement significatifs [116] et les effets indésirables à long terme sont probablement négligeables. [117,118]

Selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), la nicotine n'est pas un agent cancérigène [119] et un rapport du « Surgeon General des États-Unis » a conclu que la nicotine ne contribue pas aux maladies respiratoires. [120]

La fumée de tabac et la vapeur suivent le même parcours dans la bouche et les voies aériennes supérieures, puis dans le système gastro-intestinal, avant d'être excrétées. Le dépôt et l'absorption de substances cancérigènes dérivées de la fumée de tabac augmentent le risque de cancer pour différents organes, mais dans le cas de la vapeur,

[115] Polosa, R. et al. (2019). The effect of e-cigarette aerosol emissions on respiratory health: a narrative review. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 13(9), 899–915. https://doi.org/10.1080/17476348.2019.1649146

[116] Politique du RCP : santé publique et inégalités de santé (2016). *La nicotine sans fumée : la réduction des risques du tabac*. Royal College of Physicians. https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction, p. 58

[117] *Smoking: harm reduction* (Guidance No. PH45; Public Health Guideline). (2013). National Institute for Health and Care Excellence (NICE). https://www.nice.org.uk/Guidance/PH45

[118] Mayer, B. (2014). How much nicotine kills a human? Tracing back *the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century.* Archives of Toxicology, 88(1), 5–7. https://doi.org/10.1007/s00204-013-1127-0

[119] IARC. (2004). *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. World Health Organisation International Agency for Research on Cancer. https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Tobacco-Smoke-And-Involuntary-Smoking-2004

[120] Centre national pour la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé (États-Unis), Bureau sur le tabagisme et la santé (2014). *Les conséquences du tabagisme sur la santé - 50 ans de progrès : un rapport du médecin-chef.* Centres de contrôle et de prévention des maladies (États-Unis). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/

étant donné le très faible niveau de substances potentiellement cancérigènes, le risque relatif comme absolu est négligeable.

Une irritation des poumons induite par la vapeur et un risque accru d'impact respiratoire négatif peuvent se présenter chez les personnes hypersensibles à certains produits chimiques. Néanmoins, de nombreux fumeurs qui passent au vapotage signalent une amélioration de leur fonction pulmonaire. [121,122] Une étude menée par Jacob George et ses collègues a conclu que les consommateurs de produits de vapotage, en particulier les femmes, « présentent une amélioration significative de leur santé vasculaire dans le mois qui suit le passage [de la cigarette au vapotage] ». [123]

En ce qui concerne le propylène glycol dans les produits de vapotage, à part une éventuelle irritation mineure, il n'y a pas d'autres effets nocifs connus, et les études sur les animaux n'ont pas réussi à montrer des effets nocifs de l'inhalation de glycérine sur les poumons. On observe également une incidence plus faible des infections des voies respiratoires chez les fumeurs qui sont passés aux produits de vapotage. [124,125]

Une étude largement citée fait état d'une présence excessive de métaux dans la vapeur. [126] Mais les auteurs ont évalué l'exposition aux métaux dans la vapeur en termes de l'air total respiré quotidiennement, alors que les vapoteurs ne sont exposés que lorsqu'ils vapotent, ce qui représente généralement 150-200 bouffées de quatre à six secondes par jour, soit une exposition de 12-16 minutes par jour. [127]

Des inquiétudes ont été exprimées quant à la sécurité de certains ingrédients utilisés dans la création d'arômes. Il s'agit d'ingrédients standard de l'industrie destinés à être consommés par voie orale dans les aliments, mais qui peuvent être dangereux lorsqu'ils sont inhalés, notamment le diacétyle et l'acétyle propionyl, utilisés dans les arômes sucrés/beurrés alors qu'il existe d'autres composés plus sûrs produisant un arôme beurré. [128] Les médias ont beaucoup parlé d'une maladie connue sous le nom de « poumon pop-corn » (bronchiolite oblitérante) dont souffrent les employés des usines de pop-corn qui ont été exposés à des niveaux élevés de ce composé.

Les symptômes, tels que la toux, l'essoufflement et la respiration sifflante, peuvent être indissociables des effets d'un tabagisme à long terme chez un vapoteur ayant changé de produit, bien que les niveaux d'exposition soient inférieurs de plusieurs ordres de grandeur à ceux d'un environnement industriel. Cette affection respiratoire n'a jamais été signalée chez les vapoteurs. Malgré tout, les fabricants évitent désormais les arômes qui contiennent du diacétyle : il est désormais interdit dans l'UE. Les arômes de cannelle (qui ne peuvent être reproduits qu'avec du cinnamaldéhyde) ont fait l'objet d'un débat, mais les données montrent une fois encore qu'il s'agit principalement d'un problème de santé professionnelle dans les usines où de grandes quantités sont utilisées.

Lorsque le liquide est chauffé, d'autres composants chimiques présents dans les liquides de vapotage sont générés, notamment le formaldéhyde et l'acroléine, tandis que le dispositif et ses éléments peuvent également libérer des particules aérosolisées

[121] Polosa, R. et al. (2014). Effect of Smoking Abstinence and Reduction in Asthmatic Smokers Switching to Electronic Cigarettes: Evidence for Harm Reversal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 4965–4977. https://doi.org/10.3390/ijerph110504965

[122] Polosa, R. et al. (2018). Health effects in COPD smokers who switch to electronic cigarettes: a retrospective-prospective 3-year follow-up. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2533–2542. https://doi.org/10.2147/COPD.S161138

[123] George, J. et al. (2019). Cardiovascular Effects of Switching From Tobacco Cigarettes to Electronic Cigarettes. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(25), 3112–3120. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.09.067

[124] Polosa, R. et al. (2016). Evidence for harm reduction in COPD smokers who switch to electronic cigarettes. *Respiratory Research*, 17(1), 166. https://doi.org/10.1186/s12931-016-0481-x

[125] Miler, J. A., & Mayer, B. (2016). Changes in the Frequency of Airway Infections in Smokers Who Switched To Vaping: Results of an Online Survey. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 7. https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000290

[126] Olmedo Pablo et al. (n.d.). Metal Concentrations in e-Cigarette Liquid and Aerosol Samples: The Contribution of Metallic Coils. *Environmental Health Perspectives*, 126(2), 027010. https://doi.org/10.1289/EHP2175

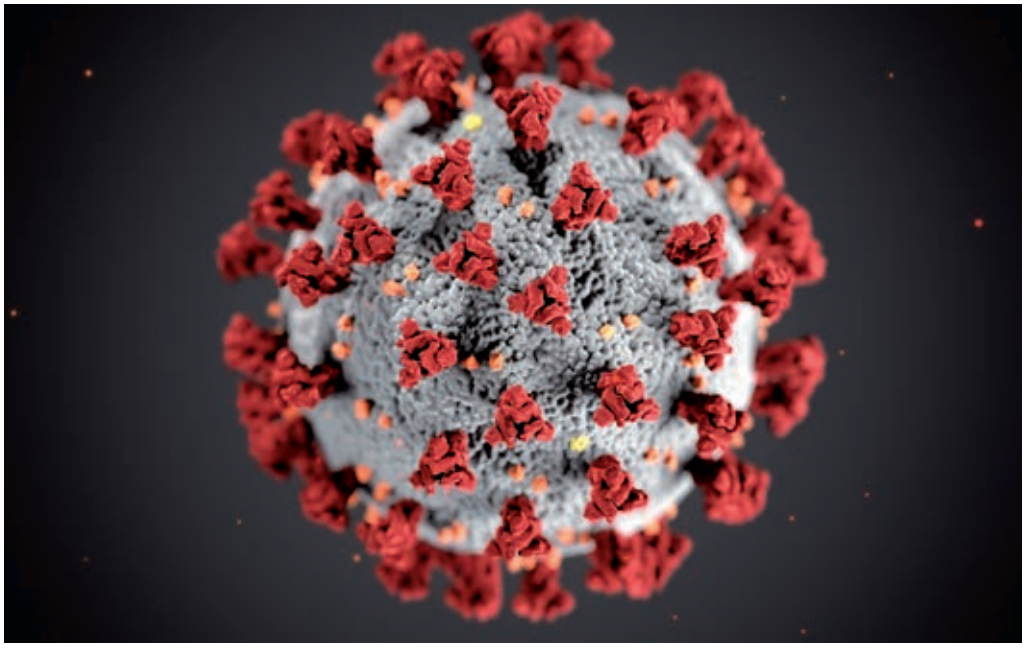
[127] Farsalinos, K. E., & Rodu, B. (2018). Metal emissions from e-cigarettes: a risk assessment analysis of a recently-published study. *Inhalation Toxicology*, 30(7–8), 321–326. https://doi.org/10.1080/08958378.2018.1523262

[128] Farsalinos, K. E. et al. (2015). Evaluation of Electronic Cigarette Liquids and Aerosol for the Presence of Selected Inhalation Toxins. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(2), 168–174. https://doi.org/10.1093/ntr/ntu176

de métal, de céramique et de caoutchouc lorsqu'ils sont chauffés. L'exposition est bien inférieure aux seuils de sécurité établis, mais elle pourrait être encore réduite par l'amélioration des normes de fabrication. [129]

Une étude réalisée en 2017 par le Dr William Stephens, du département des études sur la terre et l'environnement de l'université St Andrews en Écosse, a établi que le vapotage représente 0,4% du risque de cancer du tabagisme (réduction du risque de 99,6%). [130,131]

La nouvelle pandémie : nicotine, vapotage, tabagisme et la COVID-19



CDC sur Unsplash

Suivant de près la panique des lésions pulmonaires, les opposants à la RdRT n'ont pas hésité à lancer des avertissements associant le vapotage à des conséquences plus sérieuses ou à une susceptibilité accrue au COVID-19.

Certaines études ont montré une association entre le vapotage et l'inflammation pulmonaire, ce qui a conduit certaines personnes à avancer que les vapoteurs pourraient être plus sensibles à la COVID-19. Ces études étaient le résultat de l'exposition à la vapeur de cultures cellulaires ou de rats, ou de petits échantillons de fumeurs qui étaient invariablement d'anciens fumeurs ou des fumeurs actuels. Les études longitudinales examinant le vapotage en situation réelle n'ont pas reproduit les résultats des études de laboratoire concernant le vapotage et l'inflammation pulmonaire ou les infections pulmonaires. [132]

De plus, des recherches préliminaires suggèrent que la nicotine pourrait être un facteur de protection contre l'infection initiale par la COVID-19 et la progression de la maladie, ce qui signifie que les fumeurs sont moins susceptibles d'être testés positifs au COVID-19 [133] et moins susceptibles d'être admis à l'hôpital, mais aussi que s'ils sont

[129] Ward, A. et al. (2020). Electronic nicotine delivery system design and aerosol toxicants: A systematic review. *PLOS ONE*, 15, e0234189. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234189

[130] Stephens, W. E. (2018). Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke. *Tobacco Control*, 27(1), 10–17. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-053808

[131] Burstyn, I. (2014). Peering through the mist: systematic review of what the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks. *BMC Public Health*, 14(1), 18. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-18

[132] Polosa, R. et al. (2017). Health impact of E-cigarettes: A prospective 3.5-year study of regular daily users who have never smoked. *Scientific Reports*, 7. https://doi.org/10.1038/s41598-017-14043-2

[133] Lusignan, S. de et al. (2020). Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study. *The Lancet Infectious Diseases*, 0(0). https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30371-6

hospitalisés, ils ont un pronostic plus négatif. Une théorie s'en est suivie selon laquelle la nicotine pourrait être un facteur de protection, car la personne n'aurait alors plus accès à la nicotine. [134,135,136,137]

L'hypothèse de l'effet protecteur de la nicotine repose sur (1) la possibilité que l'interaction de la nicotine avec les récepteurs nicotiniques du cerveau puisse inhiber les protéines qui permettent au virus de se fixer aux cellules et (2) la possibilité que la nicotine puisse inhiber la réaction excessive du système immunitaire (la « tempête de cytokines ») qui, dans la plupart des cas, aboutit à une inflammation pulmonaire massive qui submerge et tue les patients les plus atteints.

À notre connaissance, il n'existe aucune donnée sur le statut de vapoteur dans les nombreuses études publiées sur les patients hospitalisés ou gravement malades atteints de la COVID-19. Il est fort probable que, dans le chaos de la pandémie, les médecins aient interrogé les patients sur leur statut tabagique (comme ils ont l'habitude de le faire, notamment dans le domaine des soins respiratoires), mais qu'ils n'aient pas posé de question spécifique au vapotage. Ce manque de données est problématique pour notre compréhension de toute interaction potentielle entre la susceptibilité et la progression de la COVID-19 et le statut de vapoteur. Il est aussi extrêmement difficile de dissocier les impacts sur la santé selon qu'ils sont liés au tabagisme passé ou au vapotage actuel. Le corps médical devrait être encouragé à demander à tous les patients atteints de COVID-19 leur statut de fumeur actuel et passé, ainsi que leur statut de vapoteur actuel et passé, afin d'obtenir un tableau aussi complet que possible, ce qui risque de prendre encore un temps considérable.

Les vapeurs secondaires n'ont rien à voir avec la fumée secondaire

Les dispositifs de vapotage émettent de la « vapeur », un aérosol semblable à une fine brume. Le consommateur absorbe environ 90 pour cent de la vapeur inhalée (86 pour cent de glycérol, 92 pour cent de propylène glycol, 94 pour cent de nicotine et 97 pour cent d'aldéhydes). [138,139]

La vapeur exhalée rejetée dans l'environnement est un aérosol extrêmement dilué dont la phase gazeuse est constituée de propylène glycol, de glycérol et de vapeur d'eau, avec des doses résiduelles de polluants (aldéhydes). Des études environnementales évoquent à tort la présence de « particules » fines et hyperfines nocives dans cet aérosol, suscitant ainsi des inquiétudes en les comparant aux particules en suspension de la pollution atmosphérique ou de la fumée de cigarette. [140]

Or, les « particules » de la vapeur expirée (et inhalée) sont des gouttelettes liquides dont la composition chimique est très proche de celle des e-liquides : propylène glycol, glycérine végétale, nicotine et eau. [141] Ces gouttelettes s'évaporent et se

[134] Clive Bates. (2020, June 1). The Unlikely Savior? Smoking, nicotine and COVID-19: What is going on? *Tobacco Reporter.* https://tobaccoreporter.com/2020/06/01/the-unlikely-savior/

[135] Joe Gitchell. (2020, June 14). *The Odd Case of Tobacco, Nicotine, and COVID-19*. ConscienHealth. https://conscienhealth.org/2020/06/the-odd-case-of-tobacco-nicotine-and-covid-19/

[136] Farsalinos, K. et al. (2020). Current smoking, former smoking, and adverse outcome among hospitalized COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis: *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. https://doi.org/10.1177/2040622320935765

[137] Une étude britannique récente portant sur plus de 8 millions de patients a cherché à savoir si certains médicaments utilisés dans le traitement des problèmes cardiaques pouvaient exposer les patients à un risque accru de contracter le COVID-19 et d'être ensuite admis en soins intensifs. Parmi toute une série de variables de risque étudiées, les auteurs ont conclu qu'il y avait une légère augmentation de ces deux risques chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé. L'association protectrice apparente était la plus forte chez les gros fumeurs et les fumeurs modérés, et la plus marquée sur le risque d'admission en soins intensifs qui était de 88 % inférieur chez les gros fumeurs par rapport aux non-fumeurs". Hippisley-Cox, J. et al. (2020). Risque de maladie COVID-19 sévère avec les inhibiteurs de l'ECA et les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine : étude de cohorte incluant 8,3 millions de personnes. Heart. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317393

[138] St Helen, G. et al. (2016). Nicotine delivery, retention and pharmacokinetics from various electronic cigarettes. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(3), 535–544. https://doi.org/10.1111/add.13183

[139] Samburova, V. et al. (2018). *Aldehydes in Exhaled Breath during E-Cigarette Vaping: Pilot Study Results*. 6, 1–14. https://doi.org/10.3390/toxics6030046

[140] For example, Glantz, S. A., & Bareham, D. W. (2018). E-Cigarettes: Use, Effects on Smoking, Risks, and Policy Implications. *Annual Review of Public Health*, 39, 215–235. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013757

[141] David, G. et al. (2020). Tracing the composition of single e-cigarette aerosol droplets in situ by laser-trapping and Raman scattering. *Scientific Reports*, 10(1), 7929. https://doi.org/10.1038/s41598-020-64886-5

dispersent en quelques secondes142,143 et n'ont aucun rapport avec les particules en suspension de la pollution atmosphérique ou de la fumée de cigarette (qui sont générées par les processus de combustion). Elles présentent un risque négligeable pour l'entourage. [144,145]

« À ce jour, aucun risque pour la santé de l'entourage n'a été identifié dans le vapotage passif. » – Public Health England

Image: romankosolapov on Adobe Stock

Cependant, il est compréhensible que les grands nuages de vapeur puissent inquiéter les personnes de l'entourage si elles les comparent à de la fumée de cigarette et se questionnent sur les conséquences possibles de leur propre inhalation. Les grands nuages de vapeur, par exemple, peuvent irriter la gorge dans les espaces clos, lorsque de nombreux vapoteurs utilisent des appareils à haute puissance (ce qui ne se produit pas avec les appareils à faible puissance ou lorsque seulement une ou deux personnes vapotent). La plupart des vapoteurs sont raisonnablement discrets dans leur consommation, adoptant le « vapotage furtif », en inhalant moins de vapeur et en la retenant.

Pour citer PHE : « À ce jour, aucun risque pour la santé de l'entourage n'a été identifié dans le vapotage passif » [146], un constat validé par d'autres études récentes. [147,148]

Les jeunes et le vapotage

Depuis notre dernier rapport, l'arrivée de JUUL sur le marché américain a été un autre sujet d'actualité remarqué sur le vapotage, avec des allégations exagérées d'une

142 Lampos, S. et al. (2019). Real-Time Assessment of E-Cigarettes and Conventional Cigarettes Emissions: Aerosol Size Distributions, Mass and Number Concentrations. *Toxics*, 7(3), 45. https://doi.org/10.3390/toxics7030045

143 Zhao, T. et al. (2017). Characteristics of secondhand electronic cigarette aerosols from active human use. *Aerosol Science and Technology*, 51(12), 1368–1376. https://doi.org/10.1080/02786826.2017.1355548

144 Scungio, M. et al. (2018). Measurements of electronic cigarette-generated particles for the evaluation of lung cancer risk of active and passive users. *Journal of Aerosol Science*, 115, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2017.10.006

145 Avino, P. et al. (2018). Second-hand aerosol from tobacco and electronic cigarettes: Evaluation of the smoker emission rates and doses and lung cancer risk of passive smokers and vapers. *Science of The Total Environment*, 642, 137–147. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.06.059

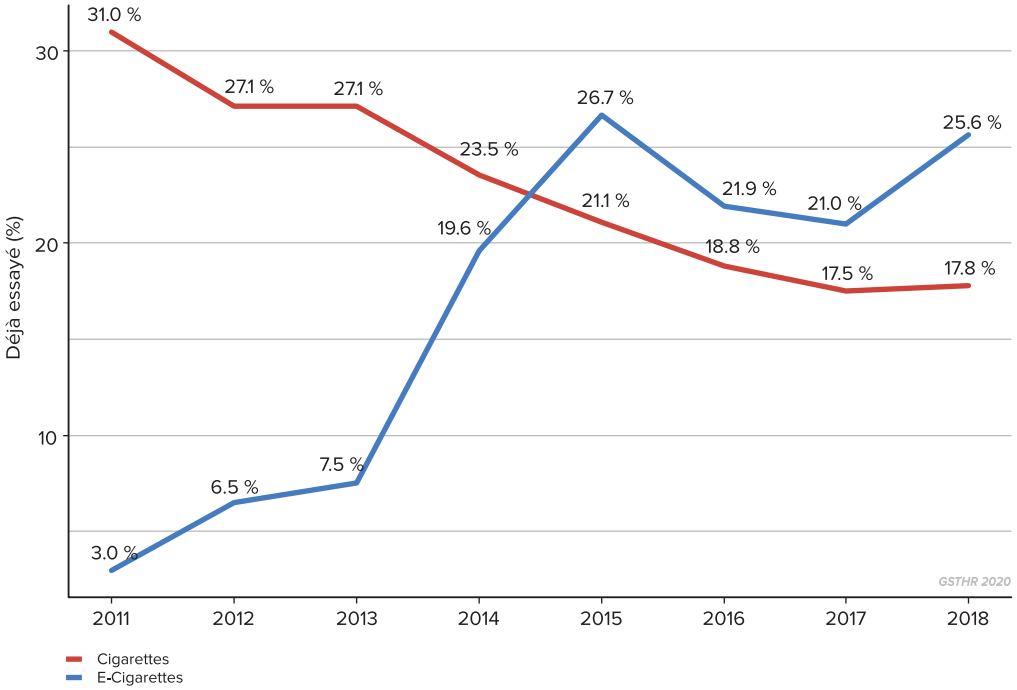
146 McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L & Robson D. (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England.* (p. 243). Public Health England. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf

147 Glasser, A. M. et al. (2017). Overview of Electronic Nicotine Delivery Systems: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2), e33–e66. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.036

148 Zwack, L. M. et al. (2017). *Evaluation of Chemical Exposures at a Vape Shop* (Health Hazard Evaluation Report 2015-0107-3279; p. 30). U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. https://www.cdc.gov/niosh/hhe/reports/pdfs/2015-0107-3279.pdf

« épidémie de vapotage » chez les adolescents qui ont provoqué l'interdiction de certains arômes aux États-Unis et ailleurs.

L'évolution de la prévalence des fumeurs et des vapoteurs chez les jeunes Américains



Source des données : Bureau sur le tabagisme et la santé (2018). Enquête nationale sur le tabagisme chez les jeunes (NYTS) 2018 [Ensemble de données]. Département de la santé et des services sociaux, Centres de contrôle et de prévention des maladies, Centre national de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé.. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/surveys/nyts/data/index.html

Depuis de nombreuses années, le tabagisme est en baisse aux États-Unis, y compris chez les jeunes. Lorsque les produits de vapotage sont apparus sur le marché, il était inévitable que certains jeunes veuillent les essayer. La FDA, la Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK) et d'autres organisations ont alors affirmé que le vapotage était une porte d'entrée vers le tabagisme, l'industrie tentant de compenser la baisse du nombre de jeunes fumeurs par la promotion de nouveaux produits. Pourtant, comme le montre le graphique, le tabagisme chez les jeunes a continué à diminuer, alors même que l'expérimentation des dispositifs de vapotage a augmenté. Les positions ont donc changé : maintenant, ces mêmes organisations affirment qu'il y a une « épidémie » de vapotage chez les jeunes qui se traduira en une future génération de « dépendants » à la nicotine. JUUL a effectivement suscité beaucoup d'intérêt chez certains jeunes lors de son lancement en 2018-19, quand la société elle-même a été accusée de commercialiser l'appareil auprès de jeunes adultes et de vendre des arômes qui semblaient cibler ce même public plus jeune.

Le public, les médias et les législateurs continuent d'être induits en erreur quant à la prévalence du vapotage chez les jeunes par la simple astuce consistant à amalgamer l'expression « avez-vous déjà utilisé », ce qui peut vouloir dire une seule fois ou très rarement, avec les termes « utilisez-vous ».

Cependant, une étude menée par Allison Glasser et ses collègues du College of Global Public Health de l'Université de New York (NYU) s'est penchée sur l'enquête nationale sur le tabagisme chez les jeunes menée auprès de 20 000 collégiens et lycéens en 2018, et a conclu que :

- plus de 80% des jeunes ne consomment aucun produit du tabac ;
- plus de 86% ne vapotent pas ;
- la plupart des jeunes vapoteurs sont d'actuels ou d'anciens fumeurs, et ils sont nombreux à vapoter aussi du THC ;
- si le vapotage chez les jeunes a augmenté, cette situation est liée à une consommation peu fréquente ;
- très peu d'étudiants qui vapotent n'avaient jamais fumé auparavant. [149,150]

La plupart des jeunes vapoteurs sont d'actuels ou d'anciens fumeurs, et ils sont nombreux à vapoter aussi du THC.

Image : Drobot Dean sur Adobe Stock

Les données de l'ASH britannique ont fait un constat similaire de consommation occasionnelle, avec peu de jeunes adolescents qui vapotent et encore moins qui n'ont jamais fumé auparavant. [151]

S'il existait des preuves de dommages cérébraux liés à la nicotine chez les jeunes, elles auraient été signalées par les nombreuses décennies de recherche sur le tabagisme.

D'un point de vue sanitaire, il est sans doute préférable que les jeunes ne vapotent pas, mais si les jeunes consomment de la nicotine, il vaut mieux qu'ils vapotent plutôt que de fumer du tabac. Les chercheurs de l'université de New York ont également découvert que plus de 40% des étudiants qui vapotent fument aussi du cannabis. Cette recherche et d'autres études mettent en évidence ce que l'on appelle des « facteurs de risque partagés » qui associent le vapotage, le tabagisme et la consommation de cannabis chez les jeunes. [152,153,154]

Certains observateurs ont affirmé que la nicotine a un effet délétère sur le cerveau des adolescents, causant des dommages à long terme jusqu'ici passés inaperçus, réduisant les résultats aux examens et limitant les chances de réussite dans la vie. S'il existait des preuves de dommages cérébraux liés à la nicotine chez les jeunes, elles auraient été signalées par les nombreuses décennies de recherche sur le tabagisme. [155]

---

149 Glasser, A. M. et al. (2020). Youth Vaping and Tobacco Use in Context in the United States: Results from the 2018 National Youth Tobacco Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa010

150 Pour des informations plus détaillées sur le vapotage chez les adolescents américains, y compris l'augmentation significative mais largement ignorée du nombre d'adolescents qui fument du THC, contrastant avec la chute spectaculaire du tabagisme chez les adolescents, rendez-vous sur le site (en anglais) :
Rodu, B. (2020, January 10). Tobacco Truth: 2019 NYTS Data Reveals Teen Vaping Up, Smoking Eradication Within Reach. *Tobacco Truth*. https://rodutobaccotruth.blogspot.com/2020/01/2019-nyts-data-reveals-teen-vaping-up.html
Historical NYTS Data and Documentation | CDC. (2019, December 17). https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/surveys/nyts/data/index.html
Siegel, M. (2020, January 26). The Rest of the Story: Tobacco and Alcohol News Analysis and Commentary: CDC is Concealing and Suppressing Information on Youth Marijuana Vaping to Over-hype Harms of E-Cigarettes. *The Rest of the Story.* https://tobaccoanalysis.blogspot.com/2020/01/cdc-is-concealing-and-suppressing.html

151 Utilisation des e-cigarettes chez les jeunes en Grande-Bretagne, 2019 (18 juin 2019). *Action sur le tabagisme et la santé*. https://ash.org.uk/information-and-resources/fact-sheets/statistical/use-of-e-cigarettes-among-young-people-in-great-britain-2019/

152 Levy, D. T. et al. (2019). Examining the relationship of vaping to smoking initiation among US youth and young adults: a reality check. *Tobacco Control*, 28(6), 629–635. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054446

153 Kim, S., & Selya, A. S. (2020). The Relationship Between Electronic Cigarette Use and Conventional Cigarette Smoking Is Largely Attributable to Shared Risk Factors. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(7), 1123–1130. https://doi.org/10.1093/ntr/ntz157

154 Interestingly, the CDC's *Youth Risk Behaviour Survey* for 2017 showed past-30-day cannabis use by high school students at 19.8 per cent, nearly the same as vaping among the same group but with none of the same moral panic. *YRBSS | Youth Risk Behavior Surveillance System | Data | Adolescent and School Health | CDC*. (2020, August 20). https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm

155 Certaines assertions découlent d'études sur les rongeurs, qui sont généralement un très mauvais indicateur des risques sanitaires réels pour les humains. Buck, S. (8 avril 2016). *Pourquoi les journalistes devraient cesser de publier les études menées avec des souris*. Fondation Arnold. https://www.arnoldventures.org/stories/stop-publishing-mouse-studies/

Les options de sevrage tabagique

De nombreuses personnes arrêtent de fumer sans avoir recours à une aide professionnelle ou à des produits médicaux. D'autres associent diverses interventions pour tenter de mettre fin à leur habitude de fumer. La disponibilité et l'accès à ces interventions varient énormément selon les pays, les systèmes de santé nationaux et le statut socio-économique des individus.

Les traitements de substitution de la nicotine (TSN)

Les TSN ont fait leur apparition aux États-Unis en 1984, et au fil du temps divers produits sont apparus sur le marché : les patchs, les chewing-gums, les sprays et les inhalateurs. Les TSN figurent sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Le principe de ces produits est qu'ils remplacent la nicotine, pendant que le fumeur participe éventuellement à un programme d'accompagnement ou une aide comportementale à l'arrêt de la cigarette. [156] L'utilisation de plusieurs TSN associés à des conseils dans le cadre d'un service de sevrage du tabac a été prouvée plus efficace que le simple achat de TSN en pharmacie sans autre soutien. Les produits de TSN sont fabriqués par l'industrie pharmaceutique, les principaux acteurs étant Pfizer, Novartis, Cipla, Johnson and Johnson et GlaxoSmithKline..

Image : Aintschie sur Adobe Stock

Image : RFBSIP sur Adobe Stock

[156] Les services d'aide au sevrage tabagique en Angleterre ont été touchés par des réductions importantes du financement de la santé publique. Les services proposés varient dans le pays, mais beaucoup sont adaptés à la vape. De nombreux moyens d'avancer (14 janvier 2020). *Action on Smoking and Health.* https://ash.org.uk/information-and-resources/reports-submissions/reports/many-ways-forward/

Les produits pharmaceutiques

Les deux principales options pharmaco-thérapeutiques sont la varénicline (commercialisée sous les noms de Champix et Chantix) et le bupropion (commercialisé sous les noms de Zyban et Wellbutrin). Contrairement aux TSN, ces médicaments visent à supprimer l'envie de nicotine. Le Champix agit en interférant avec les récepteurs de la nicotine dans le cerveau, empêchant ainsi la sensation de plaisir et éliminant les symptômes de manque de nicotine. Le Zyban, initialement utilisé pour traiter la dépression chez les patients, agit également sur le cerveau, en diminuant la quantité des substances chimiques responsables de l'état de manque et de ses symptômes. Comme tous les médicaments, ces deux produits sont associés à une série d'effets secondaires potentiels et à des contre-indications.

Image : New Africa sur Adobe Stock

Il existe des tas de manières d'arrêter de fumer et les gens associent souvent différentes aides et interventions. Mais pour beaucoup, ces options ne fonctionnent pas ou en tout cas pas dans la durée. Pour la plupart, la raison principale est que les TSN et les médicaments ne reproduisent pas l'expérience du tabac et qu'ils « médicalisent » le tabagisme, ce que de nombreux fumeurs jugent inacceptable. Les fumeurs ne se considèrent pas comme nécessairement « malades » du simple fait qu'ils fument.

Dans l'ensemble, les taux de rechute du tabagisme restent élevés. Comme le soulignent O'Leary et Polosa, la rechute est la norme, même pour ceux qui réussissent à arrêter de fumer. Dans le cas des tentatives de sevrage sans soutien, 80% rechutent au cours du premier mois et, pour les fumeurs sous traitement, 75% échouent dans les six mois, la grande majorité d'entre eux recommençant à fumer dans les deux semaines. Les mêmes taux élevés de rechute sont observés chez les femmes enceintes et après l'accouchement, ainsi que chez les hommes et les femmes qui sortent de l'hôpital. Même un arrêt réussi d'un an ne garantit pas l'abstinence, car 30 à 40% des anciens fumeurs finissent par rechuter. « Par conséquent, il y a un besoin pressant de moyens alternatifs et plus efficaces pour réduire ou prévenir les dommages chez ceux qui recommencent à fumer ». [157]

Comme l'a indiqué un rapport de l'ASH/Cancer UK, les financements des programmes de sevrage du tabac au Royaume-Uni sont menacés, [158] mais ils reçoivent aussi moins de personnes depuis l'arrivée des dispositifs de vapotage. Cela suggère que le vapotage est une rampe de sortie plus facile à emprunter pour se sevrer du tabac que

[157] O'Leary, R., & Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st century. *Drugs and Alcohol Today, ahead-of-print*(ahead-of-print). https://doi.org/10.1108/DAT-02-2020-0007

[158] *Un paysage en évolution : services d'arrêt du tabac et lutte antitabac en Angleterre* (2019). Cancer Research UK et Action on Smoking and Health (ASH). (ASH). http://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/2019-LA-Survey-Report.pdf

les autres méthodes, dont l'objectif est uniquement l'arrêt du tabac. Alors, comment se comparent les TSN et le vapotage lorsqu'ils sont tous deux utilisés en conjonction avec un soutien comportemental dans un programme de sevrage du tabac ?

Peter Hajek et ses collègues ont réalisé une étude dans le cadre de laquelle près de 900 fumeurs désireux d'arrêter de fumer se sont vus proposer de manière aléatoire un TSN ou un dispositif de vapotage, chaque fois avec un soutien. L'essai s'est déroulé de 2015 à 2018 avec un suivi d'un an. 159 Ils ont constaté que :

> *« Les fumeurs utilisant des e-cigarettes ont moins souffert du manque lié au sevrage de la cigarette au début de l'étude et ont présenté des taux de sevrage plus élevés à tous les moments dans le temps. Au bout d'un an, 10% des participants du groupe TSN s'étaient abstenus pendant toute l'année, contre 18% dans le groupe e-cigarette. Pour ce qui est de l'abstinence pendant au moins 6 mois, les chiffres étaient de 12% dans le groupe TSN et de 21% dans le groupe e-cigarette. Il est intéressant de noter que la toux et la production de mucosités ont davantage diminué chez les personnes qui ont arrêté de fumer avec les e-cigarettes que chez celles qui ont arrêté de fumer avec les TSN. Ces résultats corroborent des rapports antérieurs selon lesquels un ingrédient des e-cigarettes (le propylène glycol) pourrait protéger les fumeurs des infections par voie aérienne. Les paquets de démarrages pour e-cigarettes coûtent beaucoup moins cher que les traitements de substitution, donc si les programmes de sevrage du tabac (SSS-stop smoking services) les fournissaient, leur utilisation pourrait accroître les taux de réussite et réduire les coûts des programmes de sevrage. »*

« Les fumeurs utilisant des e-cigarettes souffrent moins du manque lié au sevrage de la cigarette au début et présentent des taux de sevrage plus élevés à tous les moments dans le temps.

Les pays à revenus faibles ou moyens

Comme nous l'avons déjà mentionné, ce sont les PRFM qui sont les plus touchés par l'épidémie de tabagisme. Les fumeurs de ces pays seraient mieux servis si les professionnels de santé pouvaient en toute confiance recommander les PNRR à ceux qui veulent arrêter de fumer. Malheureusement, certains chercheurs et ONG, souvent originaires de pays à revenu élevé, colportent des informations erronées sur les dangers des PNRR et déconseillent aux médecins d'encourager ces options. [160]

Image : Smith Metha sur Unsplash

[159] Hajek, P. et al. (2019). E-cigarettes compared with nicotine replacement therapy within the UK Stop Smoking Services: the TEC RCT. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 23(43), 1–82. https://doi.org/10.3310/hta23430. For other studies concluding that vaping aids smoking cessation, *see also*; Brown, J. et al. (2014). Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. *Addiction*, 109(9), 1531–1540. https://doi.org/10.1111/add.12623; Jackson, S. E. et al. (2019). Moderators of real-world effectiveness of smoking cessation aids: a population study. *Addiction*, 114(9), 1627–1638. https://doi.org/10.1111/add.14656; Walker, N. et al. (2020). Nicotine patches used in combination with e-cigarettes (with and without nicotine) for smoking cessation: a pragmatic, randomised trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(1), 54–64. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30269-3.

[160] Novotny, T. E., & Schalkwyk, M. C. I. van. (2020). How Should Physicians in Low- and Middle-Income Countries Regard Electronic Nicotine Delivery Systems to Facilitate Smoking Cessation? *AMA Journal of Ethics*, 22(2), 82–92. https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.82.

Les médecins des PRFM sont donc encouragés à s'en tenir aux médicaments de sevrage approuvés alors que les systèmes de santé de bon nombre de ces pays n'ont pas les moyens de les acheter. Smitha Sarma et ses collègues ont mené une enquête au Kerala, en Inde, et ont constaté que les médicaments de sevrage tabagique n'étaient pas disponibles dans les hôpitaux publics, et ce même dans les services offrant un support au sevrage. Ils n'étaient que partiellement disponibles dans les pharmacies privées et semi-privées, ce qui fait que les personnes les plus pauvres ayant des problèmes plus aigus n'y avaient pas accès. 161 Comme la majorité des consommateurs de tabac en Inde ne fument pas des cigarettes industrielles mais des variétés locales, y compris des produits sans fumée, on peut imaginer que la disponibilité immédiate de produits sans fumée de type snus à un prix abordable pourrait avoir un énorme impact positif en matière de santé, non seulement en Inde, mais aussi dans d'autres pays de la région ayant des profils semblables de consommation de tabac.

L'arrêt du tabac avec les PNRR pendant la grossesse

Les méfaits du tabagisme pendant la grossesse sont nombreux : insuffisance pondérale à la naissance, l'accouchement prématuré, risque accru de malformations, de maladies respiratoires et de cancers infantiles, etc. C'est la fumée de cigarette qui engendre tous ces risques, il est donc raisonnable de supposer que les produits sans fumée en comportent moins. L'étude la plus récente sur cette question a été réalisée par Glover et Phillips, 162 qui ont examiné les données sur l'évolution des grossesses et les produits du tabac sans fumée.

On a procédé à une première sélection de 500 études, dont 21 seulement ont été retenues. Sur les 21 études examinées, 12 portaient sur l'utilisation de thérapies de substitution de la nicotine, sept sur le snus suédois, une sur l'iq'mik d'Alaska, [163] et une sur les produits de vapotage.

Image : Heather Mount sur Unsplash

[161] Sarma Smitha et al. (2017). Availability, Sales, and Affordability of Tobacco Cessation Medicines in Kerala, India. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(11), e004108. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004108

[162] Glover, M., & Phillips, C. V. (2020). Potential effects of using non-combustible tobacco and nicotine products during pregnancy: a systematic review. *Harm Reduction Journal*, 17. https://doi.org/10.1186/s12954-020-00359-2

[163] L'Iq'mik ou blackbull est un produit sans fumée fabriqué à partir d'un mélange de tabac et de cendres du champignon Phellinus igniarius, également connues sous le nom de cendres de punk. Il est populaire parmi les membres des Premières nations d'Alaska qui pensent que ce produit est plus sain que le tabac à tremper de style américain. Ils ont peut-être raison, car un champignon apparenté, *Phellinus Linteus*, est réputé pour procurer plusieurs bienfaits pour la santé. Wong, C. (28 avril 2020). *Les avantages pour la santé et les utilisations de Phellinus Linteus*. Verywell Health https://www.verywellhealth.com/the-benefits-of-phellinus-linteus-88684

Les auteurs estiment qu'il n'est pas possible de donner aux femmes enceintes des conseils définitifs en matière de sécurité, si ce n'est pour dire que les produits sans fumée à base de nicotine auront certainement moins d'effets sur l'évolution de la grossesse que le tabagisme. Ils concluent également que si une femme enceinte devait de toute façon fumer, rien ne justifie de lui refuser l'accès aux produits sans fumée.

Ces conclusions sont semblables à celles du Royal College des sages-femmes du Royaume-Uni, dont la déclaration de principe sur l'aide au sevrage tabagique pendant la grossesse stipule :

- *« Les e-cigarettes contiennent certaines toxines, mais à des niveaux bien plus faibles que ceux trouvés dans la fumée de tabac. Si une femme enceinte qui fume choisit d'utiliser une e-cigarette (vapoter) et que cela l'aide à arrêter de fumer et à rester non-fumeuse, elle doit être soutenue dans cette démarche. »*
- *« Si une femme est passée complètement au vapotage et ne fume plus du tout, elle doit être considérée comme non-fumeuse ».*
- *« Sur la base des preuves disponibles sur la sécurité de l'e-cigarette, il n'existe aucune raison de penser que l'utilisation d'une e-cigarette a un quelconque effet négatif sur l'allaitement. Le „vapotage" doit être poursuivi s'il aide à arrêter de fumer et à rester non-fumeuse ».* [164]

Nicotine et dépendance

Depuis le dernier rapport, l'accent mis sur la dépendance à la nicotine comme principal risque pour les jeunes a gagné du terrain.

L'illustration est un collage de journaux américains datant d'avant la Seconde Guerre mondiale. Elle montre qu'entre les mains d'un « toxicomane » surnaturel, des drogues comme la cocaïne et l'héroïne deviennent des vecteurs de maladie, infectant les jeunes avec le virus de la dépendance et pour finir détruisent leur vie.

Silver, G., & Aldrich, M. R. (1979). *The Dope Chronicles*, 1850-1950 (1ère édition). Harper & Row

[164] *Soutien à l'arrêt du tabac pendant la grossesse* (2019). Le Collège royal des sages-femmes. https://www.rcm.org.uk/publications/position-statements/support-to-quit-smoking-in-pregnancy/

La dépendance aux drogues comme la cocaïne et l'héroïne peut détruire des vies et le fait souvent. Mais cela ne s'applique pas à la nicotine. Oui, des vies peuvent être détruites par le tabagisme et les maladies et les décès qu'il provoque, mais comme des millions de consommateurs de PNRR dans le monde pourraient en témoigner, les vies ne sont pas détruites par la nicotine, ni physiquement, ni mentalement.

La signification de la dépendance

La dépendance est un concept mal défini qui a été appliqué à de nombreuses substances et activités : toute la gamme des drogues psychoactives, légales et illégales, les jeux d'argent, le shopping, le sexe, l'alimentation ou les jeux informatiques.

Lorsqu'elles sont jugées incontrôlables et ayant des répercussions négatives sur d'autres domaines de la vie, les dépendances sont alors considérées par la profession médicale comme des troubles psychiatriques. Toutefois, du point de vue du bon sens et de la réalité, il existe une nette différence entre s'injecter de l'héroïne et acheter un nombre démesuré de paires de chaussures.

Dans le cas de la nicotine, d'un point de vue neurobiologique, il s'agit d'une drogue légèrement stimulante qui se lie aux récepteurs analogues dans le cerveau comme une clé s'insère dans une serrure. Une fois verrouillée, la nicotine stimule la libération de la dopamine, un neurotransmetteur essentiel aux effets de récompense et de renforcement qui caractérisent l'expérience de la drogue.

En d'autres termes, la dopamine pourrait être appelée « la substance chimique du plaisir ». Elle est responsable non seulement du plaisir que les gens retirent de l'ivresse, [165] mais aussi de la gratification sexuelle et de la satisfaction de manger, sans lesquelles les humains disparaîtraient.

L'influence des sens et de l'environnement

Cependant, comme l'a souligné le rapport du Royal College of Physicians, les récompenses et le renforcement du tabagisme ne sont pas uniquement liés à l'interaction spécifique entre la drogue et le cerveau, même si, bien entendu, le cerveau a un rôle à jouer dans toutes nos expériences sensorielles :

> *« L'association continue du couple récompense/renforcement avec des stimuli spécifiques, sensoriels et environnementaux (qui, par exemple, peuvent inclure*

Image : Anna Spoljar sur Unsplash

[165] See Ronald K. Siegel Ph.D. (2005). *Intoxication: The Universal Drive for Mind-Altering Substances* (3 edition). Park Street Press. The author details how not only humans throughout history, but also animals seek to alter their state of consciousness.

> *l'odeur du tabac ou la vue d'un paquet de cigarettes) fait que ces stimuli acquièrent également des propriétés de renforcement. »* [166]

Cela peut aussi inclure certains rituels, comme la première cigarette du matin, ou le fait de toujours fumer avec une boisson ou un repas.

Différentes interprétations de la dépendance

De ce point de vue, la nicotine crée une « dépendance ». Les gens disent avoir envie de fumer, ressentir des « symptômes de manque », se sentir agités et irritables et avoir du mal à se concentrer s'ils n'ont plus de cigarettes.

Fortement influencée par les milieux de la psychiatrie et de la réinsertion, la société considère la dépendance comme une maladie où le cerveau est « pris en otage ».

Pourtant, la « dépendance » à la nicotine est loin de correspondre aux critères de dépendance définis dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie, cinquième édition (2013), le texte de référence sur les noms, les symptômes et les caractéristiques diagnostiques des maladies mentales reconnues. Les caractéristiques de la dépendance mentionnées dans le manuel sont les suivantes : consommer la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu, passer beaucoup de temps à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de sa consommation, ne pas faire ce que l'on devrait au travail, à la maison ou à l'école à cause de la consommation de la substance, continuer à consommer, même si cela cause des problèmes relationnels, abandonner des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes à cause de la consommation de la substance et avoir besoin d'une plus grande quantité de la substance pour obtenir l'effet désiré.

Aucun de ces éléments ne s'applique à la consommation de nicotine sur une base régulière et à long terme. En fait, les gens utilisent la nicotine pour s'aider dans leurs activités quotidiennes, comme se concentrer sur leur travail. Certaines données affirment que la nicotine pourrait avoir un rôle important à jouer dans les problèmes de démence. [167]

La « dépendance » à la nicotine est loin de correspondre aux critères de dépendance définis dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie.

Dans l'esprit du public, le mot « dépendance » évoque une vie de chaos et de ruine, où la drogue devient dévorante, où la famille et les amis, l'école, l'université ou le travail, tout dans la vie de la personne, passe au second plan derrière l'obtention de la prochaine dose qui, dans le cas des drogues illégales, peut aussi impliquer une activité criminelle.

Mais ce tableau de misère et de désespoir s'applique-t-il à la personne qui est « dépendante » de la nicotine ? En effet, comme le confirme la littérature clinique, si la consommation de nicotine n'a pas d'effets significatifs à court ou à long terme, et si vous retirez les cigarettes de l'équation en changeant le système d'administration de la nicotine, la question quelque peu hérétique devient : où est le problème de la « dépendance » à la nicotine ? Dans ce contexte spécifique, devrions-nous même parler de « dépendance » ? En l'absence de dommages cliniques ou sociétaux graves, ne s'agit-il pas simplement d'une habitude agréable ? Dans ce cas, le concept de « dépendance » ne devient-il pas une construction morale ou idéologique plutôt qu'une construction basée sur la santé publique ? [168,169,170]

---

[166] RCP policy: public health and health inequality. (2016). *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction*. Royal College of Physicians. https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction

[167] Il est intéressant de noter que des chercheurs de l'université de Liverpool ont conclu que ce type de catégorisation des problèmes de santé mentale est fondamentalement dénué de sens dans de nombreuses situations réelles où les conditions peuvent se chevaucher et où toute détresse humaine ne peut pas être étiquetée commodément comme un « trouble ». Anderer, J. (2019, July 9). Study: Psychiatric Diagnoses Are 'Scientifically Meaningless' In Treating Mental Health. *Study Finds*. https://www.studyfinds.org/study-psychiatric-diagnoses-are-scientifically-meaningless/

[168] À titre d'aparté intéressant, il semble que la nicotine puisse créer une plus grande « dépendance » lorsqu'elle est fumée dans des cigarettes, en raison de la présence dans la fumée d'autres additifs qui facilitent la diffusion et l'absorption de la nicotine, notamment des inhibiteurs de la MAO, des sucres et des polysaccharides. Politique du RCP : santé publique et inégalités en matière de santé (2016). *La nicotine sans la fumée : la réduction des risques du tabac*. Royal College of Physicians. https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction, p.61

[169] Certains cliniciens préfèrent le terme « dépendance » à celui d'« addiction » et soutiennent que le « plaisir » de la nicotine n'est qu'une manifestation de la dépendance, ce qui maintient l'utilisation régulière de la nicotine dans un contexte médical.

[170] Il a aussi été avancé que le fait de recadrer le tabagisme comme une « addiction » plutôt qu'une « habitude » a ouvert la voie à la « médicalisation » du tabagisme et à un problème de santé publique en plein essor et extrêmement rentable pour l'industrie pharmaceutique.

Image : Photos Hobby sur Unsplash

Mais pour les nombreuses personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas abandonner leur consommation de nicotine, il est préjudiciable de laisser la culpabilité et la honte de la « dépendance » à la nicotine inhiber les tentatives d'arrêt ou de passage aux PNRR.

Il s'agit d'un point capital : dans de nombreux pays où les PNRR sont disponibles, la loi exige que les mises en garde sur la dépendance soient bien visibles sur les emballages. Mais s'agit-il vraiment d'un problème clinique sérieux ? Ou s'agit-il plutôt d'une tentative de culpabiliser les personnes qui consomment de la nicotine ? Les fumeurs invoquent souvent la culpabilité et la honte d'être « dépendants »de la nicotine comme motivation pour essayer d'arrêter. Les personnes qui disent vouloir arrêter de fumer rejettent parfois le passage aux PNRR, car elles considèrent comme un échec de continuer à être dépendant de la nicotine. Mais pour les nombreuses personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas abandonner leur consommation de nicotine, il est préjudiciable de laisser la culpabilité et la honte de la « dépendance » à la nicotine inhiber les tentatives d'arrêt ou de passage aux PNRR.

***

Il ne fait aucun doute que l'utilisation d'un dispositif de vapotage, d'un PTC ou de produits sans fumée spécifiques présente beaucoup moins de risques pour le fumeur qui souhaite abandonner la cigarette mais qui veut malgré tout ressentir les effets de la nicotine, ce que les TSN ne permettent pas. L'espoir était que tous les acteurs de la santé publique et de la lutte antitabac percevraient cette troisième voie de sortie du tabagisme comme un ajout bienvenu aux interventions antitabac existantes.

Malheureusement, l'avènement des PNRR a provoqué la réaction inverse. L'impératif de santé publique visant à réduire le nombre de maladies et de décès dus au tabagisme a apparemment été mis de côté au profit d'une croisade morale contre la nicotine. Ce scénario vise à créer la confusion concernant les avantages des PNRR pour la santé et associe la RdRT aux tentatives de longue date de l'industrie du tabac pour influencer la politique de lutte antitabac. Ce faisant, les chercheurs et les militants de la RdRT sont présentés comme des fonctionnaires de l'industrie du tabac.

Chapitre 5
Le projet « peur » : la guerre contre la nicotine

À la suite de la publication des rapports du Royal College of Physicians et du US Surgeon General au début des années 1960, deux fronts de bataille se sont dessinés entre l'industrie du tabac, d'une part, et les organisations antitabac et les autorités médicales et de santé publique, d'autre part.

Pour sa part, l'industrie a tout fait pour détourner l'attention de la létalité de son produit : elle a semé la confusion en publiant des faits contradictoires, en exerçant un lobbying intense pour contrecarrer les tentatives de réglementation, en essayant de convaincre les fumeurs que les cigarettes à filtre sont plus sûres, etc., tout en associant un style de vie attrayant au tabagisme autant qu'au produit lui-même.

Couverture du magazine Time © d'après l'AMS, 1998

De l'autre côté, les militants antitabac américains faisaient tout leur possible pour défier les fabricants de tabac. S'appuyant sur les preuves de plus en plus nombreuses des effets néfastes du tabagisme, les militants antitabac américains ont remporté des victoires en faisant pression pour obtenir des changements législatifs et se sont associés aux gouvernements des différents États pour gagner des procès contre l'industrie. En fin de compte, les entreprises ont conclu le Master Settlement Agreement (MSA) en novembre 1998 et versé des milliards de dollars aux États pour couvrir les dépenses de santé liées au tabagisme, bien qu'au fil des ans, une grande partie de cet argent ait simplement servi à combler les trous dans les budgets des États. [171] De nombreuses batailles ont suivi dans le monde entier, avec des législations sur les emballages neutres, des interdictions de faire de la publicité et de fumer en public et des taux de taxation toujours plus élevés. Mais il y a un hic.

[171] Chretien, S. (2017, December 12). *Up In Smoke: What Happened to the Tobacco Master Settlement Agreement Money?* Citizens Against Government Waste. https://www.cagw.org/thewastewatcher/smoke-what-happened-tobacco-master-settlement-agreement-money

Les nouveaux produits à base de nicotine ont perturbé l'industrie du tabac, qui a dû s'adapter à moins de se laisser distancer sur un marché en plein essor. Le développement des PNRR a également fortement perturbé le discours bien rodé des campagnes antitabac. La consommation croissante des PNRR et la réévaluation des avantages relatifs du tabac sans fumée ont divisé la communauté mondiale de la santé publique. Elle a engendré une nouvelle ère d'incertitude et de confusion autour de la consommation de nicotine. Le discours classique des « héros et des méchants » a été bouleversé au point que, en ce qui concerne la RdRT, certains des principaux « héros » de la guerre du tabac sont désormais des « méchants » de la santé publique qui mettent en danger la vie des fumeurs.

Les nouveaux produits nicotiniques à risques réduits ont perturbé à la fois l'industrie du tabac et la lutte antitabac.

Ce qui a commencé dans les années 1960 comme une guerre contre le tabagisme est devenu au fil du temps une question de contrôle international du tabac. Grâce à la nouvelle génération de produits sans fumée, la stratégie dominante se révèle être aujourd'hui une « guerre contre la nicotine » : en fait, une guerre contre les consommateurs.

À partir des années 1970, le message sur les dangers du tabagisme a commencé à se répandre dans les populations des pays à revenu élevé, associé à un enthousiasme croissant pour un mode de vie plus sain. Quand la campagne contre le tabagisme a pris le dessus, les taux de tabagisme ont diminué dans ces pays.

La mission de toute ONG de santé devrait s'arrêter si la maladie sur laquelle elle se concentre est éradiquée. Au lieu de disparaître, elles ont tendance à se réinventer. [172] Dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, les ONG américaines telles que le CTFK se retrouvèrent avec une cause en déclin, car le tabagisme chez les adolescents avait baissé au même niveau que celui des adultes. L'arrivée des dispositifs de vapotage sur les marchés américain et européen en 2006/2007 fut un cadeau du ciel pour ceux qui voulaient continuer à se battre pour « la bonne cause », et ce même aux dépens de ceux qui étaient susceptibles de bénéficier des innovations en matière de nicotine.

Le discours qui a suivi ce bouleversement sismique dans le paysage du tabac était et reste désordonné et controversé. Il est alimenté par un mélange de réactivité, d'analyses polarisées axées sur les positions et les intérêts électoraux, de reportages émotionnels dans les médias, de conflits d'intérêts cachés et de relations conflictuelles entre les scientifiques, les experts et les décideurs politiques, ainsi que par une base de données de plus en plus contestée.

Les défenseurs des bonnes mœurs cherchent à imposer leur propre point de vue à la société dans son ensemble. Ils génèrent une panique morale en exprimant la conviction qu'il existe un mal social qui doit être combattu.

Deux concepts sociologiques qui se chevauchent sont en jeu. Le premier est le rôle du défenseur des bonnes mœurs qui cherche à imposer ses propres points de vue à la société dans son ensemble. [173] Le second est l'heuristique de jugement ou encore le biais de confirmation, par lequel le public et la presse ne prennent pas la peine de vérifier les informations, mais les acceptent simplement sur la base de leurs réactions instinctives ou de leur expérience passée. En d'autres termes, se fier à des informations que l'on pense instinctivement vraies. [174]

Les défenseurs des bonnes mœurs peuvent être des individus, des groupes religieux ou des organisations formelles qui font pression pour la constitution ou la réalisation de leur vision normative du monde pour un certain nombre de raisons, altruistes ou égoïstes. Ces individus génèrent une panique morale en exprimant la conviction qu'il existe un mal social qui doit être combattu, et ne se préoccupent pas des moyens employés pour atteindre le résultat souhaité.

---

[172] Minton, M. (2018). *Fear Profiteers. How E-cigarette Panic Benefits Health Activists.* (Issue Analysis). Competitive Enterprise Institute. https://cei.org/content/fear-profiteers

[173] Ceux qui ont fait campagne contre l'esclavage au XIXe siècle et, plus récemment, contre le changement climatique, les atteintes à l'environnement, le racisme et de nombreuses autres questions d'éthique et de conscience sont des exemples phares de la manière dont les entrepreneurs moraux peuvent être une force du bien. Cela contraste avec les intentions de ceux qui font campagne contre la réduction des risques du tabac.

[174] Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185(4157), 1124–1131. https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124

Harry Anslinger et la panique morale liée à la marijuan

Source : Wikimedia Commons
Harry Anslinger (au centre), flanqué du colonel C.H.L. Sharman, chef du contrôle canadien des stupéfiants (à gauche) et du secrétaire adjoint au Trésor Stephen B. Gibbon (à droite), en 1937.

Il faut être prudent lorsqu'on attribue à un seul individu des développements importants dans le discours public. Mais il ne serait pas exagéré d'identifier Harry Anslinger comme l'architecte de la panique morale américaine autour de la marijuana dans les années 1930. Exemple classique du défenseur des bonnes mœurs, il a été chargé de créer le Bureau fédéral des stupéfiants après une carrière ratée dans la lutte pour la prohibition de l'alcool.

La nouvelle agence manquait de fonds, à une époque où les journaux regorgeaient d'histoires effrayantes sur les drogues comme la cocaïne et l'héroïne. Anslinger a compris que le meilleur moyen d'attirer l'argent du Congrès était de fabriquer la peur d'une nouvelle drogue. Les cibles les plus faciles pour cela étaient les immigrés mexicains déjà méprisés et les personnes en marge de la société comme les musiciens, les petits escrocs et les prostituées, qui constituaient ensemble la majorité des consommateurs de marijuana. Anslinger a passé au peigne fin les archives criminelles pour trouver des meurtres commis par des immigrants supposés être sous l'influence de la marijuana. Avec le soutien de groupes religieux et de réformateurs moraux, de médecins et d'une presse perverse, il a propagé l'idée que la marijuana rendait les gens fous au point de commettre des crimes.

Le discours fut élargi en désormais familière « menace pour les jeunes », avec une cascade d'articles et de conférences, dont le point culminant fut son film Reefer Madness. Dans les années 1950, cependant, le thème commençait à s'essouffler, même auprès des politiciens. Pour obtenir davantage de fonds, il changea de tactique et inféra que si la marijuana en elle-même ne conduisait pas nécessairement les gens à la folie, elle les entraînait inexorablement vers le monde des drogues « dures ».

Harry Anslinger, à la tête du Bureau fédéral des stupéfiants, a effrayé le public américain en laissant entendre que la marijuana était une passerelle vers les drogues dures.

Anslinger réussit son coup grâce à un climat d'ignorance générale sur cette drogue, le grand public ayant peu d'expérience personnelle de la marijuana. L'information provenait directement de son bureau, livrée par des sources crédibles telles qu'Anslinger lui-même et des médecins en blouse blanche, et parvenait à un public et une presse prêts à croire le pire sur les immigrants mexicains.

Stanton Glantz

Dans le même ordre d'idées, Stanton Glantz, militant antitabac de longue date de l'Université de Californie, s'est intéressé aux PNRR peu après que les fabricants de tabac eurent montré leur intérêt pour ce marché. Il a réussi à générer une cascade de désinformation digne d'Anslinger grâce à la publication de nombreux articles et de nombreuses conférences et apparitions dans les médias. Cela a également permis à son employeur de continuer à recevoir des subventions gouvernementales qui se sont chiffrées en millions de dollars sur de nombreuses années. Comme Anslinger, il est l'archétype du défenseur des bonnes mœurs et est considéré par beaucoup comme l'expert incontournable d'un sujet autour duquel plane une grande ignorance.

Manifestant tenant une pancarte contre le vapotage. Image : AndriiKoval sur Adobe Stock

À l'époque où il luttait contre le tabagisme, M. Glantz a fait cette affirmation sur ses priorités de recherche lors de la séance de questions-réponses d'une conférence sur le tabac, en 1992 : « Si les résultats sont ceux que je pense, cela fera-t-il une différence ? Et si la réponse est ‚oui', alors nous le ferons, et si la réponse est ‚on ne sait pas', alors nous ne nous en donnerons pas la peine. D'accord ? C'est ça le critère. » [175]

Il est difficile d'arriver à une autre conclusion que celle-ci : Glantz cherche des moyens d'annoncer les mauvaises nouvelles avant de commencer, ce qui est connu dans les milieux scientifiques sous le nom de biais de confirmation. Ce phénomène s'est étendu à la recherche anti-vapotage.

Ses recherches dans ce domaine font souvent l'objet de critiques sévères de la part de ses pairs chercheurs. Deux exemples suffiront.

En 2015, Glantz a publié une méta-analyse qui affirmait que les fumeurs qui vapotaient réduisaient leurs chances d'arrêter de fumer de 28%. Toutefois, il n'a sélectionné que les études portant sur des fumeurs actuels qui avaient déjà vapoté et, de toute évidence, pour ce groupe, le vapotage n'a pas fonctionné. [176]

Une critique inattendue du document est venue de l'American Legacy Foundation ou Legacy, une ONG de premier plan dans le domaine de la recherche et de la politique de lutte contre le tabagisme, créée en 1998. Elle était l'un des bénéficiaires de la MSA, recevant une subvention de départ de 1,55 milliard de dollars. En 2001, la fondation a accordé 15 millions de dollars à l'université de Californie à San Francisco pour créer une bibliothèque de documents sur l'industrie du tabac et a doté une chaire tenue

[175] Snowdon, C. (2009). *Velvet Glove*, Iron Fist: A History of Anti-Smoking. Little Dice. P.167

[176] Glantz, S. (2015, March 14). *Meta-analysis of all available population studies continues to show smokers who use e-cigs less likely to quit smoking*. Center for Tobacco Control Research and Education. https://tobacco.ucsf.edu/meta-analysis-all-available-population-studies-continues-show-smokers-who-use-e-cigs-less-likely-quit-smoking

par Stanton Glantz. Il est donc surprenant que l'agence ait ouvertement critiqué un document de Glantz. Sauf que les scientifiques qui travaillaient pour Legacy, avant qu'elle ne soit rebaptisée Truth Initiative (TI), adhéraient à de bonnes normes scientifiques et soutenaient la réduction des risques du tabac [voir l'encadré de la page suivante].

L'équipe de Legacy a rédigé une analyse documentaire détaillée sur les produits de RdRT qui a été envoyée à la FDA avant la tenue de trois ateliers de révision des données de la FDA. À l'époque, l'étude de Glantz n'était disponible que sur le site Web de l'université, auquel l'analyse de Legacy faisait référence dans ses notes. Legacy a fait l'observation suivante :

> *« Alors que la majorité des études que nous avons examinées sont entachées d'une mauvaise mesure des expositions et de facteurs parasites non mesurés, nombre d'entre elles ont été incluses dans une méta-analyse qui prétend montrer que les fumeurs qui utilisent des e-cigarettes sont moins susceptibles d'arrêter de fumer que ceux qui ne le font pas. Cette méta-analyse regroupe simplement les erreurs d'inférence faites à partir de ces corrélations. Comme décrit en détail ci-dessus, la synthèse quantitative d'études hétérogènes est scientifiquement inappropriée et les conclusions de ces méta-analyses sont donc invalides. »* [177]

Puis, avec sa jeune collègue Sara Kalkhoran, Glantz publia dans le Lancet Respiratory Medicine en 2016. [178] une étude qui fut vivement critiquée par des experts du tabac écrivant pour l'organisation caritative indépendante de communication scientifique Science Media Centre. La professeur Ann McNeill, du National Addiction Centre de Londres, déclara :

> *« Cette synthèse n'est pas scientifique. Les informations incluses sur deux études dont je suis co-auteur sont présentées de manière inexacte ou trompeuse. En outre, les auteurs n'ont pas inclus toutes les études faites précédemment dans leur méta-analyse, comme ils l'auraient dû. Je pense donc que les conclusions doivent être rejetées. Je suis très inquiète des dégâts considérables que cette publication a pu causer. Beaucoup de fumeurs risquent de continuer à fumer et mourir s'ils déduisent de ce travail que toutes les données prouvent que les e-cigarettes n'aident pas à arrêter de fumer, alors que ce n'est pas le cas. »* [179]

Un deuxième article a suscité une réaction encore plus dure : une rétractation de la revue éditrice. En juin 2019, Glantz et Dharma Bhatta ont publié un article dans le journal de l'American Heart Association. Ils y affirmaient que le tabagisme et le vapotage présentaient un risque égal de crise cardiaque, le double usage exposant les vapoteurs à un risque encore plus élevé. L'affirmation a bénéficié d'une large couverture médiatique.

En réponse, le professeur Brad Rodu, de l'université de Louisville (Kentucky), a effectué sa propre analyse avec les mêmes données que celles de Glantz. Il a conclu que les personnes ayant eu une crise cardiaque l'avaient eue avant de commencer à vapoter.

Rodu a écrit au journal pour demander une rétractation. Cette lettre a été suivie d'une lettre de soutien à la rétractation signée par plusieurs spécialistes de la santé publique. Les revues répugnent à rétracter des articles, car cela révèle les faiblesses de leur processus d'examen par les pairs. Finalement, l'article a été rétracté – prétendument parce que Glantz n'avait pas accès à toutes les données, ce qui l'a incité à affirmer que la revue avait été manipulée par des « intérêts liés à l'e-cig ». [180]

---

[177] https://web.archive.org/web/20151026231500/truthinitiative.org/sites/default/files/2015.06.30%20E-Cig%20FDA%20Workshop%20Docket%20FINAL.pdf – p.12

[178] Kalkhoran, S., & Glantz, S. A. (2016). E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Respiratory Medicine, 4(2), 116–128. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00521-4

[179] Réaction des experts à la méta-analyse portant sur l'utilisation de l'e-cigarette et le sevrage tabagique. (2016, 14 janvier). *Centre des médias scientifiques*.. https://www.sciencemediacentre.org/expert-reaction-to-meta-analysis-looking-at-e-cigarette-use-and-smoking-cessation/

[180] McDonald, J. (2020, February 20). Journal Retracts 'Unreliable' Glantz Study Tying Vaping to Heart Attacks. *Vaping360*. https://vaping360.com/vape-news/88729/journal-retracts-unreliable-glantz-study-tying-vaping-to-heart-attacks/

Image : Pixelot sur Adobe Stock

Ces exemples soulèvent de sérieuses questions sur la validité de la recherche lorsqu'elle est menée par des personnes qui sont aussi engagées dans des activités militantes liées à leur recherche. L'ancien directeur de l'ASH britannique et tout aussi fervent défenseur de l'anti-RdRT, Mike Daube, convient de manière éloquente que la recherche est compromise par les campagnes militantes. Faisant référence au refus des pionniers britanniques de la recherche sur le tabac, Richard Doll et Bradford Hill, de s'engager dans des activités antitabac, il a déclaré : « On considère que le chercheur perd son objectivité dès qu'il devient un militant ». [181]

Legacy et The Truth Initiative (TI) (l'initiative vérité)

Outre le financement d'une chaire et de la bibliothèque de documents sur l'industrie du tabac à l'Université de Californie San Francisco, l'American Legacy Foundation a créé le Steven A. Schroeder Institute for Tobacco Research and Policy Studies (SITRPS) comme une ressource nationale pour mener des recherches scientifiques visant à informer les politiques sur le tabac et la nicotine. De 2008 à 2016 environ, le SITRPS a publié des recherches, des examens systématiques et des commentaires, tout en communiquant plus largement ses travaux au moyen de fiches d'information destinées au public. Si les études ont reflété le scepticisme initial des scientifiques du SITRPS à l'égard de la réduction des risques, leur soutien à celle-ci a augmenté à mesure de l'arrivée des données. Ils ont été soutenus par les dirigeants de Legacy, le Dr Cheryl Healton, alors présidente et directrice générale, et David Dobbins, directeur exécutif. Mme Healton et M. Dobbins ont tous deux signé la lettre jointe à l'analyse documentaire de 2015 qui a été envoyée à la FDA, ainsi que plusieurs autres documents et témoignages présentés lors des audiences de la FDA sur ce que reflétait le meilleur de la science à l'époque.

Lorsque Cheryl Healton est partie et que Legacy est entré dans une année de transition, le président du conseil d'administration de Legacy, le procureur général de l'État de l'Iowa Tom Miller, a continué à soutenir l'approche scientifique de la réduction des risques du tabac. Tout a semblé changer entre 2015 et 2018. Robin Koval, ancien cadre d'une agence de publicité, fut nommé président-directeur général, tandis que Tom Miller quitta le conseil d'administration de TI, désormais renommé, en 2018, après avoir terminé son mandat de neuf ans. Le travail de l'organisation s'est alors axé sur la prévention auprès des jeunes et a adopté une approche totalement prohibitionniste.

[181] Berridge, V. (2007). *Marketing Health: Smoking and the Discourse of Public Health in Britain*, 1945-2000 (1 edition). Oxford University Press.

Par la suite, presque tous les membres de la direction et du corps professoral de recherche de l'Institut Schroeder sont partis pour d'autres postes en 2016-2018. Dans l'année qui a suivi les changements de direction, les documents en faveur de la réduction des risques ont été retirés du site web de TI. L'organisation s'est alors alignée sur l'idéologie anti-réduction des risques de la CTFK. SITRPS a été intégré à l'infrastructure existante d'évaluation des programmes de TI et s'aligne de la même manière sur les objectifs de plaidoyer et idéologiques de TI.

La perception des risques

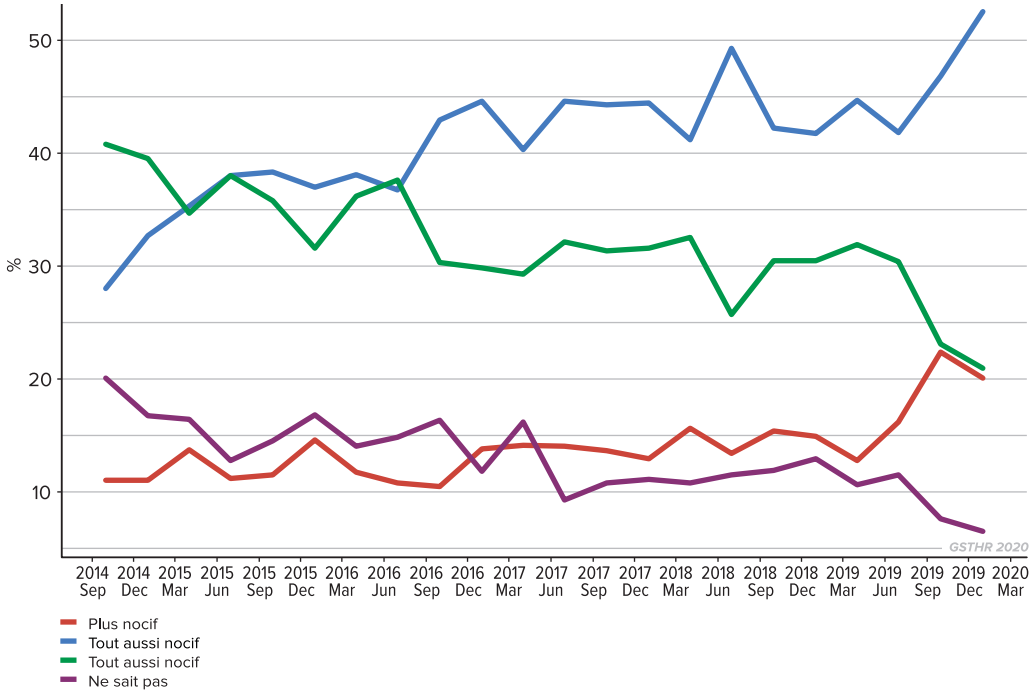
L'ampleur des dégâts est illustrée par la détérioration de la perception de la sécurité relative des PNRR chez les fumeurs actuels.

Même au Royaume-Uni, où le gouvernement et les autorités de santé publique ont adopté une approche pragmatique de pointe en matière de RdRT et ont fait connaître leur soutien au changement de consommations, la proportion de fumeurs estimant que le tabagisme et le vapotage sont aussi nocifs l'un que l'autre est passée de 28% au dernier trimestre 2014 à plus de 52% au premier trimestre 2020. Au premier trimestre 2020, 21% de fumeurs supplémentaires ont déclaré que le vapotage était plus nocif que le tabagisme. 182 Cela signifie que la plupart des fumeurs pensent que le vapotage est aussi ou plus nocif que le tabagisme. Pour citer le dernier rapport de Public Health England sur le vapotage en Angleterre : « Il est préoccupant que des croyances négatives sur le vapotage puissent empêcher les fumeurs de passer au vapotage et qu'ils continuent donc d'être exposés aux dommages extrêmement élevés du tabagisme. » [183]

73%

c'est la proportion de fumeurs au Royaume-Uni qui pense désormais que le vapotage est aussi nocif que le tabagisme ou qu'il est plus nocif.

Perception de la nocivité des e-cigarettes par rapport aux cigarettes
N=19239 est le nombre de fumeurs actuels qui n'utilisent pas les e-cigarettes



Robert West et al. (2020). *Trends in electronic cigarette use in England* [Smoking Toolkit Study]. Smoking in England. http://www.smokinginengland.info/sts-documents/

[182] Robert West et al. (2020). *Trends in electronic cigarette use in England* [Smoking Toolkit Study]. Smoking in England. http://www.smokinginengland.info/sts-documents/

[183] McNeill, A. et al. (2020). *Vaping in England: an evidence update including mental health and pregnancy* (Research and Analysis) [A report commissioned by Public Health England]. Public Health England (PHE). https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-march-2020/vaping-in-england-2020-evidence-update-summary

Aux États-Unis, une enquête a indiqué que la perception par les fumeurs de la sécurité relative des PNRR par rapport aux cigarettes s'est dégradée entre 2008 et 2017. C'était avant la peur générale concernant les cas de maladies et de décès liés au VITERLI. [184] Le tableau est le même au Canada. L'Institut Angus Reid a mené une enquête auprès de la population sur le vapotage et a constaté que le nombre de vapoteurs au Canada est en augmentation, mais de seulement 9% des fumeurs ayant essayé le vapotage en 2013 à 25% en 2019. 74% des personnes interrogées ont déclaré soit avoir déjà vapoté, soit connaître des amis ou des membres de leur famille qui l'ont fait. Néanmoins, le nombre de ceux qui pensent que le vapotage fait plus de mal que de bien a augmenté de manière significative en seulement 12 mois : de 35 pour cent en 2018 à 62 pour cent en 2019. [185]

Follow the money

Il peut sembler que les organisations du monde entier agissent indépendamment les unes des autres dans leur opposition à la RdRT, mais la réalité est qu'elles sont liées par un élément essentiel : l'argent.

Image : Sharon McCutcheon sur Unsplash

Il peut sembler que les organisations du monde entier agissent indépendamment les unes des autres dans leur opposition à la RdRT, mais la réalité est qu'elles sont liées par un élément essentiel : l'argent.

Les États-Unis sont l'épicentre de tous les financements anti-RdRT dans le monde, et ce qui suit concerne les structures de financement américaines. Il existe deux sources principales de revenus pour ceux qui font activement campagne contre la RdRT. La première est le financement des campagnes nationales par le gouvernement fédéral et les États américains. La seconde est constituée par les fonds de donateurs privés, principalement Bloomberg Philanthropies (BP) avec le soutien de la Fondation Bill et Mélinda Gates (BMGF), pour les campagnes nationales et internationales et le soutien politique. L'industrie pharmaceutique, soucieuse de protéger ses intérêts en matière de produits pour le sevrage du tabac, a également financé des campagnes contre la RdRT.

Les États-Unis sont l'épicentre de tous les financements anti-RdRT dans le monde.

Le gouvernement des États-Unis[186]

L'argent est distribué par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Health and Human Services, HHS), qui doit rivaliser avec tous les autres ministères pour

[184] Poster presented at the Society for Research on Nicotine and Tobacco conference 2018

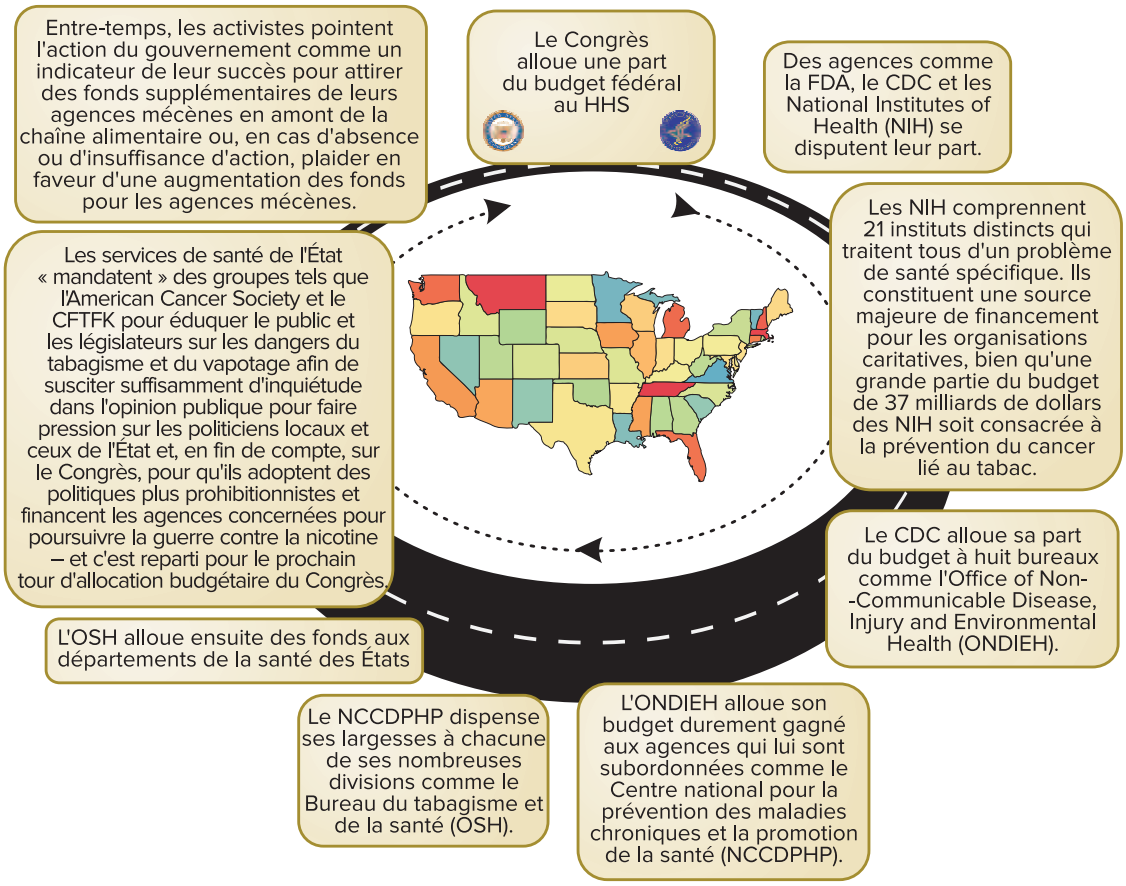
[185] Vanquishing vaping? Support for tougher regulations rise as positive views of e-cigarettes go up in smoke. (2020, January 6). *Angus Reid Institute*. http://angusreid.org/vaping-trends-canada/

[186] Les informations de cette section ont été aimablement fournies par Michelle Minton du Competitive Enterprise Institute, Washington.

convaincre le Congrès de la valeur de ses services pour une part du budget fédéral. Toutefois, une fois le budget obtenu, les agences du HHS telles que la FDA, le CDC et le National Institutes of Health (NIH) sont en concurrence pour obtenir une part du gâteau. Ils savent tous qu'il n'y a rien de plus efficace pour délier les cordons de la bourse publique que de déclarer une épidémie à laquelle il faut faire face.

Mais ces agences doivent prouver leurs arguments, et c'est là que commence la cascade de codépendance. Le sujet de santé le plus brûlant avant la COVID-19 était l'épidémie de décès liés au vapotage, qui a contribué à renforcer les dangers de la prétendue épidémie de vapotage chez les jeunes. C'était le sujet le plus susceptible d'attirer l'attention des responsables du budget du HHS.

Voici à quoi ressemble le manège des financements du gouvernement américain :



GSTHR 2020

Des agences comme la FDA et le CDC consultent et reçoivent souvent des conseils d'un certain nombre de groupes de défense de la santé établis de longue date, bien financés et influents. Le public perçoit ces groupes comme dispensant des conseils fondés sur l'expertise médicale et scientifique, au service du bien-être public et sans aucun parti pris. Cependant, des groupes comme CTFK, soutenus par des recherches axées sur la promotion de certains intérêts, agissent en fait comme les défenseurs des bonnes mœurs. Ils génèrent des outils marketing et des communiqués de presse qui visent à alimenter l'inquiétude du public.

Alors que les médias fournissent le mégaphone public, les ONG s'engagent dans le type d'activisme politique interdit aux agences gouvernementales, faisant pression sur les politiciens et les législateurs pour qu'ils agissent face à la clameur publique. En fait, les politiciens et les responsables gouvernementaux ont besoin d'alliés extérieurs pour donner l'impression qu'ils ont répondu positivement aux préoccupations de la communauté, preuve qu'ils sont à l'écoute du peuple. Comme l'a dit Franklin Roosevelt : « OK, vous m'avez convaincu. Maintenant, allez dehors et faites pression sur moi ».

Le philanthrocapitalisme

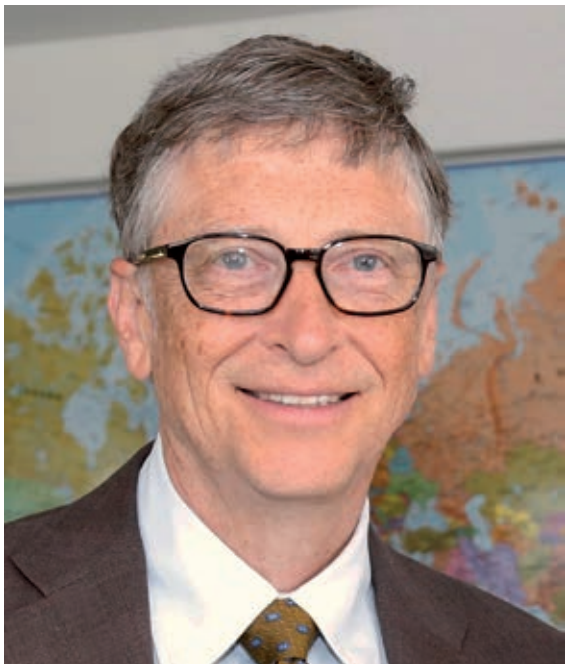
La deuxième contribution financière, la plus importante, à la campagne américaine et mondiale contre la RdRT, provient de Bloomberg Philanthropies (BP), avec l'aide de la Fondation Bill et Mélinda Gates (BMGF).

Le financement des fondations se différencie des autres formes de financement caritatif par le fait qu'il n'y a pas de dons publics, de financement gouvernemental ou d'autres financements caritatifs par des tiers. L'argent provient des bénéfices des intérêts commerciaux et d'investissement du fondateur. Les fondations ne sont pas nouvelles, la Fondation Rockefeller a été créée en 1913 et la Fondation Ford en 1936. Le nouvel esprit qui anime la philanthropie moderne est d'appliquer des méthodes et des paramètres de management à l'administration des projets philanthropiques, en partant du principe que faire le bien est bon pour les affaires.

La contribution financière la plus importante à la campagne américaine et mondiale contre la RdRT provient de Bloomberg Philanthropies (BP), avec l'aide de la Fondation Bill et Mélinda Gates (BMGF).

Le terme « *philanthrocapitalisme* » fut inventé en 2006 dans « *The Economist* » par deux économistes, Matthew Bishop, chef du bureau de New York de The Economist, et Michael Green, précédemment employé au ministère britannique du Développement international, qui ont présenté cette nouvelle approche dans leur livre « *Philanthrocapitalism : how the rich can save the world* » (Le philanthrocapitalisme : comment les riches peuvent sauver le monde), 2008.

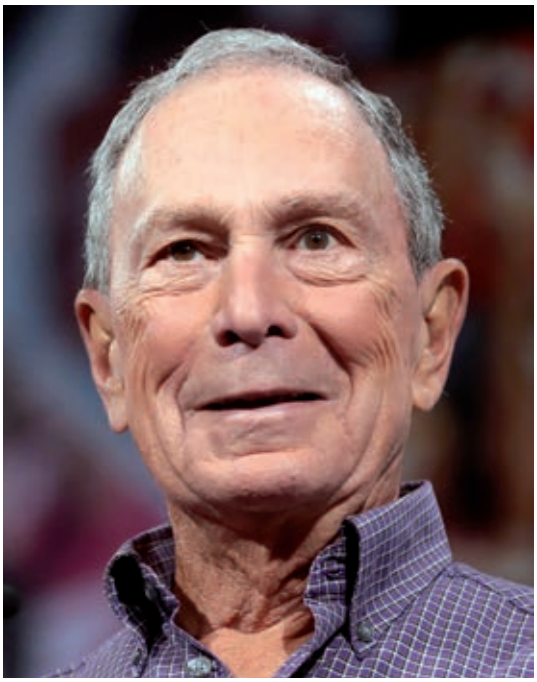
Bishop et Green ont fait valoir que certains aspects de la mondialisation, tels que la suppression des barrières commerciales et les voyages aériens bon marché, ont exposé les nations du monde à un risque accru pour la santé publique, tant pour les maladies transmissibles (infections) que pour les maladies non transmissibles causées par l'alcool, le tabac et les régimes alimentaires malsains. Cependant, de nombreux pays, en particulier les PRFM, sont mal équipés pour faire face à toutes ces maladies, notamment à la suite du krach financier de 2007-2008. En outre, la crise a également eu des répercussions sur les pays à revenu élevé, limitant leur capacité et leur volonté de contribuer à des organisations telles que l'OMS. Les grandes fortunes se sont donc mobilisées pour « apporter leur contribution ».



Source : Wikimedia Commons
Bill Gates, La fondation Bill et Melinda Gates.

Et il s'est avéré qu'elle n'était pas négligeable. La BMGF a été créée en 2000, à partir de la fortune personnelle de Bill Gates de Microsoft. En 2006, Warren Buffet a fait don à la BMGF de 37 milliards de dollars provenant de son propre fonds d'investissement. La BMGF dispose aujourd'hui d'actifs d'une valeur de près de 50 milliards de dollars, distribués principalement pour soutenir le contrôle des maladies infectieuses et l'agriculture à l'étranger, ainsi que l'éducation aux États-Unis. Depuis le milieu des

années 1980, Michael Bloomberg fait des dons à des causes américaines, grâce à sa fortune personnelle qui avoisine aussi les 50 milliards de dollars. La lutte internationale contre le tabagisme a été sa première incursion majeure à l'étranger..



Source : Wikimedia Commons
Michael Bloomberg, Bloomberg Philanthropies

Comme Bill Gates l'a expliqué dans le magazine *Time* en juillet 2008, le but du jeu n'est pas simplement l'altruisme, mais un des éléments importants est « qu'est-ce que j'y gagne » en tant qu'investisseur dans le travail philanthropique. Ce qu'il appelle le « capitalisme créatif » consiste à faire le bien dans les pays pauvres, en améliorant leur santé et leur richesse, dans l'espoir qu'ils deviennent ensuite des consommateurs. Et il n'hésitait pas à le dire, citant une étude selon laquelle « les deux tiers les plus pauvres de la population mondiale ont un pouvoir d'achat de 5 000 milliards de dollars » [187]

Source : Wikimedia Commons
BMGF Discovery Center, Seattle, États-Unis.

[187] Kiviat, B., & Gates, B. (2008, July 31). Making Capitalism More Creative. *Time*. http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,1828417,00.html

Vient ensuite la question du financement des programmes visant les maladies non transmissibles, où les responsables de la santé publique tentent d'influencer les modes de vie de la population. Cela peut facilement déboucher sur un programme de développement motivé autant par la vision morale des financeurs, des décideurs politiques et des gestionnaires de programmes que par des activités visant à maximiser la santé publique. Étant donné que les personnes qui occupent les niveaux intermédiaires et supérieurs de la hiérarchie de financement sont principalement issues de « la moitié Nord », on peut affirmer que la lutte antitabac internationale, dont les programmes existeraient à peine sans les millions de Bloomberg, présente un aspect néocolonial.

Les programmes internationaux de lutte antitabac n'existeraient probablement pas sans les millions de Bloomberg.

Au cours des 15 dernières années, il s'est tissé à travers le monde une toile complexe de bénéficiaires de subventions, de sous-bénéficiaires, d'associés et de partenaires bien financés, bien organisés et interdépendants. Les programmes financés se sont de plus en plus transformés en programmes anti-nicotine obsédés par l'industrie et orientés autant, sinon plus, contre la réduction des risques du tabac que contre la réduction des méfaits du tabagisme.

Comment en est-on arrivé là ?

Michael Bloomberg est devenu maire de New York le 1er janvier 2002. Les services de santé de la ville sont gérés sous les auspices du NY City Health Department (NYCHD), dirigé par le Health Commissioner, le commissaire à la santé nommé par le maire entrant, une nomination politique. La Commission avait établi une liste restreinte de candidats potentiels. Sur cette liste figurait un « joker » : Tom Frieden.

Le mentor de Frieden à l'université d'Édimbourg, où il avait effectué ses recherches postdoctorales, était Sir John Crofton, un pionnier du traitement de la tuberculose et, à partir des années 1950, un ardent militant antitabac. Sa femme Eileen Crofton a fondé l'ASH en Écosse et en est devenue la première directrice. Un autre disciple de Crofton était Judith Mackay, une figure bien connue de la scène internationale de la lutte antitabac qui travaillait principalement dans les pays à faible et à moyen revenu.

Frieden avait été médecin de santé publique au NYCHD, à la tête du Bureau of TB Control. Il était le champion des « thérapies courtes en observation directe » (directly observed therapy short courses, DOTS) pour la tuberculose, qui partaient du principe que davantage de personnes seraient guéries de la tuberculose si le traitement, dans son intégralité, était observé directement par un agent de santé, plutôt que de permettre au patient de prendre lui-même ses médicaments et de courir le risque de ne pas respecter le traitement. Grâce à cette stratégie, le Dr Frieden a réussi à enrayer l'épidémie de tuberculose qui sévissait dans la ville de New York au début des années 1990.

Pendant que le NYCHD examinait les candidats pour le poste de commissaire, Frieden était détaché en Inde pour diriger un autre programme DOTS. Jose Luis Castro, un responsable financier du NYCHD, l'accompagnait pour gérer l'argent de l'US International Development pour ce programme.

Le fait d'être considéré pour le poste de commissaire à la santé représentait un changement de statut important pour Frieden. Il est retourné à New York, a passé un entretien avec Bloomberg et a déclaré qu'il accepterait le poste si Bloomberg faisait quelque chose pour lutter contre le tabagisme dans la ville de New York. Frieden enfonçait une porte ouverte : Bloomberg avait été un fumeur de 60 cigarettes par jour, mais il avait désormais trouvé son chemin de Damas. En 2003, sous l'impulsion de M. Frieden, M. Bloomberg avait augmenté les taxes sur les cigarettes à New York, mis en place une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac et des services sociaux pour les fumeurs, et lancé des campagnes antitabac massives supervisées par Sandra Mullins, directrice de la communication sanitaire de la ville de New York. Plus étonnant encore, Bloomberg et Frieden ont réussi à mettre en place une interdiction de fumer dans les bars et les restaurants, ce qui a entraîné une baisse significative du tabagisme chez les adultes à New York et est devenu un modèle pour d'autres villes.

Probablement en raison de son expérience du programme DOTS à l'étranger et désireux de reproduire les succès de la lutte antitabac à New York, Frieden a

convaincu Bloomberg d'injecter 125 millions de dollars sur deux ans dans les efforts internationaux de lutte antitabac dans les pays pauvres les plus touchés. Il n'y avait pas encore de fondations du style Gates, l'argent devait donc être distribué par l'intermédiaire des Bloomberg Partners (voir ci-dessous).

Parallèlement, d'autres financements de fondations étaient de la partie. De 2000 à 2006, l'Open Society Institute (OSI) de George Soros a financé des programmes de lutte antitabac en Europe centrale et orientale et dans les anciennes républiques soviétiques. Fort de ses antécédents en matière de financement de programmes de lutte contre la toxicomanie et de réduction des risques, l'OSI avait du mal à comprendre l'attitude de certains militants de la lutte antitabac traditionnelle qui, même à l'époque, n'avaient que faire des quelques options disponibles de réduction des risques liés au tabac.

En 2005, l'OSI organisa une réunion à New York, rassemblant des experts de la réduction des risques, dont le professeur Brad Rodu, chercheur sur le tabac sans fumée, et des experts de la lutte antitabac. Le dialogue fut consistant mais peu concluant, et un an plus tard, l'OSI mit fin à son financement de la lutte antitabac.

Avant que l'OSI ne cesse de financer la lutte antitabac, elle attira l'attention sur le peu de dépenses consacrées à cette question : une enquête a montré qu'en dehors des programmes nationaux, le montant total des dépenses consacrées à la lutte antitabac internationale ne s'élevait qu'à 27 millions de dollars par an. Au début de l'année 2006, l'OSI organisa une réunion rassemblant les principaux organismes financeurs, dont les plus grandes organisations caritatives de lutte contre le cancer, l'OMS, la Banque mondiale, le ministère britannique du Développement international et la BMGF.

Au cours des 15 dernières années, il s'est tissé à travers le monde une toile complexe de bénéficiaires de subventions, de sous-bénéficiaires, d'associés et de partenaires bien financés, bien organisés et interdépendants.

Le BMGF, qui venait de recevoir sa manne de 37 milliards de dollars de la part de Buffet, développa un programme de plus de 300 millions de dollars qui devait commencer à petite échelle dans quelques pays et faire la preuve du concept avant d'être déployé plus largement. Toutefois, avant que le programme de Gates ne puisse démarrer, l'initiative mondiale de Bloomberg pour la réduction du tabagisme fut annoncée en août 2006.

Puis, en juillet 2008, Bill Gates et Michael Bloomberg ont annoncé, lors d'un événement médiatique à New York, un engagement conjoint de 500 millions de dollars de subventions pour la lutte antitabac, principalement axée sur la constitution d'une base de données, le marketing social et les interventions politiques en Chine, en Asie du Sud-Est et en Afrique. Plus tard encore, Gates et Bloomberg ont chacun fait don de 5 millions de dollars à un fonds fiduciaire multidonateur utilisé par la Banque mondiale pour financer des experts en taxes sur le tabac conseillant les PRFM. [188]

Le programme Bloomberg fut initialement mis en œuvre par les partenaires de Bloomberg : le CTFK, la John Hopkins Bloomberg School of Public Health, la CDC Foundation et la World Lung Foundation (WLF). La WLF était une entité américaine, une organisation partenaire de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (l'Union) basée à Paris, destinée à recevoir des fonds de donateurs américains, ce qui permettait au donateur (y compris Bloomberg) de bénéficier d'un allégement fiscal. Elle a servi d'intermédiaire pour financer d'autres partenaires de Bloomberg, dont l'Union et l'Initiative pour un monde sans tabac de l'OMS (IMT).

Jose Luis Castro a quitté le NYCHD pour devenir directeur financier de l'Union, puis en 2013, il en est devenu le directeur exécutif et a mené la transformation du WLF en Vital Strategies (VS), dont il est aujourd'hui le président et le PDG.

VS a financé le Bureau du journalisme d'investigation et le groupe de recherche sur la lutte antitabac de l'université de Bath, qui héberge Tobacco Tactics et est un partenaire de la campagne STOP [voir encadré en haut de la page].

Le président Obama a nommé Tom Frieden au poste de directeur du CDC en 2009. M. Frieden est parti lorsque M. Trump a pris le pouvoir et a créé Resolve, une initiative de VS, avec 225 millions de dollars provenant de BP, de BMGF et de la Fondation

[188] http://documents.worldbank.org/curated/en/591281478711961885/pdf/The-Bloomberg-Family-Foundation-Inc-TF072332.pdf; http://documents.worldbank.org/curated/en/293351478711058473/pdf/Official-Documents-TF072332-Bill-and-Melinda-Gates-Foundation-Tobacco-Control-Program.pdf

Source: Wikimedia Commons
Dr. Thomas Frieden, speaking in his role as Director of the CDC in 2014.

Chan Zuckerberg, dont la mission est de réduire les maladies cardiovasculaires et de prévenir les épidémies dans le monde. En raison de son expérience des épidémies de maladies infectieuses, M. Frieden coordonne désormais le financement des programmes COVID-19 de Bloomberg. M. Frieden figure en tant qu'administrateur du VS dans la déclaration de l'Inland Revenue Service de l'organisation, en plus de son salaire de près d'un demi-million de dollars à Resolve.

1 milliard

de dollars, c'est le montant donné par Bloomberg à la lutte antitabac.

Depuis 2006, Bloomberg a fait don de près d'un milliard de dollars pour promouvoir les efforts de lutte contre le tabagisme, ce qui fait de BP le plus gros financeur des initiatives de lutte contre le tabagisme dans les pays en développement. En 2013, il a été rapporté que Bloomberg avait fait don de 556 subventions dans 61 pays pour des campagnes contre le tabac. En août 2016, l'OMS a nommé Bloomberg ambassadeur mondial pour les maladies non transmissibles.

Gates et Bloomberg ont introduit les pratiques commerciales de Microsoft et de Bloomberg Media en insistant pour que les bénéficiaires produisent des données afin de démontrer des résultats et l'impact des programmes. 189 Lorsque des millions de dollars sont en jeu, disposer de d'éléments de preuves paraît éminemment judicieux.

Néanmoins, on peut s'inquiéter du fait que, tout en exigeant l'ouverture et la transparence, la grande philanthropie ait elle-même des processus décisionnels très secrets et que, plutôt que de se concentrer sur les besoins des pays, elle tende à privilégier les intérêts personnels du fondateur (comme Bloomberg et le tabagisme). Ses détracteurs lui reprochent également de s'intéresser principalement au financement à court terme, afin de remporter des victoires politiques rapides pour un maximum de publicité, plutôt qu'à la mise en œuvre effective et à l'investissement à plus long terme. [190]

Par exemple, bien que les bénéficiaires de BP opèrent dans un certain nombre de pays, les responsables du TFI de l'OMS ne sont pas impliqués dans les décisions d'octroi de subventions. [191] Les bénéficiaires et les sous-bénéficiaires sont souvent enfermés dans ce qu'un critique décrit comme une « pensée de groupe », créant une mentalité de cartel qui décourage le débat sur la façon dont les programmes sont gérés. [192] Par ailleurs, l'autocensure par peur de perdre un financement est une force gravitationnelle qui rend toute coercition inutile.

La « culture de l'audit » de l'Initiative Bloomberg pousse les intervenants à obtenir des résultats qui peuvent être mesurés et documentés, tels que des réunions avec des

[189] Reubi, D. (2018). Epidemiological accountability: philanthropists, global health and the audit of saving lives. *Economy and Society*, 47, 1–28. https://doi.org/10.1080/03085147.2018.1433359
[190] McGoey, L. (2012). Philanthrocapitalism and its critics. *Poetics*, 40(2), 185–199. https://doi.org/10.1016/j.poetic.2012.02.006
[191] Mukaigawara, M. et al. (2018). Balancing science and political economy: Tobacco control and global health. *Wellcome Open Research*, 3, 40. https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.14362.1
[192] Youde, J. (2013). The Rockefeller and Gates Foundations in Global Health Governance. *Global Society*, 27, 139–158. https://doi.org/10.1080/13600826.2012.762341

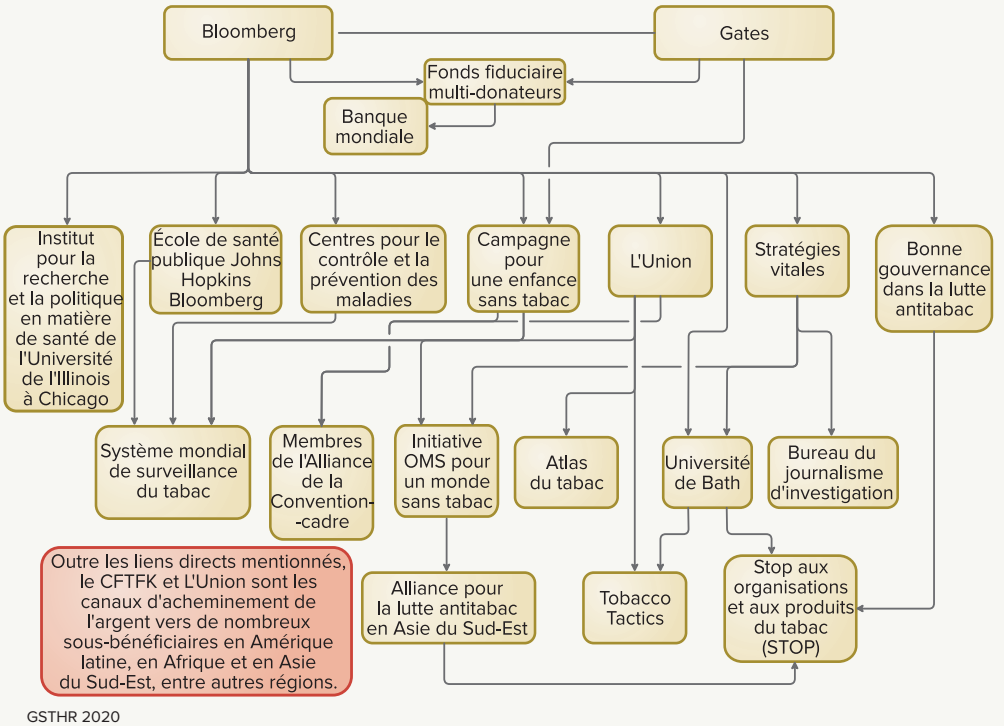
législateurs, des brochures, des ateliers et des appels téléphoniques aux journalistes. Toutefois, ces résultats ne débouchent pas nécessairement sur l'application de la réglementation ou sur une baisse à long terme du tabagisme. Les subventions de l'Initiative Bloomberg accordées à des groupes militants africains entre 2007 et 2017 montrent que sur les 79 subventions, 51 accordées à 17 pays différents visaient à soutenir l'adoption d'une législation et/ou de taxes. [193]

La dépendance financière met les efforts des intervenants locaux à la merci des modifications apportées aux programmes par les financeurs. Par exemple, au Ghana, Bloomberg a ajouté la question des accidents de la route à ses efforts de lutte contre le tabagisme. En Tanzanie, les financeurs n'ont pas renouvelé une subvention après que les intervenants aient été incapables de faire adopter une loi en 2010. L'orientation à court terme mine la capacité des acteurs locaux à établir la confiance et la légitimité nécessaires à la mise en œuvre des politiques, ce qui limite finalement leur fficacité. [194]

La dépendance financière met les actions locales à la merci des programmes des financeurs, ce qui sape leur capacité à établir localement la confiance et la légitimité.

Les intervenants locaux ne peuvent pas se tourner facilement vers les bénéficiaires de subventions situés au-dessus d'eux dans la hiérarchie de la lutte antitabac pour les aider à renforcer leurs capacités, car certains de ces acteurs (par exemple l'Union et CTFK) dépendent également de Bloomberg ou de la BMGF, ce qui rend difficile pour eux l'engagement à long terme dans des projets qui ne donnent pas de résultats à court terme.

Pire encore, un informateur de ce rapport a déclaré qu'alors que l'OMS TFI, l'Union et CTFK ont tous leurs propres bureaux indépendants dans un pays et gèrent différents programmes, le personnel de ces bureaux est connu pour cacher délibérément les activités aux autre bureaux, forçant les bénéficiaires locaux à passer d'un bureau à l'autre dans une atmosphère d'hostilité mutuelle, car les financements et les fiefs sont protégés.



GSTHR 2020

Il s'agit ici d'une image « simplifiée » de l'orientation des flux de financement mondiaux, dont une grande partie semble consacrée à l'action contre la RdRT. De nombreux bénéficiaires locaux et d'autres organisations font également campagne contre la RdRT et citent CFTK, Bloomberg et Gates comme « partenaires », sans que l'on sache exactement ce que cela signifie.

[193] Patterson, A. S., & Gill, E. (2019). Up in smoke? Global tobacco control advocacy and local mobilization in Africa. *International Affairs*, 95(5), 1111–1130. https://doi.org/10.1093/ia/iiz102

[194] Patterson ibid.

Les politiques étant tout aussi floues que le personnel et les processus, il est impossible de calculer quelle part de ce financement substantiel est aujourd'hui dirigée contre la RdRT. Mais au moins du point de vue des campagnes publiques, du positionnement et du lobbying politique dans les pays, elle doit être considérable. Il est également impossible de savoir dans quelle mesure les bénéficiaires locaux des pays les plus touchés adhèrent réellement à l'agenda de la guerre contre la RdRT. Toutefois, étant donné que de nombreux acteurs de la lutte antitabac, quel que soit leur niveau de financement, abordent ces questions d'un point de vue moral, voire quasi religieux, les voix discordantes sont rares. Ce qui est clair, c'est que toutes les agences financées par Bloomberg s'opposent à la RdRT lorsqu'elle est liée à l'utilisation des PNRR.

Exemples de bénéficiaires de financements anti-RdRT

Les sommes d'argent citées ne constituent pas une comptabilité exhaustive, mais indiquent simplement l'ampleur des ressources consacrées à l'opposition à la réduction des risques du tabac et aux PNRR.

Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK) (la campagne pour des enfants sans tabac)

Les entreprises pharmaceutiques... veulent que les e-cigarettes soient réglementées comme des produits médicaux... L'enjeu : qui prendra la plus grande part du marché européen du sevrage tabagique.

L'arrivée des PNRR représentait une menace directe pour l'industrie pharmaceutique et les ventes mondiales de plusieurs milliards de dollars de leurs produits TSN. « L'industrie pharmaceutique s'oppose à la commercialisation des e-cigarettes et des stylos à vape comme moyen d'arrêter de fumer les cigarettes cancérigènes. Les entreprises pharmaceutiques... veulent que les e-cigarettes soient réglementées comme des produits médicaux... L'enjeu est de savoir qui prendra la plus grande part du marché européen du sevrage tabagique. » [195]

Une ONG de lutte contre le tabagisme constituait un véhicule idéal pour les entreprises pharmaceutiques afin de promouvoir leurs produits TSN sous couvert d'œuvres caritatives. Les unes comme les autres ont intérêt à éradiquer les PNRR, offrant ainsi un exemple de ce que l'économiste Bruce Yadel a appelé une alliance improbable entre « évangélistes et contrebandiers ». À l'approche de la prohibition, les deux groupes voulaient que l'alcool soit interdit : pour les évangélistes, c'était une question de moralité, pour les contrebandiers, une question d'argent.

Dans ce contexte et depuis 1995, CTFK a reçu près de 120 millions de dollars de la part de sociétés pharmaceutiques vendant des produits TSN : Johnson & Johnson, Pfizer et GlaxoSmithKline. Entre 2011 et 2014, CTFK a reçu plus de 30 millions de dollars de la Fondation Gates. Depuis plus récemment, CTFK reçoit un financement important de BP, principalement pour gérer des programmes de subventions à l'étranger. Alors que les financements, à l'époque précédant les PNRR, auraient été axés sur la réduction du tabagisme chez les jeunes, il est clair qu'une grande partie du travail actuel des organisations est consacré aux campagnes et au lobbying contre la RdRT et les PNRR, tant aux États-Unis qu'à l'étranger, y compris 160 millions de dollars de BP pour orchestrer une interdiction américaine des arômes de nicotine.

L'Union

Anciennement l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, fondée en 1920, l'Union, dont le siège est à Paris, avait un bilan louable dans l'effort international de lutte contre la tuberculose. Dans les années 1990, son champ d'action s'est élargi à la lutte contre le tabagisme. Elle a rejoint l'armée des agences faisant campagne contre les tentatives de saper les efforts de lutte antitabac, en particulier dans les PRFM. À l'instar d'autres bénéficiaires de subventions de Bloomberg, cela s'est transformé en une guerre générale

[195] Paun, C. (2019, June 24). *Big Pharma battles Big Tobacco over smokers*. POLITICO. https://www.politico.eu/article/big-pharma-battles-big-tobacco-over-smokers/

contre la nicotine, visant en particulier l'avènement des PNRR. L'Union organise aussi la Conférence mondiale « Le tabac ou la santé », qui interdit efficacement à toute personne soutenant la RdRT non seulement d'y faire une présentation, mais même d'y assister.

Récemment, sous le slogan « Bans are Best » (les interdictions sont ce qu'il y a de mieux), l'Union (et le CTFK) a encouragé les différents pays à introduire des interdictions absolues de tous les PNRR sur la base d'une interprétation exagérée du « principe de précaution » (voir chapitre 6).

Vital Strategies (VS) (Stratégies vitales)

À l'origine, VS était la World Lung Foundation, une entité basée aux États-Unis pour permettre aux donateurs américains de bénéficier d'un allégement fiscal. Elle opère au niveau mondial dans des domaines de santé publique tels que la pollution atmosphérique, le saturnisme, l'obésité et la santé cardiovasculaire. Elle soutient la réduction des risques liés aux drogues. Et ce qui est moins bénéfique pour la santé publique mondiale, elle se sert de la lutte antitabac comme arme pour attaquer la RdRT, par le biais de programmes de sous-financement communs avec l'Union.

Récemment, sous le slogan « Bans are Best » (les interdictions sont ce qu'il y a de mieux), l'Union (et le CTFK) a encouragé les différents pays à introduire des interdictions absolues de tous les PNRR sur la base d'une interprétation exagérée du « principe de précaution ».

Tobacco Tactics (TT) (les tactiques du tabac)

Bénéficiant d'une subvention directe de Bloomberg et d'une subvention secondaire de l'Union et du VS, qui sont eux-mêmes financés par Bloomberg, TT est une base de données établie sous l'égide du groupe de recherche sur la lutte antitabac de l'université de Bath. Elle se présente comme une ressource universitaire et prétend être un « nouveau modèle de diffusion de la recherche universitaire ». Elle a été créée pour répertorier ce qu'elle considère comme des exemples d'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de lutte antitabac. Elle a été critiquée pour ses analyses et reportages sélectifs. TT a constamment émis des doutes sur la RdRT et les fabricants de PNRR. Son modus operandi comprend des attaques ad hominem contre les défenseurs de la RdRT.

Stop Tobacco Organisations and Products (STOP) (organisations et produits antitabac)

Également hébergé à l'Université de Bath et financé de la même manière, STOP utilise les informations de TT pour être le visage public de l'article 5 de la CCLAT [196] (voir chapitre suivant). STOP est fréquemment le vecteur des attaques contre les chercheurs et les défenseurs de la RdRT, principalement, comme pour TT, au travers d'insinuations.

WHO Tobacco Free Initiative (TFI) (Initiative antitabac de l'OMS)

Lorsque l'initiative Bloomberg fut lancée, on décida que l'argent devait aller à l'initiative TFI de l'OMS, plutôt que de passer par le secrétariat de la CCLAT. Le contexte politique de cette décision est l'aversion générale des Américains pour les traités internationaux, car ils estiment que l'autodétermination pourrait être compromise par des obligations conventionnelles qui pourraient ne pas être dans l'intérêt des États-Unis. Dans le cas présent, bien que les États-Unis n'aient pas ratifié la CCLAT en tant que signataires, ils peuvent assister aux réunions de la Conférence des Parties (COP), ce qu'ils font en grand nombre pour garder un œil sur ce qui se passe. Le secrétariat de la CCLAT est hébergé par l'OMS à Genève. Il n'est pas directement responsable devant l'OMS, mais devant les

[196] WHO. (2005). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization. http://www.who.int/fctc/text_download/en/. P. 3.

signataires du traité. Un financement direct du secrétariat de la CCLAT signifierait que Bloomberg aurait moins de contrôle sur la façon dont l'argent est dépensé.

Selon un informateur, au moment où les fonds Bloomberg ont commencé à être versés, les animosités personnelles entre les chefs d'organisation respectifs de l'époque ont fait qu'il n'y avait déjà pas beaucoup d'amour entre le TFI de l'OMS et le secrétariat de la CCLAT, une situation qui s'est aggravée avec le temps. Le secrétariat de la CCLAT doit compter sur les contributions volontaires des signataires de la CCLAT, dont beaucoup ne paient rien. Le secrétariat a demandé aux signataires de créer un fonds d'investissement. Mais les seuls pays susceptibles de payer sont ceux qui contribuent déjà, et c'est donc un défi de taille, d'autant plus qu'à la lumière de la COVID-19 et du monde confronté à une récession mondiale (si ce n'est une dépression), une telle demande est vouée à l'échec.

Les principaux acteurs de la sphère d'influence de Bloomberg refusent de reconnaître un rôle à la RdRT dans la lutte pour vaincre l'épidémie à laquelle ils ont consacré leur vie.

Si les fonds mis à disposition pour la lutte antitabac internationale semblent importants, ils sont très faibles par rapport à l'ampleur du problème. Et malgré toutes les activités antitabac entreprises dans le monde, elles sont manifestement insuffisantes. On aurait donc pu espérer que toutes les agences concernées se saisissent de toutes les options possibles pour aider à réduire l'épidémie de tabagisme. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Les principaux acteurs de la sphère d'influence de Bloomberg refusent de reconnaître un rôle à la RdRT dans la lutte pour vaincre l'épidémie à laquelle ils ont consacré leur vie.

Des coups bas

Mais la campagne anti-RdRT va plus loin que la simple attaque contre la RdRT. Un effort concerté est fourni pour salir la réputation des individus par des allégations d'influence de l'industrie. Le simple fait de citer l'influence de l'industrie, sans chercher à savoir si celle-ci est réelle ou comment elle pourrait opérer, est ce qui demande le moins d'effort, tout en étant le moyen le plus dommageable de saper la recherche.

Les attaques directes contre les individus sortent tout droit du manuel d'un pionnier de l'activisme communautaire : Saul Alinsky. Citant l'ouvrage d'Alinsky intitulé Rules for Radicals (1971), l'ancien directeur de l'ASH britannique Mike Daube a déclaré : « règle numéro un, personnaliser le problème : les personnes qui dirigent ces entreprises sont responsables de ces décès (dus au tabagisme) ». [197]

L'amalgame entre la recherche sur la RdRT et la duplicité industrielle présumée a donné le feu vert aux activistes de la lutte antitabac pour encourager les organisateurs de conférences à retirer les invitations à prendre la parole, voire à interdire la participation, à ceux qui ont été « démasqués » de cette manière.

L'un des exemples récents les plus notoires d'attaque ad hominem fut le traitement réservé au Dr Marewa Glover de Nouvelle-Zélande. Le Dr Glover est une spécialiste des sciences sociales respectée dans le monde entier et une militante pour les droits à la santé des fumeurs des communautés ethniques minoritaires, par l'accès aux PNRR. Les allégations selon lesquelles son travail est influencé par l'industrie du tabac l'ont empêché de parler de son travail et les sponsors d'événements se sont retirés. Elle a également fait l'objet d'une campagne discrète qui a échoué et qui visait à lui retirer sa nomination de Néo-Zélandaise de l'année 2019.

Ce genre de diffamation a tendance à se faire par le bouche-à-oreille, des appels téléphoniques et d'autres manœuvres, sans aucune trace de preuve. Pourtant, Ashley Bloomfield, directeur général de la santé en Nouvelle-Zélande, a écrit à tous les responsables de la santé publique et des districts, leur demandant expressément de ne pas avoir affaire au Dr Glover parce que certains de ses travaux avaient été financés par la Fondation pour un

[197] Berridge, V. (2013). *Demons: Our changing attitudes to alcohol, tobacco, and drugs*. Oxford University Press. P. 176

monde sans tabac. La lettre ne contenait aucune preuve de l'influence de ce financement sur les travaux du Dr Glover.

Dans un bulletin d'information sur la santé publique en Nouvelle-Zélande, le Dr Prudence Stone, PDG de l'Association de santé publique, a affirmé que le Dr Glover avait fait de fausses déclarations au comité parlementaire de la Nouvelle-Zélande qui étudiait les amendements au projet de loi sur les environnements sans fumée (interdiction de fumer dans les véhicules à moteur transportant des enfants). Au moins dans ce cas, le Dr Glover a reçu des excuses publiques : « Le Dr Stone et l'ASP rétractent leurs commentaires et s'excusent sans réserve auprès du Dr Glover pour lesdits commentaires ». [198]

De la mauvaise science

Les articles des chercheurs doivent être publiés, car la progression de leur carrière en dépend. Les institutions académiques ont besoin que les recherches soient publiées pour justifier le versement de subventions. La plupart des institutions disposent d'attachés de presse qui espèrent attirer l'attention des médias. La tentation est donc grande d'amplifier les résultats d'une recherche pour en faire un bon article.

Les médias ont un appétit malsain pour les peurs sanitaires, et avant la COVID-19, rien n'aiguisait plus cet appétit que les « dangers » du vapotage. Souvent, les chercheurs sont assez circonspects dans leurs conclusions et sont mal à l'aise lorsque leur service de presse en rajoute, donnant lieu à des reportages sensationnels dans les médias. Néanmoins, dans ce cas, il y a des intérêts directs à diffuser autant de mauvaises nouvelles que possible. Ces intérêts sont aidés en cela par la partialité de certaines revues médicales, tandis que d'autres ont simplement des processus d'examen par les pairs moins efficaces.

Richard Smith est l'ancien rédacteur en chef du British Medical Journal, et lorsqu'il a quitté son poste, il a écrit un livre d'une honnêteté rafraîchissante intitulé *The Trouble With Medical Journals* (le problème des revues médicales). Commentant la qualité d'une grande partie des recherches qui parviennent à être publiées, souvent après de multiples rejets, il cite Drummond Rennie, rédacteur en chef adjoint du Journal of the American Medical Association, qui a fait l'observation suivante :

> *« Il semble qu'aucune étude ne soit trop fragmentée, qu'aucune hypothèse ne soit trop triviale, qu'aucune citation de la littérature ne soit trop partiale ou trop égoïste, qu'aucune conception ne soit trop déformée, qu'aucune méthodologie ne soit trop bâclée, qu'aucune présentation des résultats ne soit trop inexacte, qu'aucune analyse ne soit trop intéressée, qu'aucun argument ne soit trop circulaire, qu'aucune conclusion ne soit trop insignifiante ou trop injustifiée, et qu'aucune grammaire et syntaxe ne soit trop offensante pour qu'un article ne finisse quand même par être imprimé ».* [199]

Il existe de nombreux exemples dans le domaine de la recherche sur les PNRR qui interrogent : « comment diable cela a-t-il pu être publié ? » D'une manière générale, les études sont déficientes pour diverses raisons, telles que des études de laboratoire peu pertinentes par rapport au monde réel, l'absence de comparateurs appropriés, la confusion entre association et causalité, une conceptualisation et un contrôle inadéquats des facteurs variables, des méta-analyses qui s'appuient sur des études individuelles défectueuses, et des conclusions politiques exagérées ayant peu de rapport avec la recherche elle-même.

Il existe de nombreux exemples dans le domaine de la recherche sur les PNRR qui interrogent : « comment diable cela a-t-il pu être publié ? »

Nous renvoyons les lecteurs à la démolition scientifique et clinique de la mauvaise science sur les sites Web de Clive Bates, du professeur Michael Siegel, du professeur Brad Rodu, du Dr Carl Philips et du Dr Konstantinos Farsalinos, entre autres. [200]

[198] Dr Glover, communication personnelle.
[199] Smith, R. (2006). *The Trouble with Medical Journals* (1 edition). Routledge. P.85
[200] https://www.clivebates.com/; https://tobaccoanalysis.blogspot.com/; https://rodutobaccotruth.blogspot.com/; https://antithrlies.com/about/; http://www.ecigarette-research.org/research/

Il y a des déclarations tout aussi erronées de la part des autorités sanitaires gouvernementales et des organisations médicales et de santé publique. L'Association respiratoire européenne (European Respiratory Society, ERS), par exemple, a un long parcours anti-vapotage. En 2019, elle a publié un document de synthèse dans lequel elle affirmait que « sur la base d'arguments scientifiquement étayés (sic)… [une] stratégie de réduction des risques du tabac ne doit pas être utilisée comme stratégie de lutte contre le tabagisme dans la population » parce que la RdRT :

> *« est fondée sur des affirmations erronées selon lesquelles les fumeurs ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter de fumer, repose sur des hypothèses non documentées selon lesquelles les produits alternatifs d'administration de nicotine sont très efficaces comme aide au sevrage tabagique, s'appuie sur des hypothèses erronées selon lesquelles les fumeurs remplaceront les cigarettes conventionnelles par des produits alternatifs d'administration de nicotine, ignore l'absence de preuves montrant que les produits alternatifs d'administration de nicotine sont sans danger pour la santé humaine. »* [201]

Cette déclaration a fait l'objet d'une réfutation tranchante dans une lettre du professeur John Britton de l'université de Nottingham et de plusieurs autres signataires, dont Déborah Arnott, PDG de UK ASH. La lettre, qui constitue une réponse exemplaire aux allégations courantes contre la RdRT, commence ainsi :

> *« La communauté respiratoire est unie dans son désir de réduire et d'éliminer les dommages causés par le tabagisme, qui est actuellement en passe de tuer un milliard de personnes au XXIe siècle. La politique déclarée de l'European Respiratory Society est 'de promouvoir constamment des politiques fortes et fondées sur des données probantes pour réduire la charge des maladies liées au tabac'.*
>
> *Selon nous, la récente déclaration du Comité de lutte antitabac de l'ERS sur la réduction des risques du tabac, bien que bien intentionnée, semble reposer sur un certain nombre de prémisses erronées et tire ses conclusions d'un compte rendu partiel des données disponibles. Elle présente également une fausse dichotomie entre les approches 'conventionnelles' de lutte contre le tabac et les approches de réduction des risques. Nous répondons donc, à notre tour, aux sept arguments présentés contre l'adoption de la réduction des risques dans la déclaration du Comité. »* [202]

La campagne de l'OMS contre la RdRT

Le plus dommageable, du point de vue de la santé publique mondiale, est l'attitude anti-RdRT adoptée par l'OMS.

Le plus dommageable, du point de vue de la santé publique mondiale, est l'attitude anti-RdRT adoptée par l'OMS. L'OMS a clairement indiqué que l'usage récréatif de la nicotine est inacceptable et, sous les auspices du TFI et de la CCLAT, elle fait tout ce qui est en son pouvoir pour saper la RdRT.

En décembre 2019, témoignant lors de l'audition du Sénat philippin sur les e-cigarettes, Ranti Fayokun, du département de prévention des maladies non transmissibles du siège de l'OMS, a affirmé que les produits de vapotage contiennent des produits chimiques et des métaux toxiques et cancérigènes, qu'ils affectent le cerveau en développement, qu'ils ont provoqué l'EVALI depuis 2012 et qu'ils ont conduit à la consommation de cannabis.

Elle n'a pas voulu répondre au fait que sur le propre site web du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS, il était explicitement indiqué que :

> *« L'utilisation de l'e-cigarette n'implique pas la combustion du tabac et l'inhalation de la fumée de tabac comme c'est le cas pour la cigarette, par conséquent, l'utilisation de l'e-cigarette devrait présenter un risque de*

[201] *Document de position de l'ERS sur la réduction des risques du tabac. Une déclaration du comité de lutte contre le tabagisme de l'ERS* (mai 2019). European Respiratory Society (Société européenne de pneumologie). https://www.ersnet.org/advocacy/eu-affairs/ers-position-paper-on-tobacco-harm-reduction-2019

[202] Britton, J. et al. (2020). A rational approach to e-cigarettes: challenging ERS policy on tobacco harm reduction. *European Respiratory Journal*, 55(5). https://doi.org/10.1183/13993003.00166-2020

Source : Wikimedia Commons
L'Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.

> *maladie et de décès inférieur à celui du tabagisme. La mise en place d'une réglementation appropriée permettra de minimiser les risques potentiels liés à l'utilisation de l'e-cigarette. »* [203]
>
> *« Les e-cigarettes ont le potentiel de réduire l'énorme charge de morbidité et de mortalité causée par le tabagisme si la plupart des fumeurs passent aux e-cigarettes et si les préoccupations de santé publique sont correctement prises en charge. »*

En janvier 2020, l'OMS a publié une page de questions-réponses sur les ENDS (Electronic Nicotine Delivery Systems). En réponse à de sévères critiques, elle a publié une mise à jour non annoncée et supprimé certaines des déclarations les plus manifestement trompeuses, tout en ne reconnaissant pas avoir fait ces corrections. Pour citer Clive Bates :

> *« Il y a neuf questions et chaque réponse fournit des informations fausses, trompeuses ou simplistes, et cela reste vrai pour la mise à jour du 29 janvier. Il s'agit d'une parodie honteuse de communication scientifique et de conseil en matière de politique et cela remet une fois de plus en cause la compétence de l'OMS, s'il y a encore un doute à ce sujet. Mais elle est si mauvaise qu'elle ne peut même pas servir de propagande aux activistes anti-vapotage, et c'est peu dire. »* [204]

L'approche hostile et intransigeante envers la RdRT doit être replacée dans le contexte d'une lutte antitabac qui, comme l'a fait remarquer un éditorial du *Lancet*, a été « d'une lenteur stupéfiante ». [205] Les responsables dans la sphère de Bloomberg sont prompts à blâmer l'industrie du tabac pour la lenteur des progrès. Il ne fait aucun doute que les engagements de l'industrie auprès des gouvernements au fil des ans ont joué un rôle. Mais il y a beaucoup d'autres facteurs à prendre en compte. Parmi ceux-ci, citons la faible adoption des mesures de lutte contre le tabagisme, le fait que de nombreux pays présentant les pires problèmes de tabagisme abritent une industrie nationale du tabac commercialement importante, ce qui crée des tensions entre les départements gouvernementaux chargés de l'économie et ceux chargés de la santé (souvent

L'approche hostile et intransigeante envers la RdRT doit être replacée dans le contexte d'une lutte antitabac qui, comme l'a fait remarquer un éditorial du Lancet, a été « d'une lenteur stupéfiante ».

[203] Cette déclaration a depuis été retirée du site.
[204] For full details, see Bates, C. (2020, January 30). *World Health Organisation fails at science and fails at propaganda – the sad case of WHO's anti-vaping Q&A*. The Counterfactual. https://www.clivebates.com/world-health-organisation-fails-at-science-and-fails-at-propaganda-the-sad-case-of-whos-anti-vaping-qa/
[205] Lancet editorial 28th May 2016, p.2136

plus faibles politiquement), et le fait que dans les pays aux ressources limitées, les problèmes de santé immédiats peuvent avoir la priorité sur le tabagisme, dont les effets délétères mettent des années à se manifester.

Une étude est parvenue à la conclusion surprenante qu'il n'y avait « aucune preuve indiquant que les progrès mondiaux en matière de réduction de la consommation de cigarettes ont été accélérés par le mécanisme du traité de la CCLAT.

Une étude est parvenue à la conclusion surprenante qu'il n'y avait « aucune preuve indiquant que les progrès mondiaux en matière de réduction de la consommation de cigarettes ont été accélérés par le mécanisme du traité de la CCLAT. [206]

Une présentation de Bloomberg aux bénéficiaires de subventions affirmait qu'en cinq ans, 14 millions de vies avaient été sauvées. [207] Pourtant, les seuls outils disponibles pour évaluer, par exemple, les vies de non-fumeurs sauvées par l'introduction d'environnements sans tabac sont au mieux des techniques de modélisation et de simulation informatique. Comme le fait remarquer David Reubi, les données sur les « vies sauvées » posent des problèmes de surestimation, en raison des extrapolations, des hypothèses et des généralisations. [208]

L'OMS considère que la mise en place de lois se situe « aux plus hauts niveaux de réalisation », alors que de nombreux pays ne peuvent prétendre qu'à des progrès très modestes. Et sans les moyens ou les mécanismes pour les faire appliquer, ces réalisations ne sont guère plus que de la poudre aux yeux.

Compte tenu des sommes dépensées pour mettre en œuvre l'initiative MPOWER de l'OMS au niveau mondial, les limites de celle-ci en termes de réduction effective du tabagisme et d'augmentation des vies sauvées sont préoccupantes. Les baisses les plus importantes du tabagisme ont été enregistrées dans les pays à revenu élevé. Il s'agit d'États dotés de systèmes de santé et de services sociaux relativement bien financés, avec des couches importantes de la population sensibilisées aux avantages d'un mode de vie plus sain.

Comme l'admet l'OMS, le domaine le plus faible de la réalisation de MPOWER est le O (offrir de l'aide), qui est aussi le plus coûteux pour tout gouvernement, car il nécessite des infrastructures et des investissements à plus long terme. Mais au lieu d'ouvrir tous les moyens d'« offrir de l'aide », y compris un accès facile aux PNRR, les politiciens et les décideurs du monde entier sont encouragés par des sources apparemment dignes de confiance à prendre les armes dans la guerre contre la nicotine.

[206] Hoffman, S. J. et al. (2019). Impact of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on global cigarette consumption: quasi-experimental evaluations using interrupted time series analysis and in-sample forecast event modelling. *BMJ, 365*. https://doi.org/10.1136/bmj.l2287

[207] Reubi, op cit. p.97

[208] Reubi op cit. p.100

Chapitre 6
Les politiques de santé : la régulation et le contrôle des PNRR

L'arrivée des PNRR a perturbé l'industrie du tabac, les certitudes de la recherche sur le tabac, vieille de plusieurs décennies, et le récit incontesté des « bons et des méchants » des campagnes antitabac. Cette incertitude a également troublé les gouvernements du monde entier, ces derniers devant rattraper le temps perdu quant aux réponses législatives les plus appropriées.

La plupart des pays n'ont pas mis en place de législation spécifique concernant les PNRR. Dans les autres, les PNRR ont été intégrés à la législation existante sur le tabac, réglementés en tant que produits médicaux ou tout simplement interdits, laissant les produits nicotiniques combustibles les plus nocifs légalement disponibles.

36 pays interdisent la vente de produits de vapotage à base de nicotine	Antigua-et-Barbuda, Argentine, Australie, Bhoutan, Brésil, Brunei, Cambodge, Colombie, Corée du Nord, Égypte, Éthiopie, Gambie, Inde, Iran, Japon, Koweït, Liban, Maurice, Mexique, Népal, Nicaragua, Oman, Panama, Qatar, Seychelles, Singapour, Sri Lanka, Suriname, Syrie, Thaïlande, Turquie, Turkménistan, Uruguay, Venezuela
1 pays interdit la vente de tabac*	Bhoutan
75 pays réglementent la vente de produits de vapotage à base de nicotine	Allemagne, Autriche, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Bélarus, Belgique, Bulgarie, Canada, Chili, Chine, Hong Kong, Costa Rica, Croatie, Chypre, Corée du Sud, Danemark, El Salvador, Équateur, Estonie, Fidji, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Honduras, Hongrie, Indonésie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Côte d'Ivoire, Jamaïque, Jordanie, Laos, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malaisie, Maldives, Malte, Moldavie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Nigéria, Norvège, Palau, Paraguay, Philippines, Pologne, Portugal, Roumanie, Saint-Marin, Afrique du Sud, Sénégal, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Taiwan, Tadjikistan, Togo, Tunisie, Ukraine, EAU, Royaume-Uni, États-Unis, Vietnam
85 pays ne disposent d'aucune loi ou réglementation spécifique sur les produits de vapotage à base de nicotine	Afghanistan, Albanie, Algérie, Andorre, Angola, Arménie, Bahamas, Bangladesh, Belize, Bénin, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Burkina Faso, Birmanie (Myanmar), Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, République démocratique du Congo, Cuba, Djibouti, Dominique, République dominicaine, Guinée équatoriale, Érythrée, Guyane française, Gabon, Ghana, Grenade, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guyane, Haïti, Irak, Kazakhstan, Kenya, Kiribati, Kosovo, Kirghizistan, Lesotho, Liberia, Libye, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Monaco, Mongolie, Monténégro, Maroc, Mozambique, Namibie, Nauru, Niger, Pakistan, Palestine, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou, Fédération de Russie, Rwanda, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Îles Salomon, Somalie, Sud-Soudan, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tuvalu, Ouzbékistan, Vanuatu, Yémen, Zambie

* Le Bhoutan a temporairement levé l'interdiction de la vente de tabac à partir d'août 2020, la date de reprise est incertaine

Depuis notre dernier rapport, les défis déjà considérables que représente la lutte contre l'épidémie mondiale de tabagisme ont été davantage mis à mal par l'approche et la rhétorique de plus en plus prohibitionnistes de plusieurs pays, notamment ceux des PRFM. Malgré cela, le nombre de pays avec des interdictions a diminué de 39 à 36 depuis notre dernier rapport en 2018.

Le nombre de pays avec des interdictions a diminué de 39 à 36 depuis notre dernier rapport en 2018.

Les changements de statut juridique des produits de vapotage à base de nicotine entre le 29 septembre 2018 et le 1er juillet 2020.

D'interdits à autorisés	Bahreïn, Jordanie, Malaisie, Arabie Saoudite, EAU
De l'absence de loi spécifique à autorisés	Azerbaïdjan, Belarus, Chili, El Salvador, Géorgie, Israël, Côte d'Ivoire, Laos, Macédoine, Maldives, Sénégal, Serbie, Suisse, Tadjikistan, Tunisie, Ukraine, Hong Kong
D'autorisés à interdits	Inde, Koweït, Turquie
De l'absence de loi spécifique à interdits	Iran

Le nombre de pays dans lesquels les PTC sont commercialisées a augmenté depuis 2018 et ils sont désormais vendus dans 51 pays. Le nombre de pays autorisant la vente de snus est resté à peu près le même depuis 2018.

51 pays où les PTC sont commercialisés	Andorre, Arménie, Autriche, Bahreïn, Bulgarie, Canada, Colombie, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, République dominicaine, Estonie, Éthiopie, France, Allemagne, Grèce, Guatemala, Israël, Italie, Japon, Kazakhstan, Corée du Sud, Koweït, Lettonie, Lituanie, Macédoine, Malaisie, Moldavie, Monaco, Nouvelle-Zélande, Oman, Pays-Bas, Palestine, Pologne, Portugal, Qatar, Roumanie, Fédération de Russie, Arabie Saoudite, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Afrique du Sud, Espagne, Suisse, Taiwan, Ukraine, EAU, Royaume-Uni, États-Unis
13 pays interdisent la vente de PTC	Australie, Éthiopie, Inde, Iran, Malte, Norvège, Panama, Singapour, Sri Lanka, Thaïlande, Turquie, Turkménistan, Mexique (interdiction de la vente et de l'importation de dispositifs de chauffage du tabac uniquement, les PTC consommables sont considérés comme des produits du tabac réglementés par la loi sur le tabac existante).
81 pays autorisent la vente de snus	Afghanistan, Albanie, Algérie, Angola, Argentine, Arménie, Bahamas, Bangladesh, Barbade, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Canada, Chili, Chine, Hong Kong, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, Égypte, El Salvador, Éthiopie, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Guatemala, Guinée, Honduras, Israël, Côte d'Ivoire, Japon, Kazakhstan, Kenya, Corée du Sud, Kosovo, Koweït, Kirghizistan, Liban, Lesotho, Liberia, Libye, Malaisie, Mali, Mauritanie, Maurice, Mexique, Mongolie, Maroc, Mozambique, Namibie, Népal, Nicaragua, Niger, Norvège, Oman, Palestine, Panama, Paraguay, Pérou, Philippines, Qatar, Arabie saoudite, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Afrique du Sud, Swaziland, Suède, Suisse, Syrie, Taiwan, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Ukraine, EAU, États-Unis, Uruguay, Ouzbékistan, Venezuela
39 pays interdisent la vente de snus	Australie, Autriche, Bahreïn, Biélorussie, Belgique, Bulgarie, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Monténégro, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Pologne, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Turquie, Turkménistan, Royaume-Uni, Vanuatu

Pour les détails spécifiques à chaque pays, voir le site web de GSTHR www.gsthr.org.

La réglementation de la lutte antitabac est promulguée au niveau international, régional et national. Dans les pays dotés de fédérations et d'États semi-autonomes, comme les États-Unis, le Canada et l'Australie, des règles et réglementations légèrement différentes s'appliquent entre les diverses juridictions et entre les juridictions et le gouvernement central.

La CCLAT de l'OMS et la Conférence des Parties (COP)

Les PNRR, plus récents, sont arrivés sur le marché après l'entrée en vigueur de la CCLAT en 2005.

La Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), premier traité international de l'OMS en matière de santé, est entrée en vigueur en 2005. Elle fixe un cadre permettant aux pays d'élaborer leurs politiques de lutte antitabac, en particulier les PRFM qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour initier leurs propres politiques. Il est généralement admis que des réglementations sont nécessaires pour contrôler la vente et la commercialisation des cigarettes, les lieux où les gens peuvent fumer et l'accès des jeunes aux cigarettes. Les problèmes liés à la mise en œuvre de la CCLAT et de ses directives découlent de l'arrivée sur le marché, après 2005, des nouveaux PNRR.

Le financement de Bloomberg a permis au CTFK d'étendre son rôle à l'international, par exemple en conseillant les PRFM sur les contrôles des PNRR. Le CTFK sait que de nombreux pays ne disposent pas de réglementations spécifiques sur les PNRR. Il sait également que de nombreux pays n'ont pas encore pleinement mis en œuvre la CCLAT et ne pourront pas le faire dans un avenir proche. Sa recommandation (ainsi que celle de l'Union209 et du TFI de l'OMS) est que les pays interdisent totalement les PNRR jusqu'à ce qu'ils aient pleinement mis en œuvre la Convention, et qu'ils réglementent ensuite les PNRR comme s'il s'agissait de produits combustibles. Les fumeurs actuels dans les pays qui suivent cette recommandation auront peu de chances d'avoir un accès légal aux PNRR. [210]

Prise de position de L'Union sur les ventes d'e-cigarettes et de PTC dans les PRFM. (s.d.). L'Union. Consulté le 20 juillet 2020, à l'adresse https://theunion.org/technical-publications/union-position-paper-on-e-cigarettes-and-htp-sales-in-lmics (accessed November 2020)

D'une manière qui pourrait être décrite comme du néocolonialisme, la CTFK et d'autres ONG influentes ont l'habitude de s'immiscer dans les affaires des pays signataires, et ce depuis les négociations qui ont conduit à l'introduction de la CCLAT.

Greg Jacob était un expert en droit constitutionnel au Bureau de conseil juridique du département de la Justice des Nations unies et un membre de la délégation américaine impliquée dans les dernières étapes des négociations de la CCLAT à Genève en 2003. L'année suivante, il a publié un article dans le Chicago Journal of International Law dans lequel il dénonçait les négociations de la CCLAT comme un véritable « naufrage » et un « processus profondément défectueux ». [211]

[209] *Union Position Paper on E-cigarettes and HTP sales in LMICs.* (n.d.). The Union. Retrieved 20 July 2020, from https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/union-position-paper-e-cigarette-and-htp-2020
[210] CTFK webinar on control of SNP https://www.youtube.com/watch?v=9RczYcBZkyY&feature=youtu.be&t=319
[211] Jacob, G. (2004). Without Reservation. *Chicago Journal of International Law,* 5(1). https://chicagounbound.uchicago.edu/cjil/vol5/iss1/19, p.287-302

Comme c'était la première fois que l'OMS participait à la rédaction d'un traité international sur la santé, de nombreux délégués étaient ministres de la Santé, et plusieurs de ces ministres étaient aussi médecins. Mais s'ils connaissaient bien les effets du tabagisme sur la santé, ils ne savaient rien du droit international et du processus de négociation des traités, pas plus d'ailleurs que les fonctionnaires de l'OMS. C'est dans cette brèche, écrit Jacob, que se sont engouffrées des ONG américaines, principalement l'ASH et la CTFK, qui se sont regroupées pour former l'Alliance pour la convention-cadre (FCA) des ONG antitabac « approuvées » par l'OMS. Il décrit comment cette influence s'est exercée :

> *« ...les ONG n'ont certainement pas agi en tant que conseillers juridiques désintéressés et, en cours de route, plus d'une délégation a été bernée à croire les versions trop souvent déformées de la vérité présentées par les ONG. »*

Les ONG n'ont pas non plus hésité à considérer, comme tous les défenseurs des bonnes mœurs, que la fin justifie les moyens. M. Jacobs a déclaré avoir été suivi dans tout le bâtiment par des représentants d'ONG qui s'ingéniaient à écouter ses appels téléphoniques en prenant des notes.

Un autre aspect des négociations a perturbé Jacob, et son impact se fait vivement ressentir aujourd'hui. Il concerne la définition de la « publicité et de la promotion en faveur du tabac », dont il était évident pour Jacob et la plupart des délégués présents aux réunions de négociation que les définitions étaient ridiculement vagues.

> *« Il a fallu un petit miracle pour que le mot 'commercial' soit inséré dans la définition de 'publicité et promotion en faveur du tabac', car de nombreux membres des groupes régionaux de l'OMS souhaitaient que la définition couvre les discours non commerciaux d'acteurs extérieurs à l'industrie du tabac. »*

Aujourd'hui encore, l'ingérence se poursuit avec une férocité croissante dans la tentative de « neutraliser » toute personne qui défend ou recherche la RdRT, qui dans ce récit est, par définition, un « membre » de l'industrie. Ce qui est devenu une obsession de la lutte antitabac et une distraction majeure de la question réelle (et bien plus complexe et difficile) de la réduction des décès et des maladies liés au tabagisme, est inscrit dans un document obscur : les Directives du traité Article 5.3.

L'article lui-même exhorte raisonnablement les signataires du traité à être ouverts et transparents concernant leurs relations avec l'industrie du tabac et à ne pas permettre d'ingérence indue dans la politique. Les directives qui accompagnent le texte principal ont cependant été ridiculement surinterprétées, comme le montre cet exemple récent.

La campagne STOP, financée par Bloomberg et liée aux agences Good Governance of Tobacco Control et South East Asian Tobacco Control Alliance, a récemment lancé un concours destiné aux moins de 18 ans pour la conception de graphiques visant à sensibiliser le public, avec un voyage tous frais payés à Bangkok pour les gagnants. [212] Voici la déclaration d'intérêt à laquelle les participants ont dû souscrire :

La déclaration d'intérêts

A. LES « INTÉRÊTS » DÉSIGNENT TOUT LIEN FINANCIER OU NON FINANCIER AVEC L'INDUSTRIE DU TABAC, Y COMPRIS PAR LE BIAIS D'UN EMPLOI, D'UNE ACTIVITÉ DE CONSEIL, DE RECHERCHES, D'INTÉRÊTS COMMERCIAUX, PROFESSIONNELS OU PERSONNELS, DE CONTRIBUTIONS OU DE CADEAUX, D'INTÉRÊTS FAMILIAUX OU DE CEUX DU CONJOINT/PARTENAIRE, DE RELATIONS JUSQU'AU QUATRIÈME DEGRÉ DE CONSANGUINITÉ ET D'AFFINITÉ, ET DE RELATIONS SOCIALES FRÉQUENTES OU RÉGULIÈRES. (POUR PLUS DE CLARTÉ, VOIR LE TABLEAU DES PARENTS EN ANNEXE).

B. « L'INDUSTRIE DU TABAC » DÉSIGNE (A) TOUT FABRICANT, TRANSFORMATEUR, DISTRIBUTEUR EN GROS OU IMPORTATEUR DE TABAC OU DE PRODUITS DU TABAC, (B) TOUTE SOCIÉTÉ MÈRE, SOCIÉTÉ AFFILIÉE, SUCCURSALE OU FILIALE D'UN FABRICANT, D'UN DISTRIBUTEUR EN GROS, D'UN IMPORTATEUR, D'UN DÉTAILLANT OU D'UN IMPORTATEUR DE TABAC OU DE PRODUITS DU TABAC OU (C) TOUT INDIVIDU OU ENTITÉ, TEL QUE, MAIS SANS S'Y LIMITER, UN GROUPE D'INTÉRÊT, UN GROUPE DE RÉFLEXION, UNE ORGANISATION DE DÉFENSE, UN AVOCAT, UN CABINET D'AVOCATS, UN SCIENTIFIQUE, UN LOBBYISTE, UNE AGENCE DE RELATIONS PUBLIQUES ET/OU DE PUBLICITÉ, UNE ENTREPRISE OU UNE FONDATION, QUI REPRÉSENTE OU TRAVAILLE À LA PROMOTION DES INTÉRÊTS DE L'INDUSTRIE DU TABAC, Y COMPRIS, MAIS SANS S'Y LIMITER, CEUX ÉNUMÉRÉS DANS TOBACCOTACTICS.ORG.

JE DÉCLARE QU'À L'EXCEPTION DES INTÉRÊTS DÉCLARÉS DANS LE FORMULAIRE CI-DESSOUS, JE N'AI PAS D'INTÉRÊTS, ACTUELLEMENT OU AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES, LIÉS À L'INDUSTRIE DU TABAC, ET JE NE REPRÉSENTE NI NE REÇOIS SCIEMMENT AUCUNE CONTRIBUTION OU COMPENSATION, DIRECTE OU INDIRECTE, FINANCIÈRE OU AUTRE, DE L'INDUSTRIE DU TABAC.

JE CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS DONNÉES CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIES, EXACTES ET COMPLÈTES.

L'expression « le quatrième degré de consanguinité » signifie que le candidat, un adolescent, doit affirmer qu'il n'a aucun lien industriel avec ses arrière-arrière-grands-parents ou ses cousins au troisième degré.

Pourtant, alors que le concept de RdRT est boudé par l'OMS et toutes les agences financées par Bloomberg, l'article 1, paragraphe (d), page 11 de la CCLAT stipule spécifiquement que « la 'lutte antitabac' [c'est nous qui mettons en exergue] désigne un ensemble de stratégies de réduction des risques, de l'offre et de la demande qui visent à améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et son exposition à la fumée du tabac. » Aucun produit de vapotage n'était en circulation au moment de l'élaboration de la CCLAT, mais l'OMS avait alors reconnu l'impératif de santé publique lié au VIH et aux drogues et savait ce que signifiait la réduction des risques dans ces circonstances. Une fois que les PNRR sont devenus largement disponibles, l'OMS a eu tout le loisir de proposer une définition réelle de la réduction des risques par le biais de directives, conformément à son application à d'autres questions de santé mondiale.

L'article 1 de la CCLAT stipule spécifiquement que la « lutte antitabac » désigne un ensemble de stratégies de réduction des risques, de l'offre et de la demande.

Les PNRR (ou ENDS dans la terminologie de l'OMS) sont apparus sur le radar de l'agence il y a une dizaine d'années. La réunion de la COP (conférence des parties) des pays signataires de la CCLAT a lieu tous les deux ans. Lors de la COP 4 (2010) et de la COP 5 (2012) ont eu lieu les premières discussions sur la manière dont les nouveaux produits pourraient être réglementés. Lors de la COP 6, il a été demandé à l'OMS de préparer un document d'information pour la COP 7, ce qui a été confié au Groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac, TobRegNet.

Le rapport de TobRegNet était relativement équilibré. Par exemple, le paragraphe 5 sur le rôle potentiel des PNRR dans la lutte contre le tabagisme indique :

> *« Si la grande majorité des fumeurs de tabac qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter de fumer passaient sans tarder à l'utilisation d'une source alternative de nicotine présentant des risques moindres pour la santé, et finissaient par cesser de l'utiliser, cela représenterait une avancée majeure en matière de santé publique contemporaine. »* [213]

Les délégués à la COP 7 ont accueilli favorablement le rapport et les signataires sont repartis pour réfléchir à l'application des mesures réglementaires en fonction de leurs lois nationales et des objectifs de santé publique. Il s'agit là d'un point important, et d'une caractéristique de tous les traités multilatéraux des Nations unies. La CCLAT étant « juridiquement contraignante », cela signifie en pratique que les signataires se sont engagés à mettre en œuvre des contrôles dans l'esprit des usages et pratiques appliquées à tous les traités internationaux. Mais en dehors de la contrebande, la lutte antitabac relève du droit national et, en fin de compte, ce qui est inscrit dans la loi reste du ressort de chaque gouvernement.

TobRegNet a produit un autre rapport en 2019. Il s'agit aussi d'un examen des données raisonnablement équilibré. [214] Le rapport fait référence à un concept très utilisé connu sous l'expression « principe de précaution », ce qui signifie une approche prudente des innovations potentiellement dangereuses. En 2000, la Commission européenne a publié des lignes directrices détaillées sur l'équilibre à atteindre dans l'élaboration des politiques entre les droits et les libertés et la réduction des risques, que ce soit pour les humains, les animaux ou l'environnement. Ces lignes directrices encouragent la prise de décision politique, par exemple sur la base de la proportionnalité, de la non-discrimination, d'une analyse coûts/avantages, et plus particulièrement de « l'examen des développements scientifiques ».

Le principe de précaution a été surinterprété au niveau politique de la CCLAT pour pousser à des contrôles maximums, seulement par « prudence ». Cependant, rien dans

---

[212] *Expose Tobacco Industry Manipulation, Save the Next Generation*. (2020). https://www.ggtc.world/exposetobacco/

[213] *Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems* (ENDS/ENNDS). (2016). [Statement]. WHO. https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_EN.pdf

[214] *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation. Report on the scientific basis of tobacco product regulation: seventh report of a WHO study group*. (No. 1015; WHO Technical Report Series). (2019). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329445/9789241210249-eng.pdf

le dernier rapport TobRegNet ne peut être considéré comme un signal envoyé aux signataires de la CCLAT de renforcer une approche de plus en plus prohibitionniste des PNRR. Quoi qu'il en soit, on observe un décalage croissant entre le ton des données scientifiques produites au sein de l'OMS et sa rhétorique politique publique attaquant la RdRT.

En septembre 2019, le Dr Vera Luiza da Costa e Silva, alors chef du Secrétariat de la Convention, a déclaré : « Le vapotage est un camouflage perfide et aromatisé d'une catastrophe sanitaire à venir si aucune mesure n'est prise dès maintenant. » [215]

Son successeur, le Dr Adriana Marquizo, de l'Uruguay (qui a déjà interdit les PNRR alors que c'était le premier pays au monde à légaliser la marijuana), s'en est tenu à la ligne du parti dans cette interview :

> *« Il s'agit d'un domaine très préoccupant, notamment en raison des tactiques de marketing systématiques, agressives et continues employées pour attirer une nouvelle génération de consommateurs de tabac par l'introduction d'arômes et d'autres caractéristiques attrayantes. »* [216,217]

La Directive européenne sur les Produits du Tabac (DPT)

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:European_Commission_in_Brussels.jpg

Adoptée en 2001, la Directive sur les Produits du Tabac (DPT) a été la première grande législation européenne spécifiquement liée aux produits du tabac. Elle est le seul exemple d'une approche régionale de la réglementation. Tous les États membres de l'UE doivent intégrer la DPT dans leur législation nationale.

Près d'une décennie auparavant, la première attaque contre ce qui s'est avéré être un PNRR important a été l'interdiction de la vente de snus dans toute l'UE en 1992,

---

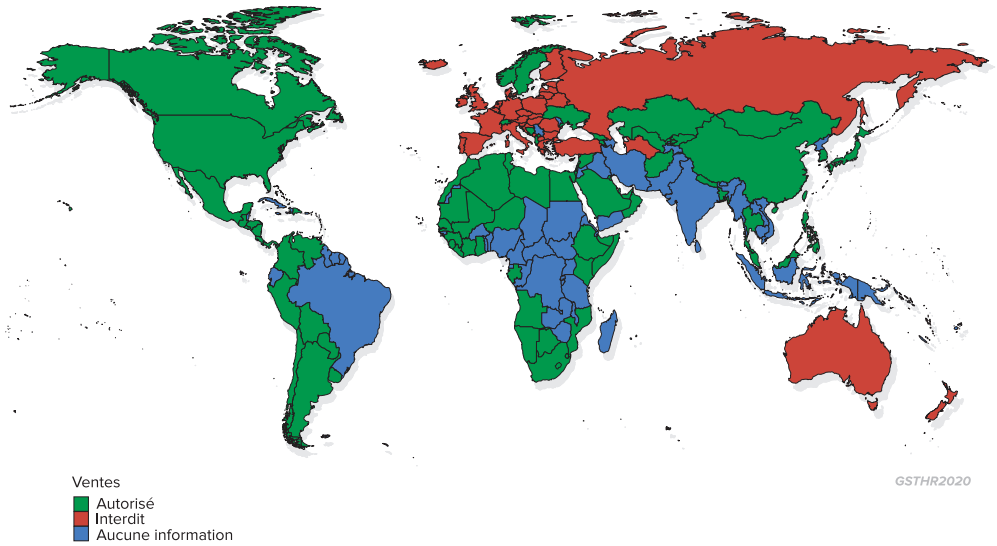
[215] *WHO | The Convention Secretariat calls Parties to remain vigilant towards novel and emerging nicotine and tobacco products.* (n.d.). WHO; World Health Organization. Retrieved 1 July 2020, from http://www.who.int/fctc/mediacentre/news/2019/remain-vigilant-towards-novel-new-nicotine-tobacco-products/en/

[216] *WHO FCTC.* (2020, June 15). https://www.facebook.com/FCTCofficial/posts/2578089132443187

[217] Pour rappel, si l'OMS accueille le secrétariat de la CCLAT et est l'employeur légal du personnel, le secrétariat est techniquement indépendant de l'OMS et de son programme de lutte antitabac et doit rendre des comptes aux pays signataires de la CCLAT.

en réponse à la tentative de la société américaine Smokeless Tobacco Company d'introduire les Skoal Bandits oraux au Royaume-Uni. Lorsque la Suède a rejoint l'UE en 1995, le snus y était déjà largement utilisé et a donc été exempté de l'interdiction.

Le statut juridique du snus



GSTHR 2020

Dans les années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la DPT, les rapports de la Commission européenne ont identifié de nouveaux produits liés au tabac susceptibles d'être contrôlés afin de garantir la conformité avec les politiques d'harmonisation de l'UE, notant des divergences croissantes entre les États membres. La vente de dispositifs de vapotage étant en pleine expansion dans l'UE, les États membres ont demandé des conseils et des éclaircissements à la Commission. En 2012, la Direction de la santé et des consommateurs a élaboré une proposition de révision de la DPT de 2001 selon laquelle les produits dont la teneur en nicotine dépasse un certain pourcentage, y compris la plupart des dispositifs de vapotage sur le marché, devraient être autorisés en tant que médicaments.

Lorsque la proposition fut présentée au Parlement européen en 2013, de nombreux amendements à l'article ont été proposés, notamment un amendement selon lequel tous les produits de vapotage ne pourraient être vendus comme des médicaments que dans le cadre de la réglementation pharmaceutique. Les objections majeures des vapoteurs via leurs représentants politiques de l'UE ont contribué à faire dérailler cette idée. En 2016, une DPT révisée, connue sous le nom de DPT2, est entrée en vigueur.

La DPT2 réglemente la fabrication, la vente, la distribution et la publicité des produits du tabac dans l'Union européenne, couvrant le vapotage et les PTC, avec des limitations sur la teneur en nicotine et la taille des bouteilles de liquide, tout en réaffirmant l'interdiction du snus. La DPT2 est actuellement en cours de révision, le rapport et les éventuelles propositions devant être publiés en mai 2021.

En vue de la préparation de la prochaine itération de la DPT, le Comité scientifique de la santé, de l'environnement et des risques émergents (SCHEER) a été invité à apporter sa contribution.

En 2018, le réseau d'agences de l'UE pour les avis scientifiques (ANSA) a publié un rapport examinant comment les agences de l'UE ont abordé la question de l'incertitude scientifique dans leurs différentes sphères d'expertise.

Le rapport a conclu que parmi les 12 agences européennes du réseau, il existait des différences inévitables quant à la définition de l'incertitude scientifique, et ce en fonction du type de données utilisées pour l'évaluation scientifique. Il existe des différences, par exemple, entre les ensembles de données cliniques ou toxicologiques et les études de population en sciences sociales. Malgré cela, les agences doivent trouver un équilibre lorsqu'elles communiquent des incertitudes « vraisemblables »

sans risquer une interprétation figée du type « on ne sait rien ». « Trouver cet équilibre est l'un des principaux objectifs de la communication des risques et revêt une importance fondamentale pour toutes les agences. » [218]

Il est donc primordial que le SCHEER, lorsqu'il expose son avis, puisse trouver le bon équilibre en utilisant tous les faits connus disponibles et sans surinterpréter le principe de précaution, et ce bien que les termes de référence pour la formulation soient davantage pondérés du côté des risques que des avantages :

> *« L'évaluation portera sur le rôle des dispositifs de vapotage, en relation avec :*
> *– leur utilisation et leurs effets néfastes sur la santé (c'est-à-dire les effets à court et à long terme) ;*
> *– les risques associés à leur conception technique et à leur composition chimique (par exemple, le nombre et les niveaux de substances toxiques) et au cadre réglementaire européen existant (par exemple, la concentration et les limites de nicotine) ;*
> *– leur rôle en tant que passerelle vers le tabagisme ou initiation au tabagisme (particulièrement pour les jeunes) ;*
> *– leur rôle dans l'arrêt du tabagisme traditionnel. »*

La Commission sollicite aussi la contribution de la société de recherche Open Evidence qui, en consortium avec la London School of Economics, BDI Research et l'Institut catalan d'oncologie, mènera une étude sur la perception des produits. Le consortium examinera les points suivants :

> *« La préférence et la perception des consommateurs relative à des catégories spécifiques de produits du tabac et de produits connexes pour la Commission européenne (DG SANTÉ). L'étude veut analyser les préférences et les perceptions des consommateurs concernant 5 catégories de produits du tabac, à savoir : les nouveaux produits du tabac, les petits cigarillos, les cigarettes fines, les cigarettes électroniques, le tabac pour pipe à eau.*
>
> *L'étude résumera les informations disponibles à ce jour et collectera des données primaires quantitatives et qualitatives afin de fournir une vue d'ensemble de ces produits et de leurs consommateurs. »* [219]

Les contributions scientifiques à l'élaboration des politiques sont souvent très prudentes et assorties de mises en garde. Il reste à voir dans quelle mesure la Commission européenne et les États membres surinterprèteront ou sélectionneront les données. Mais des déclarations publiques comme celle-ci ne sont pas de bon augure :

> *« Les e-cigarettes sont peut-être moins nocives, selon certains rapports, mais elles restent un ‚poison' », a déclaré Arūnas Vinčiūnas, chef de cabinet de la Commission européenne de la santé* (EURACTIV, 6 février 2019).

Vinčiūnas a poursuivi avec :

> *« Je suis particulièrement inquiet que les jeunes se mettent au vapotage et à divers nouveaux produits comme les produits du tabac chauffé et les e-cigarettes, qui sont de plus en plus commercialisés avec des allégations trompeuses. »* (Journée mondiale sans tabac, 29 mai 2019).

Le climat autour de l'avenir des PNRR au sein de l'UE n'est donc pas très prometteur. Les PNRR étant déjà autorisés et établis au sein de l'UE, il est peu probable que l'étude recommande une interdiction totale, bien qu'il n'y ait aucun intérêt politique à revenir sur l'interdiction du snus. Toutefois, l'interdiction des arômes constituerait une interdiction de facto, ce qui découragerait les fumeurs qui cherchent à changer de consommation. L'interdiction des arômes gagne en popularité comme moyen de saper la RdRT. Les Pays-Bas ont déjà proposé une interdiction des arômes au niveau

---

[218] *Autorité européenne de sécurité des aliments (2018). Approches pour évaluer et gérer l'incertitude scientifique : exemples d'agences ANSA de l'UE. (*Office des publications de l'Union européenne, p. 33-34) [Politique et organisation de la recherche]. Office des publications de l'Union européenne.. http://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9880c8bc-83eb-11e8-ac6a-01aa75ed71a1

[219] *Information webinar on tobacco policy. Videoconference. Draft summary record.* (2020, March 19). https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/ev_20200319_sr_en.pdf

national, tandis que le Danemark et la Belgique ont fait état d'une approche similaire. Le contrôle des arômes pourrait bien être le prochain champ de bataille mondial pour la défense de la RdRT.

Il est possible qu'il y ait un certain recul politique parmi les signataires de la CCLAT contre les interdictions complètes, car cela nécessiterait, en théorie, un niveau de priorité d'application qui pourrait être ressenti comme une imposition, en particulier dans les PRFM ayant des capacités limitées et d'autres priorités de santé publique. Cependant, l'interdiction des arômes (et l'autorisation de vente uniquement pour les produits médicalement approuvés) pourrait effectivement tuer une grande partie de l'industrie des PNRR, tout en cochant des cases politiques montrant que les gouvernements « font quelque chose ».

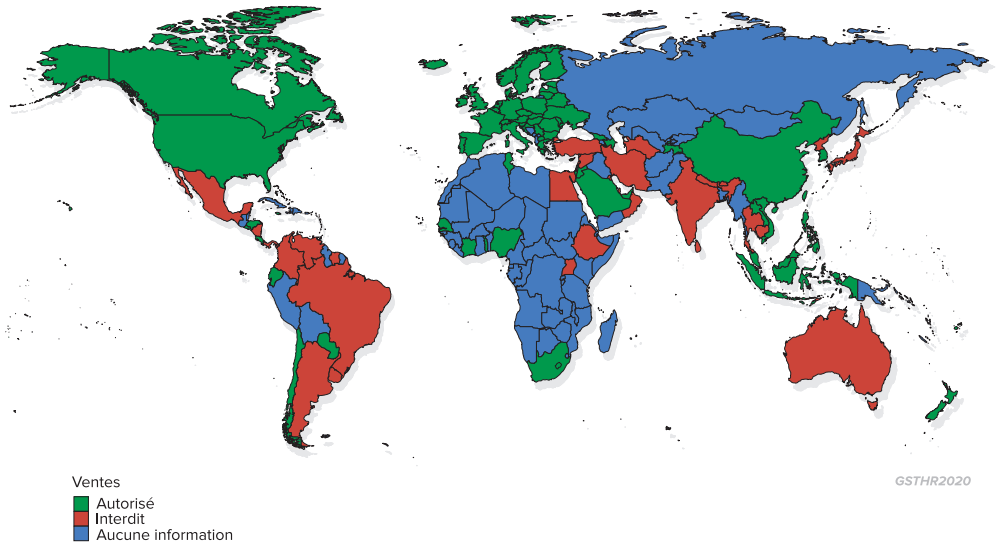
Le contrôle des arômes pourrait bien être le prochain champ de bataille mondial pour la défense de la RdRT.

Lors de la huitième conférence européenne « Le tabac ou la santé » qui s'est tenue à Berlin en février 2020, la DG SANTÉ, responsable des politiques de santé et de sécurité alimentaire de la Commission européenne, a recommandé une telle interdiction. Une déclaration issue de la conférence préconise l'égalisation des régimes fiscaux du vapotage et du tabac. Cela pourrait mettre les produits de vapotage hors de portée de nombreux consommateurs et forcer les utilisateurs actuels à se rabattre sur des cigarettes moins chères, notamment les produits issus des marchés illégaux.

Tout porte à croire que le Secrétariat de la CCLAT défendra une ligne prohibitionniste lors de la prochaine CdP et sera sans aucun doute influencé par les résultats de l'examen de la DPT, notamment parce que les deux processus ont des fonctionnaires en commun, ce qui souligne l'interconnexion et l'influence de l'un sur l'autre. La prochaine réunion de la CdP se tiendra aux Pays-Bas en novembre 2021, six mois après le rapport sur la révision de la DPT2, qui a été retardé de 12 mois en raison de la pandémie de COVID.

Les PNRR : un aperçu mondial et national

Le statut juridique des produits de vapotage à base de nicotine



GSTHR 2020

Au-delà de la vue d'ensemble, il existe toute une panoplie d'options réglementaires couvrant l'enregistrement des produits, la sécurité et les limitations (telles que la teneur en nicotine et l'interdiction des arômes), les niveaux de taxation, les ventes en ligne, les limitations d'âge à l'achat et le vapotage dans les espaces publics. Pour des détails spécifiques à chaque pays, consultez le site Web de la GSTHR www.gsthr.org.

64 pays ont des restrictions d'âge sur la vente de produits de vapotage à base de nicotine	16 ans et plus : Autriche, Belgique, Liechtenstein 18 ans et plus : Barbade, Bhoutan, Brésil, Bulgarie, Chine, Hong Kong, Costa Rica, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, Équateur, El Salvador, Estonie, Fidji, Finlande, France, Géorgie, Allemagne, Grèce, Hongrie, Inde, Irlande, Israël, Italie, Côte d'Ivoire, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malaisie, Maldives, Malte, Mexique, Moldavie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Saint-Marin, Sénégal, Slovaquie, Slovénie, Afrique du Sud, Espagne, Suède, Tadjikistan, Togo, EAU, Royaume-Uni, États-Unis, Vietnam. 19 ans et plus : Canada, Corée du Sud, Turquie 20 ans et plus : Japon 21 ans et plus : Éthiopie, Honduras, Palau, Philippines
71 pays réglementent la publicité pour les e-cigarettes	**34 pays (autorisé au point de vente)** Allemagne, Arabie Saoudite, Autriche, Barbade, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, El Salvador, Espagne, Estonie, Fidji, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Royaume-Uni, Ukraine. **59 pays (non autorisé dans les médias)** Antigua-et-Barbuda, Argentine, Australie, Allemagne, Bahreïn, Bélarus, Belgique, Brésil, Bulgarie, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Côte d'Ivoire, Équateur, Estonie, Éthiopie, Fidji, Finlande, France, Gambie, Géorgie, Grèce, Honduras, Inde, Iran, Irlande, Israël, Italie, Timor oriental, Jordanie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Maldives, Malte, Mexique, Népal, Norvège, Nouvelle-Zélande, Palau, Panama, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Saint-Marin, Arabie saoudite, Sénégal, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Afrique du Sud, Suède, Togo, Turquie, Turkménistan, Royaume-Uni, Vietnam. **26 pays (interdiction de toute publicité)** Antigua-et-Barbuda, Australie, Bahreïn, Biélorussie, Colombie, Costa Rica, Timor oriental, Équateur, Éthiopie, Gambie, Géorgie, Honduras, Inde, Israël, Côte d'Ivoire, Jordanie, Maldives, Népal, Norvège, Palau, Panama, Sénégal, Afrique du Sud, Togo, Turkménistan, Vietnam.
30 pays taxent le liquide de vapotage	**Les États-Unis** Au 31 décembre 2019, 20 États (Californie, Connecticut, Delaware, Illinois, Kansas, Louisiane, Maine, Massachusetts, Minnesota, Nevada, New Jersey, Nouveau-Mexique, New York, Caroline du Nord, Ohio, Pennsylvanie, Vermont, Washington, Virginie-Occidentale et Wisconsin), le District de Columbia, Porto Rico et les îles Vierges américaines ont adopté une législation qui impose une taxe sur les e-cigarettes. Onze États (Connecticut, Delaware, Kansas, Louisiane, New Jersey, Nouveau-Mexique, Caroline du Nord, Ohio, Washington, Virginie occidentale et Wisconsin) taxent les e-cigarettes par millilitre de liquide ou de produit consommable. La Californie, l'Illinois, le Maine, le Massachusetts, le Minnesota, le Nevada, le Nouveau-Mexique, New York, la Pennsylvanie, le Vermont, le District de Columbia et les Îles Vierges américaines taxent les e-cigarettes sur un pourcentage d'un coût spécifique. Porto Rico taxe le dispositif d'e-cigarette lui-même s'il est jetable, et la cartouche de nicotine par ml de liquide consommable. [220] **La zone européenne** Taxe pour 1 ml de liquide de e-cigarette en euros : Albanie : 0,08, Azerbaïdjan : 1,1, Croatie : 0, Chypre : 0,12, Estonie : 0,2, Finlande : 0,3, Géorgie : 6,6, Grèce : 0,1, Hongrie : 0,17, Italie : 0,08, Corée du Sud : 1,41, Lettonie : 0,01, Lituanie : 0,12, Monténégro : 0,9, Pologne : 0, Portugal : 0,3, Roumanie : 0,11, Fédération de Russie : 0,164, Serbie : 3,59, Slovénie : 0,18, Suède : 0,19.

[220] *STATE System E-Cigarette Fact Sheet.* (2020, March 18). https://www.cdc.gov/statesystem/factsheets/ecigarette/ECigarette.html

L'Asie – Pacifique
Indonésie : oui, mais taux inconnu.
Philippines : les taux de taxation des e-liquides à base libre ont été fixés à 45% en 2020, puis à 60% en 2023. Pour les sels de nicotine, les taux de taxation passent de 37% en 2020 à 52% en 2023.

Le Proche et Moyen-Orient
Jordanie : 200% de la valeur CIF (coût, assurance et fret) des liquides contenant de la nicotine. Une taxe similaire s'applique à la valeur CIF des dispositifs d'e-cigarette.
Arabie Saoudite : 100%. L'Autorité générale de la zakat et de l'impôt a annoncé qu'elle élargirait le groupe de produits soumis à une taxe d'accise de 100% pour y inclure les e-cigarettes dans le but d'augmenter les recettes non pétrolières.
En juillet 2018, Bahreïn a classé les e-liquides comme des produits du tabac, donc soumis à la taxe de 100% sur la valeur CAF.
EAU : 100% (les tarifs commenceront à taxer les dispositifs de vapotage et les e-cigarettes à 100% à partir de janvier 2020.)

L'Afrique
Kenya : 3 000 KES (30 USD) par e-cigarette et 2 500 KES par cartouche à utiliser dans les cigarettes électroniques.

Pour des détails spécifiques à chaque pays, voir le site web de GSTHR www.gsthr.org.

L'Amérique du Nord

Les États-Unis

https://www.flickr.com/photos/fdaphotos/5205198800/in/album-72157625222669029

Ce qui se passe aux États-Unis a tendance à servir de modèle aux législateurs d'autres régions du monde.

En 2009, en vertu de la loi sur la prévention du tabagisme familial et la lutte antitabac, la FDA a reçu le pouvoir législatif de réglementer les produits du tabac et leur commercialisation pour les cigarettes, le tabac à rouler et les produits sans fumée. Ce pouvoir a été étendu en 2016 pour inclure les cigares, le tabac à pipe, les pipes à eau et tous les dispositifs de vapotage.

À ce moment-là, la FDA a estimé que tout produit qui n'était pas sur le marché avant 2007 devait faire l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché du tabac (PMTA). La date limite initiale pour les produits non combustibles était fixée à août 2021. Une action en justice menée par des organisations anti-vapotage a permis d'avancer cette date à mai 2020, une date qui a encore changé en raison de la COVID-19 pour être finalement fixée au 9 septembre 2020. Pour pouvoir comparer les

effets sur la santé de ces produits à ceux du tabagisme, une demande de produit du tabac à risque modifié (MRTPA) était également nécessaire. Cela concernait bien sûr tous les types de dispositifs de vapotage en vente dans le pays. Les petites entreprises ont eu du mal à faire face aux coûts onéreux de cette mise en conformité.

Cependant, en octobre 2019, dans une démarche inédite, la FDA a autorisé la commercialisation de huit produits de snus Swedish Match en tant que produits du tabac à risque modifié (PTRM). Cela a permis aux produits d'être commercialisés auprès des consommateurs avec l'information que la consommation de ces produits engendre moins de « cancer de la bouche, de maladies cardiaques, de cancer du poumon, d'accident vasculaire cérébral, d'emphysème et de bronchite chronique » que le tabagisme. 221 En juillet 2020, l'autorisation PTRM a été accordée à IQOS, permettant la promotion du produit comme faisant courir au consommateur un risque plus faible que le tabagisme. Ces autorisations de la FDA constituent une première, où un gouvernement autorise la commercialisation de PNRR spécifiques comme présentant un risque moindre que le tabagisme.

Ces autorisations de la FDA constituent une première, où un gouvernement autorise le snus ou les produits du tabac chauffé à être commercialisés auprès des consommateurs comme étant moins risqués que le tabac à fumer.

La loi de 2009 a permis aux autorités locales et étatiques d'adopter une législation complémentaire ou plus stricte que la loi fédérale, et depuis lors, plusieurs États ont adopté des variations autour des interdictions, de la taxation, des restrictions d'âge pour l'achat et d'autres réglementations. L'attention s'est aussi portée sur les e-liquides aromatisés qui, selon les militants anti-vapotage, ont été délibérément développés pour attirer les jeunes.

En 2017 déjà, les élus de San Francisco avaient adopté une interdiction des arômes pour tous les produits à base de tabac et de nicotine, interdiction qui a ensuite été approuvée par les électeurs en 2018. En juin 2019, San Francisco a pris une mesure supplémentaire en interdisant la fabrication, la distribution et la vente de produits de vapotage jusqu'à ce qu'ils reçoivent l'autorisation de la FDA. En février 2020, un projet de loi a été adopté par la Chambre des représentants des États-Unis, projet qui interdisait la vente d'e-liquide aromatisé et d'autres produits du tabac aromatisés tels que les cigarettes mentholées dans tout le pays, et qui imposait de nouvelles restrictions sur la commercialisation des produits de vapotage. Cependant, l'administration Trump a refusé de soutenir le projet de loi, au motif « qu'il contient des dispositions qui ne sont pas étayées par les données disponibles concernant la réduction des risques et les habitudes de consommation de tabac des Américains » et que, de plus, le projet de loi « peut restreindre l'accès des utilisateurs adultes d'e-cigarettes à des produits qui peuvent constituer une alternative moins nocive aux cigarettes traditionnelles. » [222]

En septembre 2019, la tempête médiatique autour de l'utilisation de JUUL et des dommages pulmonaires et des décès a incité le gouverneur du Michigan à instaurer une interdiction temporaire des e-liquides aromatisés. Peu après, le président Trump a soudainement annoncé une proposition d'interdiction à l'échelle nationale de tous les liquides de vapotage aromatisés vendus sans autorisation de la FDA. Alors que d'autres États comme New York, l'Oregon et Washington ont suivi avec leurs propres interdictions temporaires (certaines ont finalement été rendues permanentes), le président Trump et la FDA ont repensé leur décision au fur et à mesure que s'accumulaient les données que les cartouches de THC illicites étaient l'origine des dommages et des décès. Cependant, au début du mois de janvier 2020, la FDA a annoncé son intention d'interdire temporairement les dosettes aromatisées, à l'exception des arômes de menthol et de tabac, tout en excluant les e-liquides en bouteille utilisés dans les systèmes de réservoirs rechargeables largement privilégiés par les consommateurs adultes réguliers.

À plusieurs reprises au cours des dernières années, les responsables de la FDA ont fait des déclarations encourageantes sur la réduction des risques du tabac.

---

[221] Bureau du commissaire (24 mars 2020). *La FDA accorde les tout premiers ordres de risque modifié à huit produits du tabac sans fumée.* FDA. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-first-ever-modified-risk-orders-eight-smokeless-tobacco-products

[222] Associated Press (28 février 2020). *La Chambre adopte un projet de loi visant à interdire la vente d'e-cigarettes aromatisées et de produits du tabac.* NBC News. https://www.nbcnews.com/politics/politics-news/house-passes-bill-ban-sale-flavored-e-cigarettes-n1145186

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vape_Juice_(24380470373).jpg

Malheureusement, sous la pression politique et médiatique, ces déclarations ont souvent été suivies de propositions diamétralement opposées aux intérêts des fumeurs.

Nous avons décrit les structures et les processus d'approbation de la FDA dans notre rapport de 2018. L'avis général des analystes du marché et des politiques était que le processus d'obtention d'autorisation de mise sur le marché des PNRR, des quantités considérables de temps et d'argent pour élaborer des milliers de pages de propositions, serait très probablement au-delà des ressources de toutes les entreprises de tabac, sauf les plus importantes. Le marché indépendant des PNRR aux États-Unis pourrait s'en trouver anéanti.

Le Canada

Jusqu'en 2018, les responsables fédéraux canadiens de la santé avaient fondé leur approche du vapotage sur les lois existantes concernant les produits à base de nicotine, ce qui rendait en fait les produits de vapotage illégaux. Cette situation était largement ignorée par les vapoteurs et leurs fournisseurs, et la loi était peu appliquée. Puis, en mai 2018, la loi sur le tabac et les produits de vapotage a été introduite. Cette loi a légalisé le vapotage et l'industrie du vapotage, autorisant la vente des PNRR dans les magasins et les stations-service ainsi que dans les boutiques de vape. De manière générale, la législation adopte une approche relativement raisonnable à l'égard des PNRR. Elle couvre également les PTC, qui sont considérés comme des produits du tabac. La loi est axée sur la protection des jeunes. Cela signifie, par exemple, que toute tentative de promotion des produits auprès des fumeurs comme des options nicotiniques plus sûres est interdite, à moins que les produits ne reçoivent une autorisation de mise sur le marché en vertu de la Loi sur les aliments et les drogues.

Cependant, à l'heure où nous écrivons ces lignes, le gouvernement fédéral s'oriente vers une approche plus prohibitionniste. Les provinces canadiennes ont déjà adopté des réglementations plus restrictives. La Nouvelle-Écosse a par exemple plafonné le taux de nicotine par bouteille d'e-liquide à 20 mg/ml et interdit la vente d'arômes, tandis que l'Ontario a limité la vente des concentrations supérieures à 20 mg/ml et la plupart des arômes aux seuls magasins de vape. L'Île-du-Prince-Édouard a interdit les ventes en dehors des boutiques de vape. La Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta sont en train de mettre en place une taxe spéciale sur les produits de vapotage. [223] Néanmoins, au Canada et ailleurs, le système judiciaire est intervenu pour bloquer les décisions anti-RdRT. Voir l'encadré (haut de la page 126).

[223] Callard, C. (2020, May 9). Physicians for a Smoke-Free Canada: Nova Scotia and Ontario move to curb high-nicotine vaping products. *Physicians for a Smoke-Free Canada.* http://smoke-free-canada.blogspot.com/2020/05/nova-scotia-and-ontario-move-to-curb.html

Au Québec, la Cour suprême a annulé les dispositions du gouvernement de l'État qui, dans sa loi de 2015 sur la lutte contre le tabagisme, interdisait les démonstrations de dispositifs de vapotage dans les magasins et cliniques spécialisés et mettait fin à la promotion du vapotage destinée aux personnes désireuses d'arrêter de fumer.

Il s'agit d'une évolution importante, qui intervient le même mois où le tribunal fédéral suisse a annulé une interdiction d'importation de snus, alors que des produits plus dangereux sont autorisés. En 2018, un tribunal néo-zélandais a outrepassé le ministère de la Santé et autorisé l'importation des « heets » IQOS, argumentant que si l'objectif du gouvernement néo-zélandais était de réduire les dommages du tabagisme, il ne pouvait pas justifier l'interdiction d'un produit destiné précisément à cet effet.

L'Amérique latine

Afin de réglementer, inspecter et poursuivre une entreprise commerciale, il faut une structure bureaucratique efficace pour déployer des inspecteurs et des policiers aux niveaux national, régional et municipal. Dans de nombreux PRFM, ces structures sont sous-développées et sous-financées et peuvent aussi être minées par des pratiques de corruption. Les fonctionnaires auront de nombreuses priorités concurrentes et n'agiront souvent qu'en réponse à la pression du public, de la presse et des politiques relative à une situation perçue comme problématique.

Il existe une économie informelle gigantesque en Amérique latine. Lorsque les autorités ont réprimé les PNRR, elles ont simplement réussi à rendre le marché encore plus gris.

Dans de nombreux pays d'Amérique latine, l'industrie du vapotage se situe dans une zone floue entre la légalité et l'illégalité. Dans ces circonstances, lorsque les lois ne sont pas claires et que le public est soudainement effrayé par le vapotage, il s'ensuit des actions précipitées. En septembre-novembre 2019, dans toute la région, mais surtout au Mexique, au Brésil et en Argentine, des raids ont été menés dans les magasins et des marchandises ont été saisies. En février 2020 au Mexique, un décret présidentiel a été signé pour interdire le vapotage et les dispositifs PTC.

Mais sur la scène du marché gris légal, un vendeur peut par exemple s'enregistrer auprès des autorités pour vendre des appareils dans un centre commercial. Il peut ainsi s'enregistrer pour vendre des produits électriques généraux et vendre des appareils de vapotage sur le côté. Les vendeurs de matériel de vapotage peuvent aussi exercer leur activité à partir d'un stand dans la rue ou d'un garage. Et la vente en ligne est encore beaucoup plus difficile à contrôler.

Il existe une économie informelle gigantesque, non seulement en Amérique latine, mais dans le monde entier, où des biens de toutes sortes sont échangés en marge ou en dehors de la loi. Lorsque les autorités, soutenues par les associations de la région, passent soudainement à l'action contre la RdRT et lancent une campagne de répression, elles ne font que rendre le marché encore plus gris.

Le Mexique

Le vapotage n'est pas expressément mentionné dans la loi générale de la lutte antitabac. L'interdiction provient de l'interprétation d'une disposition qui interdit les produits autres que le tabac qui ressemblent à un produit du tabac. Bien qu'il existe des restrictions en matière de commercialisation et de publicité pour les produits du tabac, il n'y a pas d'interdiction totale de fumer, sauf dans les écoles. La loi prévoit des zones fumeurs désignées dans la plupart des lieux, mais elle est peu claire sur un certain nombre de questions concernant les endroits où une personne peut ou ne peut pas fumer. Le Mexique compte près de 7 millions d'adultes qui fument quotidiennement, perdant environ 49 000 personnes par an par suite de maladies liées au tabagisme, avec globalement plus de 1,2 million d'années de vie perdues en raison de décès prématurés et d'invalidités. [224] En 2015, les dépenses de santé publique attribuées au tabagisme étaient de 81 milliards de dollars (pesos mexicains).

[224] *Fumer au Mexique. Décès, maladie et situation fiscale* (2017). IECS. https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Flyer_tabaquismo_MEXICO.pdf

La Cour suprême du Mexique (Suprema Corte de la Justicia de la Nacion), Mexico City, Mexique (iStock).

Malgré ce fardeau pour la santé, le gouvernement mexicain a interdit le vapotage (à partir de février 2020) sur la base d'un article de la loi sur le tabac en vigueur qui interdit « la commercialisation, la vente, la distribution, l'exposition, la promotion ou la production de tout objet qui n'est pas un produit du tabac et qui contient l'un des éléments de la marque ou tout type de dessin ou de signal auditif qui l'identifie aux produits du tabac. »

En novembre 2019, cependant, la Cour suprême du Mexique a confirmé une contestation de la loi sur le tabac, arguant qu'il était trop difficile de vendre des produits de vapotage. La cour a jugé que la loi était inconstitutionnelle, affirmant qu'elle violait la règle du traitement équitable. Le tribunal a déclaré que la vente de produits de vapotage et de produits similaires devait être autorisée « dans les mêmes conditions que les produits contenant du tabac. » Pour l'instant, l'arrêté ne crée pas de précédent à l'échelle nationale. Il ne s'applique qu'aux groupes qui ont fait appel. [225] Mais une révision est actuellement en cours.

Dispositif de vapotage. Image : Ashley Byrd sur Unsplash

[225] *La haute cour du Mexique décide que la vente d'e-cigarettes devrait être autorisée* (14 novembre 2019). AP NEWS. https://apnews.com/066c9042871c4e60afea6dedf87c5b48

Ironiquement, le gouvernement mexicain a présenté une proposition de légalisation du cannabis dans le but de réduire le nombre considérable de décès dus à la violence liée à la drogue, tout en rendant apparemment plus difficile la réduction du coût humain du tabagisme.

The irony is that the Mexican government has put forward a proposal to legalise cannabis in an attempt to reduce the huge death toll of drug-related violence – while apparently making it harder to reduce the human cost of smoking.

Le Brésil

Depuis 2009, le Brésil interdit l'importation, la distribution, la vente et la publicité de tous les produits de vapotage. Malgré cette interdiction, la consommation, y compris dans les espaces publics ouverts, est tolérée et plus d'une centaine de boutiques en ligne sont en activité. Des particuliers font de la publicité et vendent des produits sur des réseaux sociaux comme Instagram et dans des boîtes de nuit, tandis que les produits de vapotage sont vendus dans des bureaux de tabac et, dans quelques cas, dans des boutiques de vape et des magasins de proximité.

Comme dans de nombreux pays, les agences gouvernementales et les organisations médicales continuent de tromper le public sur les dangers du vapotage, en établissant un lien avec les décès dus au VITERLI aux États-Unis. Plusieurs parlementaires ont proposé individuellement des projets de loi visant à interdire ou à criminaliser l'utilisation des dispositifs de vapotage. Actuellement, de multiples projets de loi contre le vapotage sont proposés aux niveaux fédéral, étatique et municipal, même si les taux alarmants de COVID-19 dans le pays sont désormais la priorité de santé publique et que les progrès législatifs sont susceptibles d'être retardés.

L'Asie

L'Inde

Après être resté en veilleuse pendant près de cinq ans, le débat sur le vapotage en Inde s'est ravivé en septembre 2019 avec la publication par le gouvernement central d'un décret pour interdire la vente et la publicité des produits de vapotage, puis la promulgation de cette interdiction en tant que loi après un débat contesté, bien que largement non informé, au Parlement. L'interdiction porte sur la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la vente, la distribution et le stockage, ainsi que sur les publicités, couvrant le vapotage nicotiné et non nicotiné et les PTC.

L'Inde, qui se classe au deuxième rang mondial pour le nombre de fumeurs, est l'un des leaders mondiaux de la production de tabac et interdit les produits de vapotage.

Les déclarations habituelles sur la protection des jeunes ont laissé perplexe, car il semble qu'il n'y ait pas de données publiées sur le vapotage des jeunes Indiens. [226] Au lieu de cela, le gouvernement s'est inspiré des États-Unis et a choisi d'ignorer tout élément contredisant le discours anti-vapotage. Les personnes qui commettent une première infraction sont passibles d'une amende de 100 000 roupies (1 350 dollars) et d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à un an. La simple possession d'un dispositif de vapotage est passible d'une amende de 50 000 roupies (675 dollars) et/ou d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à six mois. Seize États indiens avaient déjà adopté des lois anti-vapotage.

L'Inde est l'un des leaders mondiaux de la production de tabac, le gouvernement détient une participation de 28% dans l'India Tobacco Company et les producteurs de tabac constituent un électorat important pour les partis politiques, car près de 46 millions de personnes dépendent du secteur du tabac en Inde pour leur subsistance. L'Inde exporte également du tabac pour une valeur d'environ 1 milliard de dollars par an. [227]

Malgré une population de 100 millions de fumeurs de cigarettes et plus de 800 000 décès annuels, le gouvernement semble prêter davantage attention à la menace que représentent pour son industrie des entreprises comme Philip Morris et JUUL, qui avaient toutes deux prévu de lancer des produits dans le pays. [228]

[226] Sharan, R. N. et al. (2020). Patterns of tobacco and e-cigarette use status in India: a cross-sectional survey of 3000 vapers in eight Indian cities. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 21. https://doi.org/10.1186/s12954-020-00362-7

[227] Agence France-Presse. (2019, September 18). India bans e-cigarettes as global vaping backlash grows. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/society/2019/sep/18/india-bans-e-cigarettes-as-global-vaping-backlash-grows

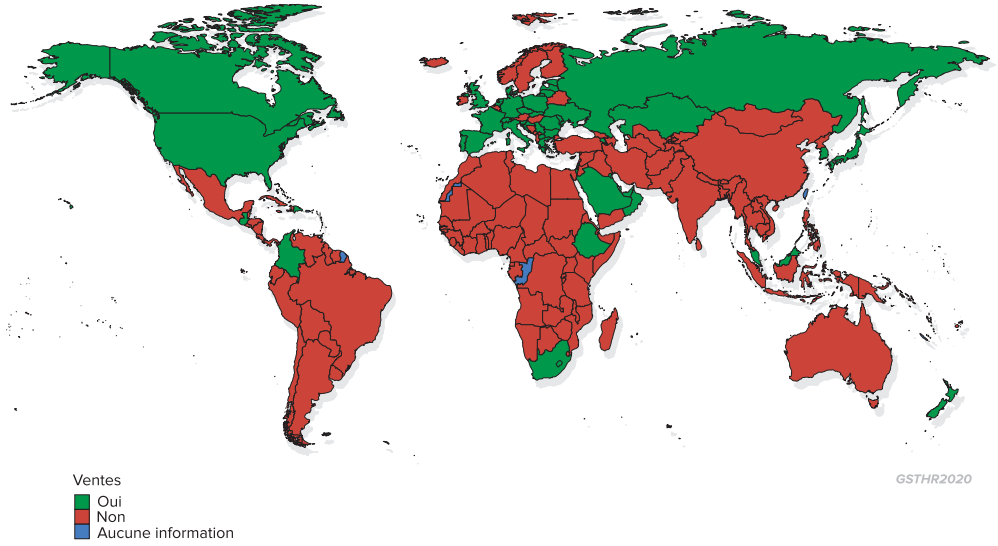
[228] Withnall, A. (2019, September 18). *India bans vaping after government passes emergency order.* The Independent. https://www.independent.co.uk/news/world/asia/india-bans-vaping-law-e-cigarettes-modi-disease-deaths-a9110201.html

Le Japon

Image : Parker Ulry sur Unsplash

À l'instar de nombreux pays à revenu élevé, le Japon a enregistré une baisse significative du taux de tabagisme quotidien chez les adultes, bien qu'il soit à la traîne en matière d'interdiction de fumer dans les lieux publics, préférant les zones fumeurs désignées. Le Japon a durci ses lois dans les grandes villes comme Tokyo avant les Jeux olympiques de 2020 (maintenant reportés à 2021), bien que la protection de l'entourage contre le tabagisme passif ait été davantage dictée par l'étiquette que par la législation. Les fumeurs japonais emportent souvent des cendriers avec eux afin de ne pas gêner les autres et pour réduire les déchets.

Les pays où les produits du tabac chauffés sont commercialisés



GSTHR 2020

Compte tenu de cette culture des bonnes manières en matière de tabagisme, on aurait pu s'attendre à ce que les autorités adoptent une approche raisonnablement

Au Japon, les dispositifs PTC ont connu une hausse de popularité spectaculaire auprès des jeunes fumeurs, avec pour conséquence une chute brutale des ventes de cigarettes.

libérale à l'égard des PNRR. Mais comme la nicotine figure sur la liste des poisons, les e-liquides de vapotage ne sont pas autorisés à moins d'être approuvés en tant que produits médicaux, bien que des dispositifs et des liquides sans nicotine soient en vente. En revanche, au lieu de relever de la responsabilité du ministère de la Santé, les dispositifs PTC sont contrôlés par le ministère des Finances et sont largement disponibles. Les dispositifs PTC ont connu une hausse de popularité spectaculaire auprès des jeunes fumeurs, avec pour conséquence une chute brutale des ventes de cigarettes, à la fois en raison de la nouveauté technologique et parce que les PTC respectent la culture des bonnes manières.

La Corée du Sud

La Corée du Sud est l'exemple tragique d'un pays qui a fait marche arrière dans son rapport à la RdRT. La principale société nationale de tabac, KT&G, était un monopole d'État jusqu'à sa privatisation, et depuis elle a poursuivi un plan de croissance ambitieux. Mais avec l'arrivée des PNRR et en particulier des PTC, les courbes de vente de cigarettes en Corée du Sud se sont inversées. Depuis l'interdiction de fumer à l'intérieur dans des lieux comme les restaurants et les cafés en 2015, la Corée du Sud est devenue moins tolérante envers les fumeurs. Pendant ce temps, depuis 2017, les produits de vapotage ont gagné en popularité sur un marché où le tabac représente 16 milliards de dollars. En juin 2019, les produits de vapotage représentaient 13% du marché sud-coréen de la nicotine en termes de ventes, tandis que pour les PTC, le pays est actuellement le deuxième marché mondial après le Japon, avec une valeur de 1,7 milliard de dollars. [229]

La Corée du Sud est l'exemple tragique d'un pays qui a fait marche arrière dans son rapport à la RdRT.

Malheureusement, le gouvernement s'est laissé influencer par l'OMS et des éléments internes anti-RdRT qui émettaient des avertissements sur les PNRR assorties de propositions d'interdiction. La conséquence de la mise en garde des fumeurs contre les « dangers » du vapotage est que la baisse des ventes de cigarettes a ralenti. Cela ne peut que profiter aux cigarettiers traditionnels et à un gouvernement plus préoccupé par la baisse des recettes fiscales, ou les dommages causés à l'industrie nationale du tabac, ou les deux. Bien entendu, il s'agit là d'une conséquence d'une approche plus prohibitionniste des PNRR qui ne se limite pas à la Corée du Sud.

Les Philippines

Les produits de vapotage sont réglementés par le ministère de la Santé (DOH) et la Food and Drug Administration (FDA) en vertu des « *Règles et règlements sur les systèmes électroniques de distribution de nicotine (ENDS) ou les cigarettes électroniques* » publiés en mars 2014. [230]

Soutenus par des ONG influentes comme Health Justice et l'Alliance pour la lutte antitabac en Asie du Sud-Est (SEATCA), elle-même soutenue par Bloomberg, les responsables de la santé n'ont cessé de mettre en garde le public contre « les effets néfastes sur la santé et les problèmes de sécurité associés à l'utilisation des e-cigarettes ». Selon le ministère de la Santé, les e-cigarettes contiennent « des produits chimiques nocifs... tels que la nicotine, des particules ultrafines, des substances cancérigènes, des métaux lourds et des composés organiques volatils. » L'agence a cité des « études évaluées par des pairs », qui ont montré que « les jus d'e-cig contiennent des niveaux élevés de nicotine addictive, qui peut entraîner une intoxication aiguë, voire mortelle, par ingestion ou par d'autres moyens. » Le DOH a affirmé qu'il existe « des cas documentés de toxicité de la nicotine chez les enfants de proportion épidémique » dans « d'autres pays où la prévalence de l'utilisation de l'e-cigarette augmente » et que la vapeur contient des substances nocives qui peuvent affecter l'entourage.

Le 1er octobre 2019, un tribunal local a émis une injonction ordonnant au DOH et à la FDA de ne pas mettre en œuvre un arrêté qui aurait imposé une réglementation

[229] Cha, S. (2019, October 25). South Korea warns of 'serious risk' from vaping, considers sales ban. Reuters. https://www.reuters.com/article/us-health-vaping-southkorea-idUSKBN1X205E

[230] Références et documents pour cette section fournis par les informateurs clés locaux.

restrictive sur les produits de vapotage. Devant prendre effet à la fin du mois d'octobre, l'ordonnance classait les recharges d'e-liquide comme des substances dangereuses et le système d'administration électronique comme un produit de santé. L'ordonnance visait également à limiter la teneur en nicotine des produits de vapotage à 2% et la quantité d'e-liquide contenue dans un récipient à 10 ml. Il y aurait une interdiction de toute forme de publicité pour les produits de vapotage et une interdiction des arômes pour les produits de vapotage, ainsi qu'une interdiction des produits relevant des catégories 1 et 2 du système d'étiquetage du Système général harmonisé (SGH) [231], et l'exigence d'une licence d'exploitation (LTO) et d'autorisations de commercialisation pour les détaillants et les fabricants avant qu'ils ne puissent vendre des produits de vapotage. L'affaire a été abandonnée après que le président Duterte ait sommé les juges de ne pas interférer avec son « interdiction du vapotage ». [232]

En novembre 2019, le président Duterte a émis un ordre verbal interdisant l'utilisation de dispositifs de vapotage dans les lieux publics et ordonnant à la police d'appréhender les individus surpris en train de vapoter dans des lieux publics. L'ordre a été motivé par l'apparition des cas de VITERLI aux États-Unis et un cas présumé à Cebu City. Bien que la possession d'un appareil ne soit pas un délit, la police nationale philippine a confisqué au moins 250 appareils de vapotage dans les Visayas centrales, dont 100 à Cebu City. Selon les médias, certains policiers ont même frappé aux portes des vapoteurs pour confisquer leurs appareils. Une interdiction d'importation a également été imposée.

Le président Duterte a sommé les juges de ne pas interférer avec son « interdiction du vapotage ».

Source : Wikimedia Commons
Président Rodrigo Duterte des Philippines

Le 18 décembre 2019, le Congrès a ratifié la loi modifiée sur la taxe sur le péché, augmentant les droits d'accise sur les e-cigarettes à compter du 1er janvier 2020. Les taux d'imposition des e-liquides à base libre ont été fixés à 45 pour cent en 2020, passant à 60 pour cent en 2023. Pour les sels de nicotine, les taux de taxation sont passés de 37% en 2020 à 52% en 2023. Seuls les arômes de tabac nature ou de menthol nature sont autorisés à la vente. L'âge légal pour acheter des produits de vapotage aux Philippines est de 21 ans.

La procédure contre ces mesures ayant échoué, à partir de février 2020, toutes les solutions d'e-liquide et tous les dispositifs de vapotage doivent être enregistrés auprès de la FDA. Les entreprises doivent également obtenir une licence de la FDA avant de pouvoir être opérationnelles. La vente, la fabrication, la commercialisation, la distribution et l'importation de dispositifs électroniques à base de nicotine non enregistrés et d'autres nouveaux produits du tabac sont interdites, en raison des graves menaces pour la santé des personnes exposées à la « fumée » (vapeur).

[231] Le système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques ou SGH est géré par l'ONU et concerne les systèmes d'étiquetage des matières dangereuses ainsi que leur classification.

[232] Corrales, N. (2019, November 20). *Duterte warns judiciary not to mess with vaping, e-cigarettes ban*. INQUIRER.Net. https://newsinfo.inquirer.net/1192504/duterte-warns-judiciary-not-to-stop-his-ban-on-vaping

The use of unregistered vaping devices in public and enclosed spaces is prohibited. A new order aligned public vaping bans with existing smoking bans covering smoking of cigarettes in enclosed areas such as schools, elevators and stairwells, fire hazard locations and medical facilities.

In April 2020, the DOH appealed to smokers and vapers to stop immediately since they were perceived to be at a higher risk of contracting COVID-19. SEATCA also advised the public that the ongoing pandemic would be the best time to quit smoking and/or vaping.

L'Océanie

La Nouvelle-Zélande

Jusqu'à récemment, les produits de vapotage étaient interdits, sauf s'ils étaient approuvés par un médecin. Cependant, le gouvernement adopte maintenant plus fréquemment une approche de réduction des risques. En 2017, le ministère de la Santé a publié une déclaration sur les produits de vapotage qui concluait que :

> *« L'avis des experts est que les produits de vapotage sont nettement moins nocifs que le tabac à fumer, mais pas complètement inoffensifs... Les fumeurs qui passent aux produits de vapotage ont de fortes chances de réduire les risques pour leur santé et celle de leur entourage. »* [233]

Le gouvernement a déclaré publiquement que les produits de vapotage pourraient être des alliés précieux pour aider le pays à devenir non-fumeur d'ici 2025.

Le gouvernement a introduit une nouvelle législation axée sur les PNRR, mais la promesse faite dans les déclarations précédentes en faveur de la RdRT n'a pas été tout à fait tenue. Ceci dit, les propositions ont été généralement bien accueillies par les consommateurs militants, en particulier parce que, contrairement à la DPT de l'UE, il n'y a pas de limite à la teneur en nicotine ou à la quantité de liquide par bouteille. Au moment où nous écrivons ces lignes, le projet de loi est en cours d'examen au Parlement. [234]

Les principaux points du projet de loi d'amendement de la loi sur les environnements sans tabac et les produits réglementés (vapotage) modifiant la loi de 1990 sur les environnements sans tabac sont les suivants :

- la vente de tous les produits est limitée aux personnes âgées de plus de 18 ans ;
- la publicité et le parrainage sont interdits ;
- le vapotage et l'usage du tabac chauffé sont interdits dans les zones non-fumeurs telles que les espaces de travail intérieurs ;
- les ventes en ligne sont autorisées ;
- un système de déclaration des produits sera mis en place prochainement ;
- seuls les arômes de tabac, de menthe et de menthol peuvent être vendus chez les détaillants ordinaires (supermarchés, magasins de proximité, etc.), les détaillants spécialisés dans le vapotage pouvant vendre d'autres arômes ;
- les détaillants ordinaires n'ont pas le droit de montrer ou de conseiller un produit ;
- les détaillants spécialisés dans le vapotage peuvent exposer, conseiller, faire des recommandations et faire des démonstrations de produits là où le vapotage est autorisé et les vendeurs spécialisés peuvent offrir des cadeaux, des réductions ou des points de fidélité, tout cela étant interdit aux vendeurs ordinaires.

L'Australie

Malgré quelques signes de soutien de la part des associations médicales, le gouvernement fédéral et les gouvernements des États australiens restent implacablement opposés à la modification des lois en vue de promouvoir la réduction des risques du tabac. Le pays a joué un rôle de premier plan dans les campagnes

[233] *Vaping and smokeless tobacco. Position Statement on vaping.* (2017). Ministry of Health NZ. https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/vaping-and-smokeless-tobacco

[234] Bien qu'au moment où nous écrivons ces lignes, le gouvernement envisage activement d'interdire les PNRR oraux tel que le snus..

antitabac du passé, a été le premier pays à introduire l'emballage neutre et abrite certains des militants anti-RdRT les plus virulents.

Au niveau fédéral, l'achat des dispositifs est légal, mais pas celui des liquides contenant de la nicotine, qui est réglementée comme un poison et n'est disponible que sur ordonnance, à l'exception des produits TSN. Le gouvernement a annoncé en juin une interdiction de tous les produits de vapotage importés contenant de la nicotine, assortie d'une amende potentielle de 220 000 dollars australiens pour l'utilisation personnelle de produits importés (près de trois fois le salaire national moyen). Toutefois, au moment de la rédaction du présent document, la proposition est toujours en cours d'examen.

La réglementation dans les États suit la même approche qu'au niveau fédéral, c'est-à-dire qu'à peu près tout ce qui concerne la vente, la publicité et l'utilisation des PNRR est interdit, bien qu'il y ait quelques anomalies. En Australie occidentale, par exemple, le vapotage est autorisé dans les zones non-fumeurs, mais toute personne arrêtée pour possession de nicotine sans ordonnance est passible de l'amende la plus élevée de tous les États, fixée à 45 000 AUD (33 000 USD). Dans les Territoire du Nord, vous pouvez aller en prison pendant un an pour possession non autorisée, mais il n'y a aucune restriction sur la publicité et la vente aux mineurs de liquide sans nicotine, ni sur les lieux où il est possible de vapoter.

Les médias ont beaucoup parlé des dangers de la croissance du marché de cigarettes illégales en raison de l'augmentation de la taxation dans une situation où on ne sait pas vraiment si cette taxation réduit réellement le tabagisme chez les plus pauvres de la société ou si elle les pousse vers des alternatives illégales et moins chères. Cependant, rien de tout cela ne semble avoir d'impact sur les débats politiques quant à la manière dont la libéralisation des lois sur la RdRT pourrait à la fois améliorer la santé et porter atteinte au marché illicite des cigarettes.

Si les règles nationales peuvent être strictes, le contrôle des ventes sur Internet est une tout autre affaire : un nombre important de consommateurs achètent des produits non réglementés sur des marchés voisins en Asie. Cette absence de réglementation met en danger les quelque 250 000 consommateurs australiens de PNRR.

L'Afrique

Les PNRR n'ont pas encore fait de percée significative en Afrique et peu de pays disposent de lois spécifiques concernant leur vente, leur consommation, etc. Les dispositifs de vapotage sont vendus au Nigéria, par exemple, mais à un prix qui les met hors de portée de la plupart des gens. [235] Le vapotage est généralement autorisé dans des zones fumeurs spécialement désignées. L'Ouganda a interdit les PNRR en 2015, tandis que le Kenya est le seul pays d'Afrique à taxer les e-cigarettes. [236]

L'Afrique du Sud possède le marché de PNRR le plus développé, d'une valeur estimée à 1 milliard de rands (58 millions de dollars) et générant environ 4 000 emplois à temps plein. [237] En 2018, le gouvernement a présenté un projet de loi sur le contrôle du tabac et les systèmes de diffusion électroniques qui comprend certaines des lois antitabac les plus strictes d'Afrique, ne fait aucune distinction entre les cigarettes et les PNRR, et intègre une tentative de légiférer contre le tabagisme à domicile. La loi n'a pas encore été promulguée. Entre-temps, à la fin du mois de mars 2020, en réponse à la COVID-19, le gouvernement a interdit la vente d'alcool et de tous les produits du tabac. En juin, alors que les restrictions sur les ventes d'alcool ont été levées, l'interdiction du tabac est restée en place, mais avec peu d'effet comme l'a révélé une étude de l'Université de Cape Town. [238]

[235] Olatunji, U. (2020, March 30). Nigeria Is Crying Out for Vapes That Smokers Can Afford. *Filter*. https://filtermag.org/nigeria-vapes-afford/

[236] *E-Cigarettes: Use and Taxation (English)* (WBG Global Tobacco Control Program.). (2019). World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/356561555100066200/E-Cigarettes-Use-and-Taxation

[237] Daniel, L. (2018, August 15). New smoking laws set to extinguish vaping in South Africa. *The South African*. https://www.thesouthafrican.com/news/new-smoking-laws-vaping-in-south-africa/

[238] Norcia, A. (2020, May 28). How South Africa's Coronavirus Tobacco Prohibition Backfired. *Filter*. https://filtermag.org/south-africa-coronavirus-cigarettes-ban/

La sécurité des produits : une préoccupation dans le monde entier

Une exigence essentielle pour les consommateurs de PNRR, où qu'ils vivent dans le monde, est d'être assurés de la qualité des produits qu'ils consomment.

Les consommateurs de PNRR veulent être assurés de la qualité des produits qu'ils consomment.

Nous vivons dans un monde rempli de produits contrefaits : mode et accessoires de mode, technologie, montres, médicaments, etc. Les PNRR ne sont pas différents à cet égard. Presque dès son lancement, de faux appareils IQOS ont été mis en circulation.

Étant donné qu'il y a actuellement environ 68 millions de vapoteurs dans le monde, l'incidence des dispositifs qui prennent feu ou explosent est rare, même si les médias les signalent inévitablement. Ces accidents peuvent se produire pour un certain nombre de raisons, principalement des erreurs commises par les consommateurs lors de la fabrication de leurs propres dispositifs. Mais le danger peut aussi provenir de dispositifs contrefaits de mauvaise qualité et de batteries de mauvaise qualité ou bon marché dont les contacts sont exposés et entrent en contact avec un objet métallique, comme des clés dans la poche du consommateur.

Il existe des problèmes de qualité potentiels autour des grandes bouteilles d'e-liquides sans nicotine, connues sous le nom de « short-fills », ou « shake and vape », ainsi nommées parce qu'elles ne sont pas remplies jusqu'en haut, permettant aux utilisateurs d'ajouter leur propre bouteille de nicotine. Les short-fills ont été développés pour contourner les règles de la directive européenne sur les produits du tabac (TPD) selon lesquelles les e-liquides contenant de la nicotine doivent être testés et déclarés et ne peuvent être vendus que dans des bouteilles de 10 ml. Comme les short-fills ne relèvent pas de la DPT, ils sont beaucoup moins chers à mettre sur le marché que les e-liquides contenant de la nicotine et sont donc disponibles dans beaucoup plus d'arômes. Les organismes commerciaux britanniques de vapotage ont demandé que tous les liquides valorisables, y compris les short-fills, les concentrés et tous les produits de cannabis valorisables, soient déclarés à la MHRA britannique.

Image : CDC sur Unsplash

Les normes de sécurité

Un certain nombre d'organismes internationaux, régionaux et nationaux ont élaboré ou sont en train d'élaborer des normes pour les PNRR.

L'Organisation internationale de standardisation (ISO) est une ONG indépendante dont les membres comprennent les organisations de standardisation de 162 pays membres. Elle est la plus grande conceptrice mondiale de normes internationales volontaires et facilite le commerce mondial en générant des normes communes entre les nations. Plus de 20 000 normes

ont été établies, couvrant tous les domaines, des produits manufacturés et des technologies à la sécurité alimentaire, l'agriculture et les soins de santé.

Le comité du tabac de l'ISO a mis en place un sous-comité sur les produits de vapotage avec deux groupes de travail qui examinent les exigences de sécurité et de qualité pour les dispositifs de vapotage et les e-liquides, les méthodes d'essai pour les dispositifs et les e-liquides, la détermination des substances contenues dans les e-liquides, les conditions d'essai, les équipements, les produits de référence, les émissions, les dispositifs de vapotage, les informations destinées aux consommateurs et les services fournis à la vente. [239] Il existe désormais six normes spécifiques aux liquides et aux dispositifs de vapotage, lesquelles couvrent la composition des e-liquides et les émissions de ces dispositifs. Deux de ces normes sont publiées et quatre sont en cours d'élaboration. [240]

Au niveau régional, on trouve le Comité européen de standardisation ou CEN, qui dispose de quatre groupes de travail couvrant les dispositifs, les e-liquides et les émissions. Le rapport technique du CEN, « Cigarettes électroniques et e-liquides - constituants à mesurer dans l'aérosol des produits de vapotage » a été publié en 2018 et a fourni « une liste de composants d'intérêt » :

- les produits pré-remplis tels que les dispositifs jetables et les cartouches de recharge ;
- les e-liquides vendus dans des récipients de recharge ;
- les catégories de matériel suivantes : les bobines ou autres éléments chauffants du produit de vapotage, les atomiseurs, les atomiseurs reconstructibles et tous les produits à réservoir ouvert ou dripper avec atomiseurs intégrés, y compris les clearomiseurs.

Le CEN déclare :

> *« Ces normes fourniront un cadre commun pour toutes les cigarettes électroniques et les produits e-liquides vendus sur tous les marchés de l'UE. Ce travail vise également à accroître la sécurité de tous les consommateurs européens, en établissant des normes cohérentes de sécurité et de qualité des produits et en améliorant l'information des consommateurs dans tous les États membres de l'UE. Ces documents, reconnus et applicables dans tous les pays membres du CEN, donneront des conseils et aideront les fabricants, les importateurs, les exportateurs et les distributeurs à respecter des exigences de sécurité et de qualité standardisées ».*

Il reste à voir dans quelle mesure la norme s'appliquera désormais au Royaume-Uni. [241]

Au Royaume-Uni, le British Standards Institute (BSI) a produit en 2015 le PAS 54115, un guide de fabrication, d'importation, de test et d'étiquetage couvrant les produits de vapotage, notamment les dispositifs, les e-liquides et l'e-shisha. Les sujets couverts comprennent : la pureté des ingrédients des e-liquides, les contaminants potentiels des matériaux des dispositifs et les émissions potentielles des dispositifs, un aperçu de l'analyse toxicologique et chimique des émissions, et la sécurité des batteries et des chargeurs. Le BSI vient de publier le PAS 8850:2020, « *Produits du tabac sans combustion – Produits du tabac chauffés et dispositifs électriques de chauffage du tabac – Spécification* ». [242]

---

[239] Tranchard, S. (2016, April 21). *Vape and vapour products make their debut in international standardization*. ISO. https://www.iso.org/cms/render/live/en/sites/isoorg/contents/news/2016/04/Ref2074.html

[240] *ISO – ISO/TC 126/SC 3 – Vape and vapour products*. (n.d.). Retrieved 1 July 2020, from https://www.iso.org/committee/5980731/x/catalogue/

[241] *CEN/TR 17236:2018*. (2018, September 26). European Committee for Standardization. https://standards.cen.eu/dyn/www/f?p=204:110:0::::FSP_LANG_ID,FSP_PROJECT:25,65461&cs=1369EF3BCBACA65582FFB337FE84BA1B3

[242] *PAS 8850:2020 heated tobacco products specification*. (2020, July). British Standards Institution. https://shop.bsigroup.com/ProductDetail?pid=000000000030396623

L'Association française de normalisation (AFNOR) a publié des normes de référence similaires.

Il existe une norme volontaire de produit pour le snus suédois, la norme Gothiatek, introduite par l'industrie du snus en 2001. [243] En 2007, la norme Gothiatek a été acceptée comme norme pour tous les produits du tabac sans fumée (PTF) par le Conseil européen du tabac sans fumée (ESTOC), une organisation représentant tous les principaux fabricants de snus.

La norme Gothiatek fixe des taux maximaux admissibles pour plusieurs substances indésirables. Les teneurs maximales autorisées ont été abaissées à plusieurs reprises depuis l'introduction de la norme. En 2010, le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac a proposé des teneurs maximales pour certaines nitrosamines (NNN, NNK) et un HAP (BaP, benzo(a)pyrène) dans les PTS. Ces taux sont toutefois plus élevés que les taux maximums actuellement imposés par Gothiatek et en dessous des taux maximums fixés pour le snus par l'autorité alimentaire suédoise qui sont entrés en vigueur le 11 avril 2016. [244]

Dans de nombreux pays, la tendance est à la mise en place de contrôles plus stricts sur les PNRR, soit en alignant les réglementations sur celles du contrôle du tabac, soit en interdisant les arômes, voire pire.

Ce type de politique est motivé par une vision des PNRR comme une menace pour la santé publique plutôt que comme une opportunité de contribuer aux efforts existants pour réduire les effets de l'épidémie de tabagisme. Un autre argument qui sous-tend le discours anti-RdRT est que la démarche de la réduction des risques a été initiée de bas en haut par les consommateurs avant d'être portée sur un marché plus large par des intérêts commerciaux, ce qui l'a entièrement soustraite aux mains des organismes de santé publique.

Quel qu'en soit le contexte ou le motif, les politiques anti-RdRT sont en violation d'un ensemble de traités internationaux qui déclarent le droit universel à la santé, sans que personne ne soit laissé-pour-compte.

Quel qu'en soit le contexte ou le motif, les politiques anti-RdRT sont en violation d'un ensemble de traités internationaux qui déclarent le droit universel à la santé, sans que personne ne soit laissé-pour-compte.

Les conséquences les plus graves de l'interdiction des PNRR seront ressenties par les fumeurs et les groupes déjà marginalisés qui fument le plus et qui, par conséquent, souffrent le plus des maladies et des décès liés au tabagisme : les communautés indigènes, les communautés LGBTQ+, les détenus, les sans-abri, les personnes en situation d'extrême pauvreté et celles qui souffrent de problèmes de santé mentale, de drogue et d'alcool.

[243] Rutqvist, L. E. et al. (2011). Swedish snus and the GothiaTek® standard. *Harm Reduction Journal*, 8, 11. https://doi.org/10.1186/1477-7517-8-11

[244] Swedish Match – Snus and the Swedish Food Act. (2016). https://www.swedishmatch.com/Snus-and-health/snus-and-the-swedish-food-act/

Chapitre 7
Le droit à la santé et les laissés-pour-compte

La notion de droit à la santé des non-fumeurs, en particulier des personnes de l'entourage et des enfants, a sous-tendu les développements de la lutte antitabac tout au long des années 1980 et 1990. Les personnes impliquées dans les campagnes, notamment aux États-Unis, se considéraient comme des guerriers luttant contre les intérêts économiques et politiques des compagnies du tabac. Renforcés par les preuves tangibles des dommages causés par le tabagisme et par les efforts croissants pour interdire le tabagisme en public, les militants se sont posés en champions de la morale, tandis que les fumeurs devenaient les nouveaux parias sociaux.

L'objectif fondamental de la lutte antitabac, réduire les dommages causés par le tabagisme, semble se perdre dans un miasme d'intérêts contradictoires qui vont à l'encontre des aspects de la santé publique liés aux droits de l'homme.

Mais la donne a changé : ceux dont les droits doivent maintenant être protégés sont ceux qui veulent éviter de fumer et préfèrent utiliser des produits plus sûrs. Les personnes et les organisations qui sabotent ces droits sont en grande partie les mêmes (ainsi que de nouveaux acteurs) que ceux qui ont fortement influencé les politiques nationales et internationales de lutte antitabac jusqu'à la CCLAT. Et tout comme l'industrie du tabac, le lobby anti-RdRT a des intérêts financiers et politiques directs dans le maintien du statu quo de la lutte antitabac. Des organismes anti-RdRT comme Bloomberg Philanthropies (BP), qui ont du pouvoir et de l'influence autour de la table des discussions politiques, couplés aux intérêts économiques de Big Pharma et de certaines industries nationales du tabac, font pression pour que les PNRR disparaissent.

Image : Hosein Emrani sur Unsplash

L'objectif fondamental de la lutte antitabac, réduire les dommages causés par le tabagisme, semble aujourd'hui se perdre dans un miasme d'intérêts concurrents qui vont à l'encontre des aspects de la santé publique liés aux droits de l'homme. Il existe pourtant une série de traités internationaux qui font de la santé universelle pour tous un droit humain fondamental. La CCLAT, dans ses propres termes, déclare son engagement envers ces droits fondamentaux en :

Ceux dont les droits doivent maintenant être protégés sont ceux qui veulent éviter de fumer et préfèrent utiliser des produits plus sûrs.

> *« rappelant l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966, qui énonce le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ;*
>
> *rappelant également le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, qui stipule que la disposition du meilleur état de santé*

> *susceptible d'être atteint constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ;*
>
> *rappelant que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979, déclare que les États Parties de la Convention sont tenus de prendre les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé ;*
>
> *rappelant en outre que la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, prévoit que les États Parties de cette convention reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible. »*

Bien qu'elle n'y soit pas définie, l'article 1 de la CCLAT stipule spécifiquement que la lutte antitabac désigne « une série de stratégies de l'offre, de la demande, et **de réduction des risques** qui visent à améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et son exposition à la fumée du tabac » [c'est nous qui mettons en exergue]. On y trouve aussi un engagement à « promouvoir des mesures de lutte antitabac fondées sur des considérations scientifiques, techniques et économiques actuelles et pertinentes ».

Marina Foltea, experte en droit et politique du commerce international, écrit :

> *« Le fait que la santé soit reconnue comme un droit en droit international démontre que la santé publique est de la plus haute importance pour la plupart des nations. Cela revient à reconnaître universellement que la protection de la santé humaine est une responsabilité qui doit être assumée par tous les États. »*

Elle poursuit en disant que « les États sont tenus de s'abstenir de toute ingérence illégitime dans les droits des individus à protéger leur propre santé », ils doivent plutôt « prendre des mesures délibérées et actives en vue de la pleine réalisation des droits de l'homme ». [245]

En rendant difficile, voire impossible, l'accès aux PNRR pour les fumeurs actuels, les gouvernements interfèrent illégitimement avec le droit à la santé des individus. L'OMS se montre complice de cette situation en ne définissant pas clairement ce qu'elle entend par « réduction des risques » dans la CCLAT, et en définissant les droits de l'homme, de manière restrictive, comme le droit d'être protégé de l'industrie du tabac.

En rendant difficile, voire impossible, l'accès au PNRR aux fumeurs actuels, les gouvernements interfèrent illégitimement avec le droit à la santé des individus.

L'absence, dans la CCLAT, d'un « pilier » de réduction des risques correctement défini et mis en œuvre, qui viendrait s'ajouter aux trois piliers établis, à savoir la prévention de l'initiation, la promotion du sevrage et la protection contre les effets environnementaux, a été critiquée par Meier et Shelley dès 2006.

Compte tenu du fait que de nombreuses nations ne parvenaient pas à respecter ce que les auteurs appellent les trois premiers piliers de la CCLAT, ces derniers ont écrit, à une période précédant l'adoption mondiale des PNRR, que :

> *« Contrairement aux efforts de sevrage, les nations n'ont pas besoin de faire quoi que ce soit pour introduire une stratégie de réduction des risques. Les sociétés privées développent et commercialisent déjà… des produits sans l'encouragement du gouvernement… Les pays peuvent travailler ensemble au sein de l'OMS pour aborder les questions de réduction des risques du tabac, en s'aidant mutuellement à diffuser ces résultats de la science fondamentale et à les traduire en nouveaux traitements comportementaux, régimes pharmacologiques et produits du tabac ».* [246]

La RdRT est l'occasion de mettre en place une des innovations les plus spectaculaires en matière de santé publique dans le monde, pour lutter contre une maladie non

[245] Foltea, M. (2019). Regulatory Restriction Of E-Vapor Products Under International Human Rights Law. *R Street*, 189. https://www.rstreet.org/2019/11/18/regulatory-restriction-of-e-vapor-products-under-international-human-rights-law/

[246] Meier, B. M., & Shelley, D. (2006). The Fourth Pillar of the Framework Convention on Tobacco Control: Harm Reduction and the International Human Right to Health. *Public Health Reports*, 121(5), 494–500. P. 494-500.

transmissible, et à un coût minimal pour les gouvernements. À l'heure de la COVID-19, où les systèmes de santé et de financement public mondiaux sont à bout de souffle et risquent de ne pas se rétablir avant un certain temps, il n'a jamais été aussi urgent d'aller de l'avant avec la RdRT.

La RdRT est l'occasion de mettre en place une des innovations les plus spectaculaires en matière de santé publique dans le monde, pour lutter contre une maladie non transmissible, et à un coût minimal pour les gouvernements.

Image : Akhila Katuri sur Unsplash

Dans ce rapport, nous rappelons également la Charte d'Ottawa de 1986 sur la promotion de la santé, qui stipule catégoriquement que :

> *« La promotion de la santé se concentre sur la réalisation de l'équité en matière de santé. L'action de promotion de la santé vise à réduire les différences dans l'état de santé actuel et à garantir l'égalité des chances et des ressources… Les gens ne peuvent pas atteindre leur plein potentiel de santé s'ils ne sont pas capables de prendre le contrôle des éléments qui déterminent leur santé. »*

En ce qui concerne le nombre de décès et de maladies dus au tabagisme (parmi de nombreux autres problèmes de santé), il semble y avoir peu d'indices d'une « équité en matière de santé » pour un très large éventail de la population mondiale, y compris des groupes spécifiques qui sont manifestement « laissés-pour-compte ».

La RdRT et les laissés-pour-compte

Tous les fumeurs peuvent trouver des avantages à l'abandon des produits du tabac combustibles. Mais certains groupes sont particulièrement vulnérables aux risques consécutifs au tabagisme, car le taux de tabagisme dans ces groupes est plus élevé que dans la population générale. Il s'agit des groupes que nous appelons les « laissés-pour-compte ».

Les « laissés-pour-compte » sont ceux qui sont particulièrement vulnérables aux risques du tabagisme et qui ont le moins accès aux PNRR.

Au niveau mondial, les « laissés-pour-compte » sont ceux qui vivent dans la pauvreté et les privations sociales et économiques. La plupart des fumeurs du monde vivent dans les pays les plus pauvres où l'accès aux PNRR est limité, voire inexistant, car ces produits ne sont pas disponibles à des prix abordables pour les plus pauvres. Même dans les pays à revenus plus élevés, par rapport au prix des cigarettes, les PNRR ne sont généralement accessibles qu'à ceux qui disposent d'un revenu disponible suffisant, essentiellement au sein des communautés de la classe moyenne.

Un domaine de préoccupation qui semble complètement ignoré dans ce débat est l'impact économique des décès et des maladies dus au tabagisme sur les familles des pays les plus pauvres. Ces pays abritent les plus grandes populations de fumeurs du monde, qui sont invariablement des hommes. Les hommes sont généralement les principaux soutiens de famille, tandis que les femmes restent à la maison pour s'occuper de la famille et du ménage. Si le soutien de famille est perdu à cause d'une maladie liée au tabagisme, la situation des femmes, déjà économiquement précaire, ne peut qu'empirer.

De manière plus spécifique, les laissés-pour-compte sont aussi ceux qui vivent dans des groupes marginalisés et stigmatisés comme les communautés LGBTQ+

et les minorités ethniques, ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'alcoolisme, les sans-abri et ceux qui sont incarcérés. Et il ne s'agit pas de problèmes isolés : pour des millions de personnes, la vie est une lutte quotidienne contre la discrimination et la stigmatisation. Les membres de ces communautés et de ces groupes sociaux souffrent, de façon disproportionnée par rapport à la population générale, d'une mauvaise santé physique et mentale. Ils cherchent des moyens de faire face au stress et à l'anxiété ainsi qu'un vecteur de socialisation et de communication. Fumer aide à satisfaire ces besoins psychologiques et sociaux.

Comme l'ont récemment commenté le Dr Marewa Glover et ses collègues :

> *« L'objectif de l'OMS [de réduire le tabagisme mondial] détourne le secteur, involontairement mais efficacement, de la réduction de l'incidence des maladies liées au tabagisme, qui est le véritable objectif. Le concept selon lequel il faut se concentrer sur la réduction du tabagisme mondial encourage une approche utilitaire visant à obtenir un changement de comportement chez le plus grand nombre possible de personnes au moindre coût, sans tenir compte des conséquences négatives inattendues pour un petit nombre. Les interventions les moins coûteuses sont les lois, les réglementations, les taxes et les campagnes médiatiques de masse, des instruments brutaux appliqués à l'échelle d'un État ou d'un pays. Dans le cadre de cette stratégie, l'efficacité est mesurée au niveau de la population à l'aide de moyennes qui gomment les observations atypiques, telles que la prévalence du tabagisme disproportionnée dans certains sous-groupes. Les politiques sont évaluées en fonction de leur potentiel à bénéficier au plus grand nombre, c'est-à-dire au groupe des plus nombreux, qui est généralement le groupe politiquement dominant… Les politiques et les lois conçues pour bénéficier au groupe politiquement dominant laissent inévitablement de côté les effets sur les minorités. »* [247]

« Sans changements radicaux dans notre approche de la lutte antitabac, les disparités inacceptables en matière de maladies et de décès liés au tabagisme pourraient persister pendant des décennies. »

Dans un éditorial paru dans The American Journal of Public Health, Daniel Giovenco fait le commentaire suivant :

> *« Les approches de réduction des risques… ont le potentiel d'accélérer la fin du tabagisme et de réduire les inégalités plus rapidement et plus efficacement que les initiatives traditionnelles de lutte contre le tabagisme… Si nous ne changeons pas radicalement notre approche de la lutte contre le tabagisme, des disparités inacceptables en matière de maladies et de décès liés au tabagisme pourraient persister pendant des décennies ».* [248]

Catégoriser des groupes laissés-pour-compte et vulnérables est quelque peu artificiel, car ils partagent de nombreux problèmes communs. Mais pour les besoins de l'illustration de ce rapport, nous attirons l'attention sur quatre groupes : les communautés indigènes, les communautés LGBTQ+, les personnes emprisonnées et les personnes souffrant de maladies mentales, d'un problème de toxicomanie ou sans-abri.

Indigenous populations[249]

Les peuples indigènes ou de premières nations vivent dans plus de 90 pays et sont au

[247] Glover, Marewa et al. (2020). Tobacco smoking in three "left behind" subgroups: indigenous, the rainbow community and people with mental health conditions. *Drugs and Alcohol Today, ahead-of-print*(ahead-of-print). https://doi.org/10.1108/DAT-02-2020-0004

[248] Giovenco, D. P. (2019). Different Smokes for Different Folks? E-Cigarettes and Tobacco Disparities. *American Journal of Public Health*, 109(9), 1162–1163. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305250, p. 1162-63. Cet auteur est aussi l'auteur principal d'une étude portant sur les ventes de produits du tabac combustibles et de PNRR dans des quartiers sociodémographiquement diversifiés de la ville de New York. Les auteurs ont conclu que « la commercialisation de produits du tabac combustibles bon marché sature de manière disproportionnée les communautés minoritaires à faible revenu, tandis que les produits non combustibles à risque potentiellement plus faible sont plus accessibles dans les quartiers majoritairement blancs et à revenu élevé. Ce schéma peut exacerber les inégalités liées au tabac. Les politiques de santé publique devraient donner la priorité à la réduction de l'attrait et de l'accessibilité des produits du tabac les plus nocifs afin de contribuer à la réduction des disparités en matière de santé ». Giovenco, D. P. et al. (2019). Neighborhood Differences in Alternative Tobacco Product Availability and Advertising in New York City: Implications for Health Disparities. Nicotine & Tobacco Research, 21(7), 896–902. https://doi.org/10.1093/ntr/nty244

[249] Les informations sur les populations indigènes s'appuient sur les travaux du Dr Glover, spécialiste des inégalités en matière de santé dont souffrent les groupes indigènes, notamment en ce qui concerne le tabagisme et les possibilités de réduction de la mortalité et de la morbidité offertes par les PNRR.

nombre de 370 millions environ, soit 5% de la population mondiale. En grande partie à cause des multiples impacts sociaux, raciaux, politiques et économiques néfastes de la colonisation au cours des siècles, ils représentent environ 15% des pauvres dans le monde.

L'une des conséquences de cette marginalisation est la rareté des données sur de nombreux aspects de la vie des autochtones, y compris le tabagisme. Mais les données qui existent indiquent une forte prévalence du tabagisme chez les peuples indigènes. Ainsi, 83% des hommes Yolŋu des communautés isolées de la Terre d'Arnhem en Australie fument. En Russie, 47 groupes différents présentent des taux de tabagisme très variables, le plus élevé étant peut-être celui de 74% des hommes Nenets qui vivent dans la région arctique.

Nombre de populations autochtones qui vivent en Amérique du Nord, en Océanie et dans les régions du Pacifique ont des traditions tabagiques de longue date, avec des paysages sociaux et culturels très différents de ceux observés dans les communautés non indigènes. En Nouvelle-Zélande, par exemple, le taux de tabagisme des femmes Māori est beaucoup plus élevé que celui des femmes non Māori.

En 2019, le Dr Glover a présenté une communication au gouvernement danois concernant le peuple Kalaalit Nunatt du Groenland administré par le Danemark, soulignant toutes les façons dont la colonisation a eu un impact sur la santé et le bien-être de ce peuple (par rapport aux autres pays nordiques) et comment les politiques nordiques uniformes de lutte contre le tabagisme sont potentiellement dommageables pour cette population. Les taux de tabagisme sont très élevés, et comme chez les Māori, les femmes sont plus nombreuses à fumer (57%) que les hommes (43%). Le cancer du poumon est la forme de cancer la plus répandue dans le pays, et 35% des femmes enceintes fument.

Compte tenu des taux élevés de maladies liées au tabagisme dont souffre la population, le Dr Glover a exposé tous les arguments clés en faveur de la RdRT, en évoquant la chute spectaculaire des ventes de cigarettes en Norvège et en Suède, où le snus est autorisé, et l'approche plus libérale du contrôle du vapotage en Islande.

Le Dr Glover émet de nombreuses critiques concernant les mesures de prévention du tabagisme qui ne tiennent pas compte de la diversité des traditions des populations autochtones, alors que l'un des principes de la CCLAT est « la nécessité de prendre des mesures pour promouvoir la participation des individus et des communautés autochtones à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes de lutte antitabac qui soient socialement et culturellement adaptés à leurs besoins et à leurs perspectives » (article 4.2c). En réalité, il n'y a eu que peu de progrès, voire aucun, au niveau mondial. Il n'est pas surprenant que les tentatives de superposition de modèles classiques dominants d'interventions aient peu ou pas d'impact.

Cela dit, il y a quelques signes encourageants autour de RdRT. Les Samis du nord de la Scandinavie et de la Finlande sont passés du tabac au snus. En Nouvelle-Zélande, l'un des rares pays à avoir adopté une réponse juridique plus pragmatique et proportionnée à la RdRT, les Māoris ont ouvert des boutiques de vape. Dans le cadre du processus visant à encourager les fumeurs Māori à passer au snus, un petit programme appelé Vape2Save est en place depuis des années et fait actuellement l'objet d'une évaluation. [250]

Image : Olivier Le Moal sur Adobe Stock

[250] *Vape2Save | Hāpai | Hāpai te Hauora*. (2017, February 15). https://hapai.co.nz/content/vape2save-h%C4%81pai

Les communautés LGBTQ+

Dans les pays occidentaux, les taux de tabagisme parmi les communautés LGBTQ+ ont souvent été signalés comme étant deux fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle. Tous les groupes de cette catégorie ont en commun les tensions et le stress quotidien liés à la discrimination, voire à la violence, qu'ils subissent en raison de leurs différences de genre et d'identité sexuelle. Il n'est donc pas surprenant que ces groupes présentent des taux élevés d'anxiété, de dépression et de suicide, accompagnés de niveaux élevés de tabagisme, de consommation d'alcool et de drogues. Certains facteurs supplémentaires favorisent le tabagisme chez les hommes homosexuels. La peur de prendre du poids, par exemple, a été mentionnée. [251]

Image : Tristan Billet sur Unsplash

Il existe peu d'études sur les taux de consommation de PNRR parmi les communautés LGBTQ+ [252,253], bien qu'une étude américaine ait indiqué que les taux de vapotage tendent à correspondre à ceux des jeunes de la population générale. [254] Les études relatives aux interventions de sevrage tabagique sont tout aussi rares. Lorsque des membres de la communauté ont été interrogés, l'opinion générale semble être que, compte tenu de la diversité de la communauté LGBTQ+, des interventions spécifiques adaptées à la culture sont nécessaires. [255,256] Lorsque des interventions de sevrage ont été étudiées, les principaux outils étaient le conseil, les TSN et les médicaments. [257] Il semble qu'aucune étude n'ait été publiée pour comparer les interventions de sevrage incluant les PNRR.

[251] Schwappach, D. L. B. (2009). Queer quit: gay smokers' perspectives on a culturally specific smoking cessation service. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 12(4), 383–395. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00550.x

[252] For example, Buchting, F. O. et al. (2017). Transgender Use of Cigarettes, Cigars, and E-Cigarettes in a National Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1–e7. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022

[253] Huang, J. et al. (2016). Electronic Cigarettes Among Priority Populations: Role of Smoking Cessation and Tobacco Control Policies. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(2), 199–209. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.032

[254] Mirbolouk, M. et al. (2018). Prevalence and Distribution of E-Cigarette Use Among U.S. Adults: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2016. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 429–438. https://doi.org/10.7326/M17-3440

[255] Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2015). *Smoking Cessation Programs for LGBTI People: A Systematic Review of Content and Effect*. VELiM, University of Sydney. https://core.ac.uk/display/41241428

[256] Bruce Baskerville, N. et al. (2018). A qualitative study of tobacco interventions for LGBTQ+ youth and young adults: overarching themes and key learnings. *BMC Public Health*, 18. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5050-4

Les personnes en prison

Image : Tomasz Zajda sur Adobe Stock

Le tabagisme fait partie intégrante de la culture carcérale, notamment parce que le tabac lui-même est une monnaie d'échange dans de nombreuses prisons. Issus en grande partie de communautés économiquement et socialement défavorisées, la plupart des détenus sont déjà des fumeurs. Des études menées dans différents pays indiquent que le taux de tabagisme peut atteindre 80%. [258]

Fumer aide les détenus à faire face au stress évident de l'incarcération : l'ennui, l'isolement de la famille ainsi que le risque constant de violence et d'intimidation. [259]

La prison est un environnement difficile pour mener des séances de sevrage tabagique, mais les enquêtes ont montré que de nombreux détenus ont envie de réaliser quelque chose de positif et l'arrêt du tabac est souvent en haut de la liste.

Depuis 2018, les prisons britanniques sont devenues non-fumeurs, mais dans le même temps, l'avantage potentiel d'autoriser le vapotage a été reconnu. Avant l'interdiction en Écosse, des kits de vapotage gratuits et incassables ont été distribués là où le vapotage lui-même avait été interdit auparavant. Des projets pilotes avec des PNRR ont été déployés en Angleterre et au Pays de Galles à partir de 2015. Comme le rapporte un récent briefing de l'ASH UK :

> *« Au départ, seules des e-cigarettes jetables étaient disponibles, mais après plusieurs essais, des dispositifs rechargeables ont été introduits. En outre, un système d'achat anticipé a été mis en place pour les détenus ne disposant pas de fonds suffisants pour acheter des e-cigarettes afin de réduire les dettes et autres problèmes associés. L'administration pénitentiaire considère que la fourniture d'e-cigarettes change la donne en facilitant une transition réussie vers des prisons sans tabac. Avant le début du projet, environ 50 000 détenus achetaient du tabac. En juillet 2018, les magasins des prisons vendaient plus de 65 000 produits de vapotage par semaine à plus de 30 000 détenus et les ventes n'ont cessé d'augmenter depuis lors »* [260]

[257] Eliason, M. et al. (2012). The Last Drag: An Evaluation of an LGBT-Specific Smoking Intervention. *Journal of Homosexuality*, 59, 864–878. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.694770

[258] Baybutt, M. et al. (2012). Tobacco use in prison settings: A need for policy implementation. In *Prison Health Guide*. World Health Organisation. http://www.uclan.ac.uk/5413/

[259] Richmond, R. et al. (2009). Tobacco in prisons: a focus group study. *Tobacco Control*, 18(3), 176–182. https://doi.org/10.1136/tc.2008.026393

[260] Briefing ASH : la mise sur pied des prisons sans tabac en Angleterre et au Pays de Galles. (27 novembre 2018). *Action sur le tabagisme et la santé.* https://ash.org.uk/information-and-resources/briefings/ash-briefing-the-implementation-of-smokefree-prisons-in-england-and-wales/

Les responsables des prisons ont déclaré que l'autorisation du vapotage avait réduit la quantité de cigarettes et de tabac introduits en contrebande à la suite des interdictions de fumer, et par conséquent réduit les niveaux de violence.

Aux États-Unis, des entreprises de vapotage ont signé des contrats pour fournir des dispositifs de vapotage modifiés dans l'ensemble du système pénitentiaire, une tendance qui a débuté dès 2014. [261] Les responsables des prisons ont déclaré que l'autorisation du vapotage avait réduit la quantité de cigarettes et de tabac introduits en contrebande à la suite des interdictions de fumer, et par conséquent réduit les niveaux de violence.

La RdRT pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Au Royaume-Uni, 40% à 80% des personnes souffrant d'un problème de santé mentale fument. Elles consomment 42% de tout le tabac, fumant plus et plus fréquemment que les autres personnes. Alors que la prévalence du tabagisme chez les adultes britanniques est tombée à environ 15%, les taux de tabagisme chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont restés invariablement inchangés depuis environ 20 à 30 ans. [262]

Dans une méta-analyse portant sur 20 pays, les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie présentaient une prévalence moyenne du tabagisme de 62%, tandis qu'une étude portant sur des vétérans américains souffrant de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) a révélé une prévalence du tabagisme près de deux fois supérieure à celle des vétérans sans SSPT. [263]

Le tabagisme est la principale cause de l'écart de mortalité de 15 à 25 ans entre les usagers des services de santé mentale et la population générale.

Les personnes souffrant d'une maladie mentale ont du mal à se défaire de l'habitude de fumer, la peur du changement et une faible motivation à arrêter au milieu de priorités concurrentes et plus immédiates étant en jeu. La cigarette remplit des fonctions utiles dans la vie quotidienne : elle permet de faire face à l'ennui, de réguler les émotions, de développer des routines autour de la cigarette et de créer des occasions de socialisation en partageant des cigarettes, comme les employés de bureau qui se réunissent autour de la machine à café ou de la fontaine à eau. Mais ces avantages ont un prix.

Le tabagisme est la principale cause de l'écart de mortalité de 15 à 25 ans entre les usagers des services de santé mentale et la population générale. Sachant que les niveaux les plus élevés de tabagisme correspondent aux zones les plus défavorisées du Royaume-Uni (et d'ailleurs), les données sur les inégalités en matière de santé révèlent aussi que les taux de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'asthme sont nettement plus élevés dans les régions les plus défavorisées. Les taux de mortalité liés aux maladies respiratoires et cardiovasculaires chez les personnes de moins de 75 ans ayant reçu un diagnostic de maladie mentale grave sont respectivement 4,7 et 3,3 fois plus élevés pour 100 000 personnes que dans la population générale. [264,265,266]

Les autorités sanitaires anglaises ont adopté un point de vue progressiste sur l'autorisation du vapotage dans les établissements de santé mentale. Encouragé par les orientations sur la RdRT fournies par Public Health England et le NHS, le vapotage est étudié et testé dans le cadre d'interventions de sevrage tabagique auprès des usagers des services de santé mentale. Dans une enquête menée en 2019 par l'ASH auprès

[261] Walters, E. (2014, July 19). Texas Sheriffs Mull Selling E-Cigarettes to Inmates. *The New York Times*. https://www.nytimes.com/2014/07/20/us/texas-sheriffs-mull-selling-e-cigarettes-to-inmates.html;
Cornwell, L. (2015, February 17). *SC among several states allowing e-cigarette sales in jails. Greenvilleonline*. https://www.greenvilleonline.com/story/news/local/south-carolina/2015/02/17/cigarette-jails-sales-bans-south-carolina/23564139/

[262] Ryan, F. (2019, September 30). *The psychology behind smoking cessation – Mindsets, culture and preventing relapse.* Smoking Cessation and Mental Health Summit, Royal Society of Medicine, London.

[263] *Smoking and Mental Health* (No. 12; Fact Sheet). (2019). Action on Smoking and Health. https://ash.org.uk/information-and-resources/fact-sheets/health/smoking-and-mental-health/, p.5

[264] Health Matters: Smoking and mental health – Public health matters. (2020, February 26). [Blog]. *Public Health Matters*. https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2020/02/26/health-matters-smoking-and-mental-health/

[265] *Likelihood of smoking four times higher in England's most deprived areas than least deprived*. (2018, March 14). Office for National Statistics. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/drugusealcoholandsmoking/articles/likelihoodofsmokingfourtimeshigherinenglandsmostdeprivedareasthanleastdeprived/2018-03-14

[266] *Health profile for England: 2018*. (2018, September 11). Public Health England. https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england-2018/chapter-2-trends-in-mortality#premature-mortality-among-people-with-serious-mental-illness-smi

des fondations de santé mentale du NHS, 91% ont autorisé l'utilisation de dispositifs de vapotage aux côtés d'autres interventions de sevrage, principalement des TSN. [267]

Une étude pilote italienne a été menée sur 40 patients ambulatoires ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre schizophrénique (qui n'étaient pas motivés pour arrêter de fumer) et qui ont consommé des JUUL à haute teneur en nicotine. Après 12 semaines, 40% étaient déterminés à arrêter de fumer et 52% à réduire leur consommation. Dans l'ensemble, on a constaté des améliorations de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque et du monoxyde de carbone expiré. De manière encourageante, aucun effet secondaire significatif et aucun changement négatif dans les symptômes de la schizophrénie n'ont été constatés. [268]

En Angleterre, le South London and Maudsley NHS Foundation Trust (SLAM) fournit à la fois des services de santé mentale et de traitement de l'addiction. Bien qu'il soit totalement non-fumeur depuis octobre 2014, le Trust a autorisé le vapotage dans l'ensemble de l'organisation, faisant un pas de plus en février 2017, en élargissant l'autorisation des seuls dispositifs jetables à celle d'autres dispositifs, utilisés sous réserve d'une évaluation individuelle des risques. Les patients peuvent fumer dans les chambres individuelles et partout à l'extérieur dans l'enceinte de l'hôpital.

La RdRT pour les personnes ayant des problèmes d'addiction

Le niveau de tabagisme est tout aussi élevé chez les personnes ayant des problèmes de consommation de substances addictives, ce qui peut exacerber les problèmes de santé liés à la drogue. Les services de soins du monde entier signalent que plus de 85% à 90% des personnes suivant un traitement contre la dépendance fument.

Ces dernières années, le nombre de décès liés à la drogue a augmenté au Royaume-Uni, en particulier chez les usagers âgés et de longue durée qui souffrent également de maladies liées au tabagisme, comme la BPCO, qui figure généralement en bonne place sur la liste des comorbidités des personnes dépendantes des opiacés. Dans une étude de cohorte portant sur 845 usagers en traitement résidentiel aux États-Unis, environ un quart d'entre eux sont morts au cours de l'étude, les causes liées au tabagisme dépassant celles liées aux drogues et à l'alcool. [269]

Aux États-Unis, dans une étude de cohorte portant sur 845 usagers en traitement résidentiel pour une addiction, environ un quart d'entre eux sont décédés, les causes liées au tabagisme dépassant celles liées aux drogues et à l'alcool.

Le personnel des centres de soins est souvent réticent à engager des discussions sur le tabagisme avec ses clients, d'une part parce qu'un pourcentage élevé de membres de ce personnel fume aussi, mais aussi parce qu'ils estiment que la personne a déjà assez à faire avec ses problèmes d'alcool ou de drogue. Les patients peuvent alors avoir l'impression que le travailleur social ne pense pas que le tabagisme soit un problème ou qu'il n'a pas confiance dans la motivation ou la capacité du patient à changer. Les usagers sont pourtant bien conscients des risques du tabagisme et sont souvent désireux d'arrêter, mais comme la plupart des fumeurs, ils ne trouvent pas les interventions traditionnelles de sevrage très utiles.

Le SLAM de Londres s'est également impliqué auprès des clients en traitement pour une addiction, en proposant une gamme de dispositifs de vapotage. Les réactions des patients ont été encourageantes : après la deuxième session, 77% d'entre eux ont déclaré que les appareils étaient faciles à remplir et à recharger et près de la moitié ont jugé l'expérience, allant de « un peu » à « beaucoup plus satisfaisante que de fumer ». Voici quelques exemples de commentaires :

> *« Je suis tellement reconnaissant qu'on m'ait donné cette opportunité… ça m'a sauvé la vie. »*

[267] Progress towards smokefree mental health services. (2019, October 29). *Action on Smoking and Health*. https://ash.org.uk/information-and-resources/reports-submissions/reports/progress-towards-smokefree-mental-health-services/

[268] Pasquale, C. (2019, June 14). *Role of a new generation e-cigarette on smoking displacement in smokers with schizophrenia spectrum disorders (SSD)*: a single arm pilot study. Global Forum on Nicotine, Warsaw. https://gfn.net.co/downloads/2019/presentations/Pasquale_Caponnetto.pdf

[269] Hurt, R. D. et al. (1996). Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*, 275(14), 1097–1103. https://doi.org/10.1001/jama.275.14.1097

« C'était la dernière chose à abandonner. J'ai éliminé tout le reste. » [270]

La RdRT pour les personnes sans-abri

Les conséquences du tabagisme sur la santé ne sont pas moins problématiques pour les personnes sans domicile pour qui la cigarette procure toute une panoplie de bienfaits, y compris un apaisement émotionnel, un soulagement de l'ennui et des aspects de socialisation. [271,272] Toutefois, le désir d'arrêter de fumer ne semble pas moindre chez les personnes sans domicile que chez les autres groupes défavorisés, mais bien sûr, leur statut de sans-abri rend encore plus difficile l'intervention des services de sevrage.

En Irlande, le Waterford Institute of Technology a mené une courte intervention de trois mois fondée sur les PNRR auprès de personnes sans domicile fixe qui avaient accès aux services. Les chercheurs ont dû relever un certain nombre de défis au cours des quatre semaines qu'a duré l'étude, notamment par le fait que plusieurs participants étaient tout simplement trop malades pour participer. Mais beaucoup de ceux qui ont participé n'avaient jamais essayé d'arrêter de fumer auparavant, et certains ont réduit leur consommation de tabac de plus de 50%. Un participant a déclaré « Cela m'a vraiment aidé financièrement. Cela m'a aidé pour ma santé. Je peux mieux respirer ». [273]

***

S'il y a des millions de fumeurs dans les pays les plus pauvres qui n'ont pas accès aux PNRR, un nombre considérable d'autres personnes dans toutes les parties du monde luttent contre la marginalisation et la discrimination en raison de leur appartenance ethnique, de leur sexe ou de leur identification sexuelle, de leurs problèmes de santé mentale ou de leur consommation de substances addictives, et ce dans leur communauté, dans la rue ou en prison. Pour toutes ces raisons, qui s'associent et se chevauchent souvent, la prévalence du tabagisme est sensiblement plus élevée chez ces personnes que dans la population générale. Elles bénéficieraient clairement de l'utilisation de PNRR, mais l'accès leur en est refusé par un environnement de plus en plus prohibitionniste qui montre peu de compassion pour ceux qui en ont le plus besoin. Cette situation est exacerbée par le manque de produits abordables.

Pourtant, il existe des moyens d'aller de l'avant et de faire en sorte que la RdRT fasse partie de l'effort déclaré de l'OMS pour lutter contre l'épidémie de tabagisme. Mais cela exige que la RdRT soit considérée comme une opportunité plutôt qu'une menace et que l'on mette fin à la théologie anti-nicotine qui se fait passer pour de la santé publique. Dans le dernier chapitre, nous suggérons ce que pourraient être les voies d'avenir.

---

[270] Keller, M and Robson, D. (2020). *Tobacco harm reduction in Lambeth Addictions Consortium*. Smoking, drugs and alcohol conference, Birmingham.

[271] Dawkins, L. et al. (2019). A cross sectional survey of smoking characteristics and quitting behaviour from a sample of homeless adults in Great Britain. *Addictive Behaviors*, 95, 35–40. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.02.020

[272] Matthews, C. (2019, March 5). Smoking and the Homeless: There is Hope. *Vaping Daily*. https://vapingdaily.com/support/homeless-community/

[273] Scheibein, F. (2019, June 14). *A 3-month ENDS-based intervention with people accessing Irish homeless services: efficacy, challenges and opportunities*. Global Forum on Nicotine, Warsaw. https://gfn.net.co/downloads/2019/presentations/Florian_Scheibein.pdf

Chapitre 8
Des enjeux cruciaux : conclusions et recommandations

Ce rapport porte essentiellement sur la RdRT et sur les avantages pour la santé publique et individuelle de disposer d'alternatives plus sûres, abordables, appropriées et acceptables aux produits du tabac combustibles. Il met également l'accent sur les droits des fumeurs d'avoir la possibilité de passer du tabagisme à autre chose et de ceux qui ont choisi des alternatives plus sûres.

Image : Andrii sur Adobe Stock

La marche à suivre

Pour la première fois, il existe désormais un large éventail d'incitations positives, non plus seulement dissuasives, pour inciter les gens à renoncer au tabac. La RdRT, par le biais des PNRR, offre une stratégie de sortie sans précédent qui s'est révélée acceptable pour les fumeurs et à un coût minimal pour les gouvernements.

Aspirations mises à part, la réalité est que la lutte contre le tabagisme n'a jamais pu que contribuer à réduire les risques, de sorte que l'argument de la réduction des risques a toujours été inhérent à la déclaration de mission antitabac, excepté qu'aujourd'hui il existe de réelles possibilités d'augmenter l'envergure des résultats bénéfiques pour la santé publique.

Image : nullplus sur Adobe Stock

Conclusions

- Près de 8 millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabagisme.
- Quatre-vingts pour cent des fumeurs dans le monde vivent dans les pays à faible revenu, mais ils sont ceux dont l'accès à des PNRR abordables est le plus limité.
- On anticipe qu'un milliard de personnes mourront de maladies liées au tabagisme d'ici 2100.
- Dans les pays les plus riches, le taux de tabagisme est en baisse depuis des décennies, mais cette baisse se ralentit.
- Le nombre de fumeurs dans le monde est resté inchangé à 1,1 milliard depuis l'année 2000, et dans certains pays plus pauvres, il devrait augmenter en raison de la croissance démographique.
- Le moyen le plus immédiat de réduire les décès liés au tabagisme est de s'occuper en priorité des fumeurs actuels.
- Les données relatives aux PNRR montrent qu'ils sont nettement plus sûrs que le tabac combustible, tant pour les fumeurs que pour les personnes de l'entourage, et qu'ils contribuent à aider ceux qui souhaitent arrêter de fumer.
- L'adoption des PNRR a pris son essor sous l'impulsion des consommateurs et son coût pour les gouvernements a été nul ou minime.
- Les PNRR sont susceptibles de réduire considérablement le nombre de décès et de maladies dus au tabagisme dans le monde, et de provoquer une révolution mondiale de la santé publique.
- L'usage des PNRR progresse lentement. Nous estimons que 98 millions de personnes dans le monde utilisent des PNRR - dont 68 millions de vapoteurs - ce qui représente seulement neuf fumeurs sur 100 (moins dans les pays à faible revenu). Il est urgent d'intensifier la réduction des risques liés au tabac.
- De nombreuses ONG nationales et internationales bien subventionnées, des agences de santé publique et des organisations multilatérales voient à tort la RdRT comme une menace plutôt que comme une chance.
- De nombreuses organisations américaines ou financées par les États-Unis ont provoqué la panique à propos des jeunes vapoteurs, au sujet des arômes et de l'apparition de maladies pulmonaires, occultant ainsi le véritable défi de santé publique, qui est de persuader les fumeurs adultes de se substituer.
- Le quasi-monopole du financement international de la lutte antitabac par des fondations basées aux États-Unis - le philanthrocapitalisme - a faussé les réponses internationales et nationales au tabagisme. Les intérêts des donateurs excluent souvent d'autres options politiques, entrainant un impact caché, mais négatif sur les politiques de santé, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.
- Le fait de mettre de plus en plus l'accent sur la prohibition risque d'avoir de nombreuses conséquences, notamment, que les fumeurs actuels décident de ne pas changer de produit, que les utilisateurs de PNRR d'aujourd'hui recommencent à fumer, et que se multiplient les produits non réglementés et potentiellement dangereux.
- De nombreuses études mal menées sont toujours en circulation, et elles sont en général présentées avec un message anti-RdRT.
- L'initiative MPOWER de l'OMS ne suffira pas à elle seule à accélérer l'arrêt du tabagisme - le point faible est le „O", qui propose des aides, ce qui est très coûteux pour les gouvernements.
- La réduction des risques est intégrée dans presque tous les domaines de travail de l'OMS, à l'exception du tabac.
- En niant le rôle de la RdRT, l'OMS va à l'encontre des principes et des pratiques inscrits dans ses propres engagements en faveur de la promotion de la santé mondiale et dans les conventions internationales relatives au droit à la santé, notamment à l'article 1 (d) de la CCLAT
- Les pays riches ont été les principaux bénéficiaires de la RdRT. De nombreux PRFM sont laissés-pour-compte, à cause de politiques prohibitionnistes et de l'absence d'alternatives appropriées, acceptables et abordables au tabac combustible.
- Les personnes les plus touchées par les politiques de lutte contre le tabagisme ont été stigmatisées et exclues de la conversation politique. Une bonne santé publique engage les populations concernées. Le slogan „Rien sur nous sans nous" est très pertinent pour la RdRT, comme pour tous les autres domaines de la santé publique.

Recommendations

1. L'objectif premier de la lutte antitabac doit être d'offrir aux fumeurs actuels des stratégies de sortie adaptées. Le bilan actuel du tabagisme ne peut être évité qu'en accélérant l'abandon du tabac par les fumeurs de longue durée.
2. La réduction des risques doit être correctement définie par les membres de la CCLAT pour s'inscrire dans le cadre de la réduction de la demande et de l'offre. Elle doit être appliquée universellement sans qu'aucune personne, aucun groupe ou aucune communauté n'en soit exclu.
3. L'OMS doit jouer un rôle prépondérant en encourageant les signataires de la CCLAT à adopter une vision plus équilibrée du potentiel des PNRR afin d'encourager l'abandon des produits combustibles. L'interprétation actuelle de l'article 5.3 de la CCLAT freine le débat en cours sur les mérites des PNRR. Une approche nouvelle et inclusive est nécessaire, impliquant toutes les parties prenantes sans exception, pour évaluer les mérites des nouvelles technologies et des nouveaux produits, sur la base de principes scientifiques plutôt que d'une idéologie.
4. L'accès aux PNRR doit être un droit pour tous les bénéficiaires potentiels, indépendamment de leur sexe, de leur race, de leur situation sociale ou économique.
5. Le bien-être des consommateurs doit être au centre de la planification et de la politique internationale
6. L'Alliance des ONG de la Convention-cadre doivent s'engager activement avec le plus grand nombre d'ONG axées sur la RdRT, y compris les organisations de défense des consommateurs.
7. Les entreprises qui fabriquent des PNRR doivent s'efforcer d'atteindre le plus grand nombre possible de fumeurs dans le monde avec des produits appropriés et abordables.
8. Le rôle du gouvernement doit être d'accélérer l'abandon du tabac, plutôt que de mettre des obstacles sur le chemin de ceux qui souhaitent utiliser des PNRR.
9. Aucune mesure ne doit être prise qui ait pour conséquence de favoriser le tabagisme au détriment des PNRR, par exemple en rendant les PNRR plus difficiles à obtenir que les cigarettes, ou par une tarification défavorable (par exemple par le biais de taxes).
10. Tous ceux qui sont en position de formuler une stratégie politique en matière de PNRR doivent tenir compte de l'ensemble des données actuelles, et ne pas opter pour des recommandations toutes faites, émanant d'organisations multilatérales et philanthropiques.
11. Les gouvernements doivent assurer la sécurité des consommateurs en ce qui concerne les PNRR en s'appuyant sur les normes de sécurité disponibles des organismes internationaux, régionaux et nationaux.
12. Les fumeurs ont droit à des informations factuelles sur les avantages potentiels du passage aux PNRR.
13. Les PNRR doivent être contrôlés et réglementés comme des produits de consommation, et les consommateurs doivent être assurés de la qualité des produits qu'ils utilisent.
14. La possibilité de choisir les arômes des PNRR est un aspect important de la décision de renoncer au tabac et d'éviter les rechutes. Interdire les arômes est contre-productif si on espère des résultats positifs en matière de santé publique.
15. Il n'y a pas de risque identifié de „vapotage passif" pour l'entourage. La communication en matière de santé publique doit expliquer que vapoter n'est pas fumer, et que la décision de contrôler le vapotage dans des endroits spécifiques doit être laissée aux organisations et entreprises individuelles, plutôt qu'au travers d'une interdiction générale des organismes gouvernementaux.

Et pour finir...

Les deux années qui se sont écoulées depuis la dernière édition de ce rapport ont été une période très difficile pour la RdRT.

Les deux années qui se sont écoulées depuis la dernière édition de ce rapport ont été une période très difficile pour la RdRT.

Les quelque 1,1 milliard de fumeurs dans le monde méritent une meilleure proposition et de meilleures options. Nous devons accélérer la disparition des méthodes combustibles de consommer de la nicotine et encourager l'utilisation de méthodes non combustibles plus sûres. Des données provenant de plusieurs pays montrent que la disponibilité des PNRR facilite le renoncement au tabac.

Globalement, les progrès sont lents et les personnes qui utilisent les PNRR ne représentent encore qu'une petite fraction des fumeurs. Les produits de vapotage ne sont sur le marché que depuis une douzaine d'années et les PTC beaucoup moins, bien que l'utilisation du snus remonte à plusieurs siècles. Historiquement, les changements dans la consommation de nicotine prennent quelques décennies. La dernière innovation perturbatrice fut l'invention de la machine à rouler le tabac dans les années 1880, mais il a fallu environ 60 ans pour que la cigarette roulée à la machine évince la plupart des autres formes de tabagisme dans les pays riches.

Toutefois, nous ne pouvons pas attendre 60 ans. Nous savons déjà que les PNRR sont plus sûrs que de fumer du tabac. Nous savons que les gens veulent utiliser ces produits. Nous avons la preuve, établie dans de nombreux pays, que les PNRR fonctionnent.

Les obstacles viennent des riches fondations qui ont une vision myope de la lutte antitabac, et des organisations internationales qui sont attachées à une vue étroite de ce qui peut être fait. Il y a trop de peur, de haine et d'intérêts dans ce domaine. Ces groupes et organisations vont rapidement se retrouver du mauvais côté de l'histoire. Il faut avoir beaucoup plus d'ambition sur ce qui peut être réalisé et faire preuve d'une bonne dose de compassion.

La réduction des risques du tabac est une mesure éprouvée de santé publique et de promotion de la santé pour les personnes concernées, les fumeurs et ceux qui choisissent des alternatives. C'est un changement qui s'opère à partir de la communauté, car ce sont les personnes qui font de la réduction des risques, et non les experts.

Au cours des années 1980, les politiques de santé publique ont élargi leur champ d'action au-delà du contrôle des maladies infectieuses, pour englober des considérations plus larges de prévention par la promotion de la santé. En novembre 1986, l'OMS a organisé la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue à Ottawa (Canada). De cette conférence est né un document de cinq pages, la Charte d'Ottawa, qui définit la promotion de la santé :

> *« comme le processus qui permet aux gens d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer ».*

Elle souligne ensuite que :

> *« la promotion de la santé vise à atteindre l'équité en matière de santé. L'action de promotion de la santé vise à réduire les différences dans l'état de santé actuel et à garantir l'égalité des chances et des ressources... Les gens ne peuvent réaliser leur plein potentiel de santé s'ils ne sont pas capables de prendre en main ce qui détermine leur santé. »*

Parmi les engagements pris par les participants à la conférence, on peut citer :

- *« contrecarrer les pressions en faveur des produits nocifs » ;*
- *« répondre à l'écart de santé au sein des sociétés et entre elles, et lutter contre les inégalités en matière de santé produites par les règles et les pratiques de ces sociétés » ;*
- *« reconnaître que les personnes sont la principale ressource en matière de santé, les soutenir et leur permettre de rester en bonne santé, ainsi que leurs familles et amis ».*

La réduction des risques du tabac est une mesure éprouvée de santé publique et de promotion de la santé pour les personnes concernées, les fumeurs et ceux qui choisissent des alternatives. C'est un changement qui s'opère à partir de la communauté, car ce sont les personnes qui font de la réduction des risques, et non les experts.

Annexe
Estimation du nombre de vapoteurs dans le monde

Introduction

Les estimations de la prévalence du vapotage sont essentielles pour mesurer l'adoption et la couverture de la RdRT. Cependant, les informations sur la prévalence du vapotage sont encore rares dans de nombreux pays.

L'OMS promeut le programme de lutte antitabac MPOWER, dont la première lettre (Monitoring) fait référence à la surveillance. L'un des points essentiels de ce programme est de recueillir des informations actualisées sur les questions liées à la consommation de tabac et de produits connexes. Malheureusement, dans la réalité, il s'agit d'une tâche très difficile pour de nombreux pays, en raison des coûts que cela implique. La collecte d'informations sur la valeur d'une caractéristique particulière dans une population donnée nécessite une enquête représentative basée sur un échantillon aléatoire. Les enquêtes de ce type sont coûteuses.

Des données sur le marché sont disponibles au sein des entreprises et auprès de sociétés d'études et d'analyses de marché telles qu'EuroMonitor. Néanmoins, il n'existe pas de relation claire entre la taille du marché, en valeur ou en unités vendues, et la prévalence du vapotage dans la population.

La disponibilité des données

Nous avons trouvé des informations sur la prévalence du vapotage dans 49 pays. Deux programmes de recherche internationaux sur le tabagisme et le vapotage sont accessibles au public, ainsi que huit programmes nationaux.

Les recherches internationales à partir desquelles nous collectons des données sont : L'enquête mondiale sur le tabac chez les adultes (The Global Adult Tobacco Survey, GATS), [274] réalisée pour la dernière fois en 2017, qui fournit des données sur six pays (ils sont 25 dans l'étude, mais nous n'en avons utilisé que six en raison d'enquêtes périmées ou ne couvrant pas le sujet des e-cigarettes), et l'Eurobaromètre spécial sur les attitudes des Européens à l'égard du tabac et des cigarettes électroniques [275] de la Commission européenne, réalisé pour la dernière fois en 2017, qui rassemble les données de 28 pays.

On trouve aussi des enquêtes internationales de contrôle du tabac [276] dans 29 pays, avec des données sur les e-cigarettes dans six pays, mais nous ne les avons pas utilisées en raison de problèmes méthodologiques (c'est-à-dire l'utilisation d'échantillons non probabilistes).

Les enquêtes nationales sur le tabagisme et le vapotage (ou du moins disposant de quelques informations sur ce sujet) incluent par exemple :

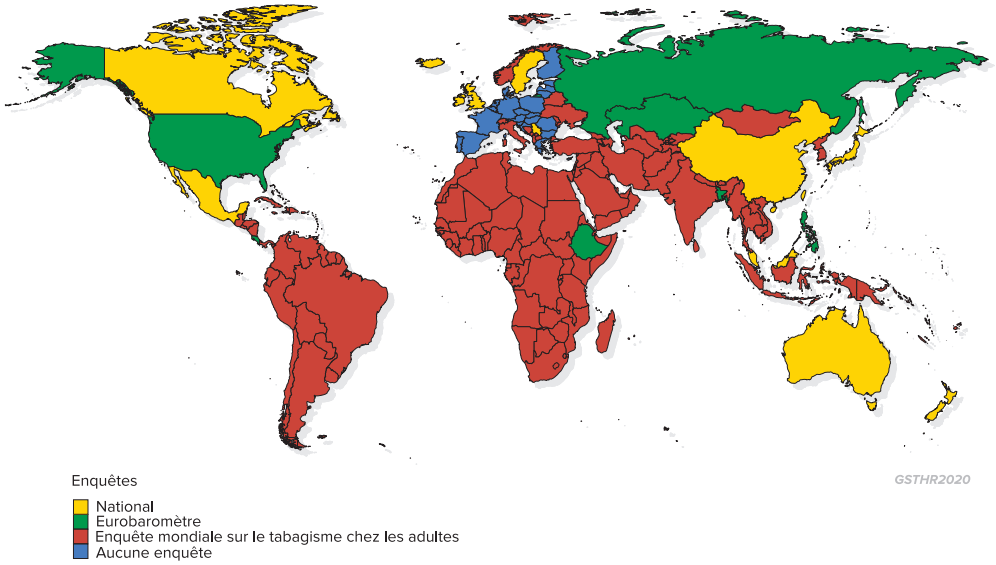
» *National Drug Strategy Household Survey 2019* (Australia).[277]
» *Healthy Ireland Survey* 2017.[278]

[274] *WHO | Global Adult Tobacco Survey (GATS).* (n.d.). WHO; World Health Organization. Retrieved 3 August 2020, from http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/
[275] *Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes – European Union Open Data Portal*. (n.d.). Retrieved 23 June 2020, from https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG
[276] Department of Psychology, University of Waterloo. (n.d.). *Surveys – ITC Project.* International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. Retrieved 3 August 2020, from https://itcproject.org/surveys/
[277] *National Drug Strategy Household Survey 2019.* (n.d.). Australian Institute of Health and Welfare. Retrieved 3 August 2020, from https://www.aihw.gov.au/about-our-data/our-data-collections/national-drug-strategy-household-survey/2019-ndshs
[278] *Healthy Ireland Survey 2017.* (n.d.). Retrieved 3 August 2020, from https://www.gov.ie/en/publication/a2e250-healthy-ireland-survey-2017/?referrer=/blog/publications/healthy-ireland-survey-2017/

» *Malaysia 2016 National E-Cigarette Survey*.[279]
» *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017, Mexico)*.[280]
» *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain, 2019* (ASH UK).[281]
» *Surveys from the Office for National Statistics* (UK 2019).[282,283]
» *National Adult Tobacco Survey* (US).[284]

En outre, nous disposons d'informations provenant d'enquêtes générales pour sept autres pays.

Les enquêtes sur le vapotage



GSTHR2020

Les données ont été introduites dans notre base de données et maintenues par le groupe de recherche du GSTHR. Des contrôles de qualité, consistant en une coopération continue avec des informateurs régionaux dans le monde entier, sont régulièrement effectués pour garantir que les sources sont mises à jour et que les données sont introduites correctement.

Les méthodes

Les estimations

Étant donné qu'on ne trouve des informations que pour 49 pays, la question se pose de savoir comment estimer la prévalence du vapotage dans les pays pour lesquels les informations ne sont pas disponibles.

Lorsque des données nationales n'étaient pas disponibles, nous avons utilisé une méthode épidémiologique reconnue d'évaluation en présumant que les données d'un pays sont comparables à celles d'autres pays de la même région pour lesquels des données sont disponibles. Cette méthode est couramment utilisée pour estimer l'état

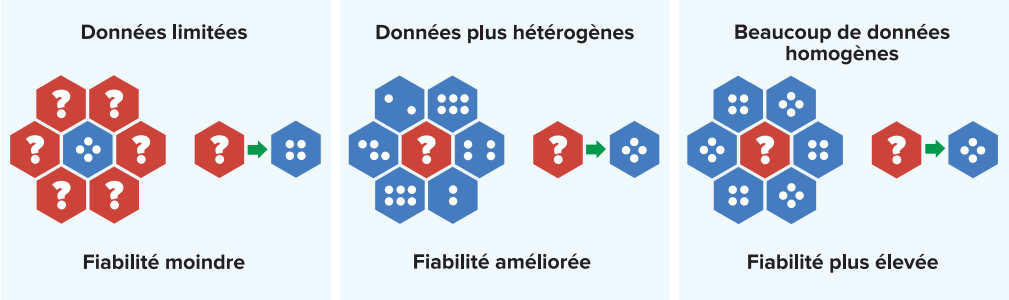
[279] Ab Rahman, J. et al. (2019). The Prevalence of E-Cigarette Use Among Adults in Malaysia: Findings From the 2016 National E-Cigarette Survey. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31, 101053951983473. https://doi.org/10.1177/1010539519834735
[280] Comisión Nacional contra las Adicciones. (n.d.). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016–2017*. gob.mx. Retrieved 3 August 2020, from http://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758
[281] Use of e-cigarettes among adults in Great Britain, 2019. (2019, September 2). *Action on Smoking and Health*. https://ash.org.uk/information-and-resources/fact-sheets/statistical/use-of-e-cigarettes-among-adults-in-great-britain-2019/
[282] Adult smoking habits in the UK*: 2019* (ONS Statistical Bulletin). (2020). Office for National Statistics.
[283] *E-cigarette use in England – Office for National Statistics*. (n.d.). Retrieved 3 August 2020, from https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/datasets/ecigaretteuseinengland
[284] CDC's Office on Smoking and Health. (2014). *Smoking and Tobacco Use; Data and Statistics; National Adult Tobacco Survey (NATS)*. Smoking and Tobacco Use. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/surveys/nats/

de santé en l'absence d'enquêtes nationales. [285,286,287] Elle fonctionne de la même manière que de nombreuses méthodes utilisées pour les inférences et les analyses statistiques avec des données incomplètes.

Le principal outil mathématique utilisé pour l'estimation est la méthode de la similarité moyenne. [288,289,290] Elle part du principe que, si certaines caractéristiques dans un groupe de pays donné sont similaires, nous pouvons supposer que ces pays seront aussi similaires à d'autres égards. Cela nous permet d'attribuer, aux valeurs inconnues de certaines caractéristiques, les valeurs moyennes de ces mêmes caractéristiques dans les pays où elles sont connues.

La qualité d'une telle estimation dépend du rapport entre les fractions connues et inconnues. Plus on utilise de données d'entrée connues et plus elles sont homogènes, meilleur sera le résultat. Le tableau 1 montre la relation entre la quantité et la différenciation interne des données d'entrée d'une part, et la qualité des estimations d'autre part.

Les données entrantes et la qualité des estimations



Une autre question concerne la disponibilité et la pertinence des données portant sur les caractéristiques des pays à partir desquelles on peut déduire la similitude entre les pays. Nous avons utilisé les régions de l'OMS, la classification des revenus de la Banque mondiale et le statut juridique des e-cigarettes.

Le deuxième problème méthodologique est que les enquêtes sont menées au cours de différentes années et ne sont pas souvent répétées. La plupart des données disponibles permettent de calculer une estimation pour 2018 (la plupart des études récentes datent de 2018 ou avant). Par conséquent, les données doivent être ajustées pour obtenir des estimations pour 2020. Cela peut être fait en se référant aux données sur la croissance du marché. Sur la base des analyses « Statista » accessibles au public[291], nous pouvons suivre l'évolution des revenus mondiaux du marché des e-cigarettes. En supposant une relation linéaire entre les revenus du marché et le nombre d'utilisateurs, nous pouvons estimer le nombre mondial de vapoteurs en 2020.

Cette relation supposée n'est pas claire, car les valeurs du marché sont affectées par le prix et les habitudes de consommation. Chaque évolution du marché n'affecte pas 100% du nombre de consommateurs. Il serait bon pour la qualité de la projection de savoir quelle est l'efficacité réelle de la relation entre les données du marché et le nombre de vapoteurs dans la population. Elle peut être facilement calculée en utilisant le coefficient de corrélation de Pearson et les données disponibles là où les revenus du marché local et la prévalence des vapoteurs sont connus.

[285] Aceijas, C. et al. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18(17), 2295–2303.
[286] Dawood, F. S. et al. (2012). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(9), 687–695. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70121-4
[287] Verity, R. et al. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(6), 669–677. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7
[288] Little, Roderick J A, & Rubin, D. B. (2002). *Statistical Analysis with Missing Data* (2nd ed.). A Wiley-Interscience publication.
[289] Little, R J A. (1997). Biostatistical Analysis With Missing Data. In P. Armitage & T. Colton (Eds.), *Encyclopedia of Biostatistics*. Wiley.
[290] Orchard, T., & Woodbury, M. A. (1972). A Missing Information Principle: Theory and Applications. *Proc. 6th Berkeley Symposium on Math. Statist. and Prob.*, 1, 697–715.
[291] *E-Cigarettes – worldwide | Statista Market Forecast (adjusted for expected impact of COVID-19)*. (2020, May). Statista. https://www.statista.com/outlook/50040000/100/e-cigarettes/worldwide

Les méthodes d'estimation

Sur la base des informations disponibles, nous avons calculé la prévalence moyenne du vapotage pour les régions de l'OMS, les classifications de revenus de la Banque mondiale et le statut juridique de la vente d'e-cigarettes. Malheureusement, comme on pouvait le deviner, certains groupes sont très peu représentés. Les pays à faible revenu ne sont représentés que par l'Ouganda. L'Ouganda est également la seule source de données pour la région africaine. De même, nous n'avons qu'une seule source de données pour la région de l'Asie du Sud-Est avec le Bangladesh, de même pour la région de la Méditerranée orientale avec les Émirats arabes unis.

Prévalence moyenne du vapotage en fonction des facteurs employés pour l'estimation

Classifications des revenus de la Banque mondiale	N	Utilisateurs (%)
Revenu élevé	35	1.90
Revenu moyen supérieur	11	1.21
Revenu moyen inférieur	2	0.50
Faible revenu	1	0.50
Régions de l'OMS	**N**	**Utilisateurs (%)**
Région Asie du Sud-Est	1	0.20
Région africaine	1	0.50
Région du Pacifique occidental	8	1.34
Région européenne	32	1.70
Région des Amériques	6	1.72
Région de la Méditerranée orientale	1	5.00
Vente	**N**	**Utilisateurs (%)**
Interdit	6	0.93
Autorisé	40	1.75
Pas de loi spécifique	3	1.80

Ces trois facteurs nous ont donné quatre tranches de revenus, six régions et trois statuts de vente, ce qui nous a permis de distinguer 72 sous-groupes. Pour chacun de ces groupes, nous avons calculé la prévalence moyenne du vapotage. Les 72 valeurs obtenues ont été utilisées comme substituts des chiffres de prévalence dans les pays appartenant au groupe. Bien entendu, tous les sous-groupes n'étaient pas représentés. Pour la première subdivision (1), la plus détaillée, à trois facteurs, nous disposions d'informations pour seulement 13 sous-groupes, ce qui nous a permis de calculer des estimations pour 83 pays.

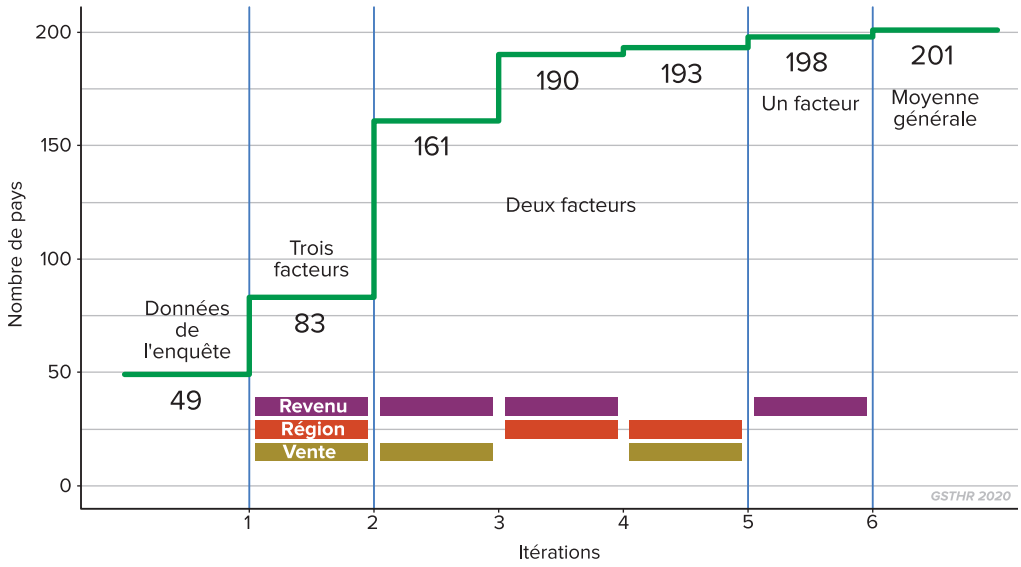
Pour les autres pays, nous avons dû utiliser une répartition à deux facteurs couvrant toutes les paires possibles combinant deux des trois facteurs de départ. Une deuxième (2) subdivision a ainsi été faite sur la base des tranches de revenus et du statut des ventes, ce qui nous a donné huit cellules d'information couvrant 161 pays. Une troisième (3) a été constituée sur la base des tranches de revenus et des régions avec 10 cellules d'information couvrant 142 pays. La quatrième (4) et dernière subdivision à deux facteurs a été réalisée sur la base des régions et du statut des ventes avec neuf cellules d'information couvrant 102 pays. Enfin, une dernière (5) subdivision, fondée sur un seul facteur, la tranche de revenus, a été opérée.

Les résultats des calculs ont été placés successivement dans les espaces restés vides à la suite de l'étape précédente. Cela signifie que les pays qui n'avaient pas encore de valeur estimée après la première étape se sont vus attribuer les valeurs générées lors de la deuxième étape. À la troisième étape, nous avons rempli les valeurs qui manquaient toujours après la deuxième étape, et nous avons pratiqué de même à la quatrième étape pour les données toujours manquantes après la troisième étape. Toutes les lacunes restantes ont été comblées lors de la cinquième étape.

Nous avons commencé avec 49 pays dont les données étaient connues. La première étape a fait passer ce nombre à 83, la suivante à 161, la suivante à 190. La quatrième étape ne nous a donné que trois pays de plus, augmentant le nombre de pays à 193.

Après la cinquième étape, qui a porté le total à 198, il restait encore trois pays. Nous avons attribué à ces derniers la valeur moyenne obtenue à partir de tous les pays connus.

Augmentation de l'information aux niveaux ultérieurs du processus d'estimation

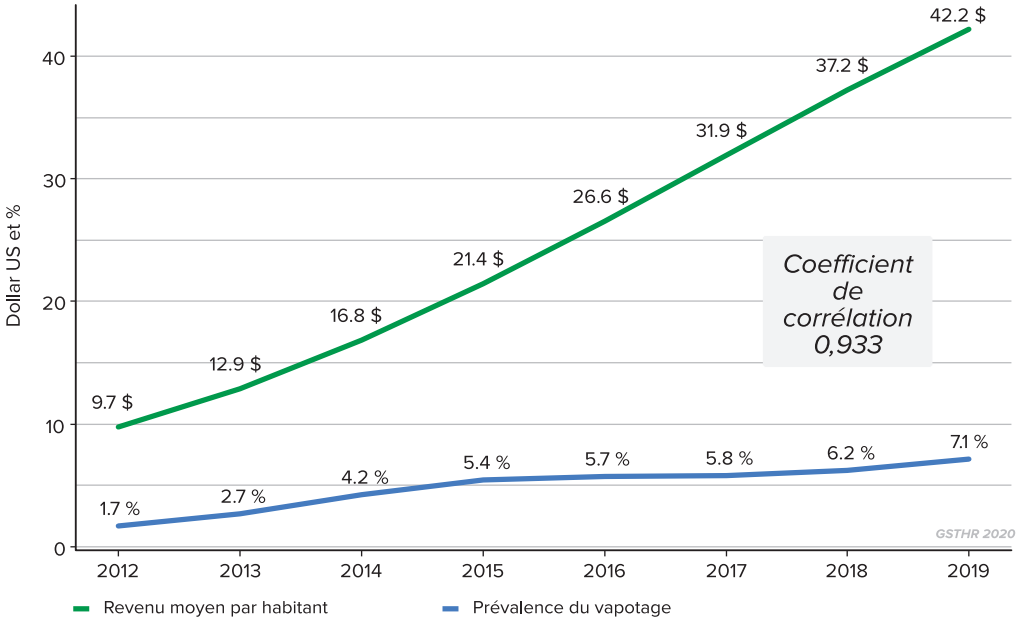


GSTHR2020

Le nombre de vapoteurs a été calculé en prenant comme dénominateur la population adulte totale (plus de 15 ans) obtenue à partir de la base de données de l'ONU pour 2018. [292]

Ajustement de l'estimation pour les changements de la valeur du marché entre 2018 et 2020

Corrélation entre le revenu moyen par habitant et la prévalence du vapotage au Royaume-Uni



Utilisation de l'e-cigarette en Angleterre – Office for National Statistics. (s.d.). Consulté le 3 août 2020, de https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/datasets/ecigaretteuseinengland
E-cigarettes – dans le monde | Statista Prévisions de marché (ajustées pour l'impact attendu de COVID-19) (2020, mai). Statista. https://www.statista.com/outlook/50040000/100/e-cigarettes/worldwide

[292] Department of Economic and Social Affairs (Ed.). (2019). *World Population Prospects 2019* (Online Edition Rev. 1.; Population Division). United Nations. https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/

Compte tenu du délai entre le moment où les enquêtes ont été menées et 2020, il est nécessaire d'estimer la croissance intermédiaire. La question est la suivante : quelle est la relation entre la croissance du marché et les changements dans la prévalence du vapotage ? Nous disposons d'informations à ce sujet pour le Royaume-Uni durant la période 2011 à 2019. Nous nous sommes servis des revenus du marché par habitant pour éviter les distorsions liées aux changements de population. Comme nous pouvons le voir dans la figure 1, les deux tendances sont caractérisées par une croissance régulière. La corrélation entre les deux séries chronologiques est très forte. Sur la base de cette analyse, on peut conclure que les changements dans les revenus du marché de la vape ont influencé la prévalence des produits de vapotage avec une portée de 93%. Nous avons ensuite supposé que cette relation est similaire au niveau mondial.

Les résultats

Le nombre de vapoteurs dans les 49 pays d'où proviennent les données de l'enquête est de 40,3 millions. Nous estimons que 17,8 millions de vapoteurs vivent dans les 152 pays restants. Cela donne un total de 58,1 millions de vapoteurs dans le monde en 2018.

Principaux résultats de l'estimation pour 2018

Nombre de vapoteurs dans le monde	
40,334,650	personnes dans les pays disposant de données réelles issues d'enquêtes
17,772,956	personnes dans les pays avec une estimation
58,107,606	Total

2,1 millions de vapoteurs vivent dans des pays à faible revenu, 7,8 millions dans des pays à revenu moyen inférieur, 19 millions dans des pays à revenu moyen supérieur et 29,3 millions dans des pays à revenu élevé.

Estimation du nombre de vapoteurs par tranches de revenus pour 2018

Groupes de revenus	Pays (N)	Vapoteurs (N)
Faible revenu	31	2,115,585
Revenu moyen inférieur	47	7,760,169
Revenu moyen supérieur	54	18,959,299
Revenu élevé	54	29,269,384
Inconnu	1	3,169

4,1 millions de vapoteurs vivent dans la région africaine, 4,2 millions dans la région de la Méditerranée orientale, 4,6 millions dans la région de l'Asie du Sud-Est, 11,2 millions dans la région du Pacifique occidental, 15,3 millions dans la région européenne et 18,7 millions dans la région des Amériques.

Estimation du nombre de vapoteurs par région de l'OMS en 2018

Régions de l'OMS	Pays (N)	Vapoteurs (N)
Région africaine	47	4,107,918
Région de la Méditerranée orientale	21	4,199,293
Région Asie du Sud-Est	11	4,554,551
Région du Pacifique occidental	23	11,150,297
Région européenne	50	15,345,345
Région des Amériques	33	18,741,095
Inconnu	2	9,107

38,6 millions de vapoteurs vivent dans des pays où la vente de produits à base de nicotine est autorisée, 9,5 millions dans des pays où la vente de produits à base de nicotine est interdite et 10 millions dans des pays où il n'existe aucune loi spécifique.

Estimation du nombre de vapoteurs par statut légal des produits de vapotage à la nicotine pour 2018.

Statut juridique	Pays (N)	Vapoteurs (N)
Autorisé	72	38,648,243
Interdit	36	9,458,630
Pas de loi spécifique	79	10,000,733

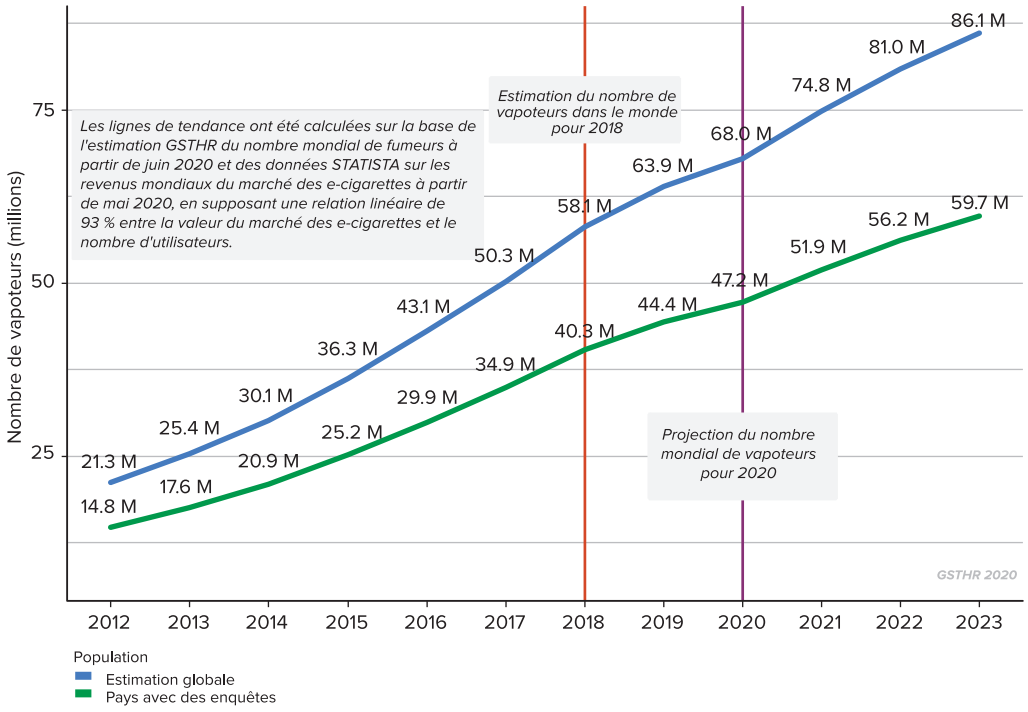
La projection pour l'année 2020 a été réalisée sur base des informations des prévisions du marché mondial des e-cigarettes de Statista (*E-Cigarettes Worldwide Statista Market Forecast*). [293] L'estimation du nombre mondial de vapoteurs a été ajustée aux données de revenus de 2018 (ce qui signifie que les données de revenus de 2018 ont été directement associées au nombre estimé de vapoteurs). En d'autres termes, la tendance du marché a été mise à zéro (calibrée) en 2018. La série de proportions – centrée sur 2018 – a été ajustée avec le coefficient de corrélation entre les revenus du marché et le nombre de vapoteurs qui est mentionné plus haut.

Évolution des revenus en pourcentage centrée sur l'année 2018

2012	2013	2014	2015	2016	2017	**2018**	2019	**2020**	2021	2022	2023
37%	44%	52%	62%	74%	87%	**100%**	110%	**117%**	129%	139%	148%

En multipliant les proportions obtenues par le nombre estimé de vapoteurs dans le monde, nous avons réalisé des projections de ce nombre pour d'autres années. Pour l'année 2020, la projection est de 68 millions de vapoteurs dans le monde.

Estimation du nombre de vapoteurs dans le monde



GSTHR 2020
E-Cigarettes - dans le monde | Statista Prévisions de marché (ajustées pour l'impact attendu de COVID-19) (2020, mai). Statista. https://www.statista.com/outlook/50040000/100/e-cigarettes/worldwide

[293] *E-Cigarettes – worldwide | Statista Market Forecast (adjusted for expected impact of COVID-19).* (2020, May). Statista. https://www.statista.com/outlook/50040000/100/e-cigarettes/worldwide

Discussion

Nous estimons qu'il y a environ 68 millions de consommateurs de produits de vapotage à la nicotine dans le monde. Toutefois, cette estimation doit être considérée avec prudence, car il y a de grandes incertitudes quant à certaines estimations nationales individuelles, et pour 152 pays et territoires, les données étaient manquantes. Les définitions du vapotage varient également d'une enquête à l'autre. Il est évident, d'après les données recueillies et évaluées dans notre base de données, que les informations disponibles sont souvent de mauvaise qualité. Les échantillons d'enquête ne sont pas assez nombreux pour fournir une précision suffisante permettant de mesurer de si petites parties de la population. La méthode d'échantillonnage de nombreuses études n'est pas probabiliste, ce qui rend impossible une généralisation correcte des valeurs mesurées par population. Il est bien connu que la surveillance des comportements à risque dans les populations cachées n'est pas simple. Cependant, les efforts visant à améliorer la précision des systèmes d'information doivent être encouragés.

GSTHR.ORG