



REFAIRE LA DERNIÈRE GUERRE:

L'OMS ET LA LUTTE
INTERNATIONALE CONTRE LE
TABAGISME

GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION

REFAIRE LA DERNIÈRE GUERRE:

**L'OMS ET LA LUTTE
INTERNATIONALE CONTRE LE
TABAGISME**



**GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION**

Refaire la dernière guerre : l'OMS et la lutte internationale contre le tabagisme

©Knowledge•Action•Change 2021

Auteur : Harry Shapiro

Rédacteur en chef : Ruth Goldsmith

Compilation des données : Tomasz Jerzyński

Coordinateur de production : Grzegorz Król

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

Gestion du projet : Professeur Gerry Stimson, David MacKintosh et Paddy Costall

Image de couverture : ,Platinum' sur vectorhq.com

Le rapport est disponible à l'adresse suivante : <https://gsth.org>

Knowledge•Action•Change, 8 Northumberland Avenue, London
WC2 5BY © Knowledge•Action•Change 2021

ISBN : 978-1-7398231-0-8

Citation : Refaire la dernière guerre : l'OMS et la lutte antitabac internationale. Londres : Knowledge•Action•Change, 2021.

Les droits d'auteur du matériel original appartiennent à K•A•C, sauf mention contraire. Le matériel peut être reproduit sous réserve d'une utilisation honnête sans avoir obtenu au préalable l'autorisation de K•A•C et sous réserve d'une reconnaissance en utilisant la citation ci-dessus.

La conception, le design, l'analyse et la rédaction de ce rapport ont été entrepris indépendamment et exclusivement par Knowledge•Action•Change. Ce travail a été financé par une subvention de la Fondation pour un monde sans tabac (Foundation for a Smoke-Free World, Inc., FSFW), une fondation privée américaine à but non lucratif 501(c)(3). La FSFW n'a joué aucun rôle dans la planification, l'exécution ou la publication de ce rapport.

À propos du projet Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR)

La réduction des risques est un ensemble réaliste de politiques, de réglementations et d'actions qui soit réduisent les risques pour la santé en fournissant des formes plus sûres de produits ou de substances, soit encouragent des comportements moins risqués. La réduction des risques liés au tabac (RdRT), qui utilise des produits nicotiques à risques réduits (PNRR), offre de nouveaux choix à des millions de personnes qui souhaitent renoncer au tabagisme ou à d'autres formes dangereuses de consommation de tabac, mais qui n'ont pas pu le faire avec les autres options disponibles.

Depuis 2018, l'agence de santé publique britannique Knowledge•Action•Change (K•A•C) a produit deux rapports bisannuels examinant les progrès et les obstacles à la réduction des risques du tabac dans le monde :

No Fire, No Smoke : The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018 (Il n'y a pas de fumée sans feu : bilan mondial 2018 sur la réduction du risque tabagique) et Burning Issues : The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020 (Des enjeux cruciaux : Global State of Tobacco Harm Reduction 2020). Des résumés des deux rapports sont disponibles en plusieurs langues, ainsi que des traductions en chinois des éditions complètes de 2018 et 2020.

En outre, K•A•C publie des rapports plus courts comme celui-ci, motivés par les principes clés du projet GSTHR. Le premier, Tobacco Harm Reduction and the Right to Health (La réduction du risque tabagique et le droit à la santé), fut publié en janvier 2020 et peut être lu en 13 langues. Le second, Tobacco Harm Reduction : a Burning Issue for Asia (Réduction des risques liés au tabac : une question brûlante pour l'Asie) fut publié en avril 2021. Toutes les publications et traductions de GSTHR peuvent être téléchargées sur le site Web de GSTHR, <https://gsth.org>.

Le site Web de GSTHR constitue une ressource importante pour les chercheurs concernés par la réduction des risques du tabac et le tabagisme. Le site permet de rechercher, de comparer et de créer des visualisations de données sur mesure en utilisant des statistiques régulièrement mises à jour sur la réduction des risques du tabac et le tabagisme pour plus de 200 pays et territoires. Une multitude de graphiques et d'infographies sont téléchargeables gratuitement pour des présentations.

Visitez <https://gsth.org> pour en savoir plus.

Terminologie

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner les produits RdRT, notamment « produits à risque réduit », « systèmes d'administration électroniques de nicotine » (electronic nicotine delivery systems) et « systèmes d'administration électroniques sans nicotine » (electronic non-nicotine delivery systems), les deux derniers, ENDS et ENNDS étant les termes privilégiés par l'OMS. Ce rapport utilise le terme de produits nicotiques à risques réduits (PNRR) comme expression collective pour les dispositifs de vapotage à la nicotine, les produits de tabac chauffé (PTC) et les produits à base de nicotine orale plus sûrs tels que le snus pasteurisé à la suédoise et les sachets de nicotine sans tabac.

À moins de citer des documents, nous n'utilisons pas le terme « e-cigarettes » pour décrire les dispositifs de vapotage de nicotine. Ce terme est trompeur pour les professionnels de la santé, les politiciens et le grand public, car il associe étroitement ces nouveaux produits aux cigarettes. Cependant, les dispositifs de vapotage ne brûlent pas de tabac et n'émettent pas de fumée toxique nuisible pour l'entourage. De nombreux dispositifs de vapotage modernes n'ont aucune ressemblance physique avec les cigarettes traditionnelles.

Contenu

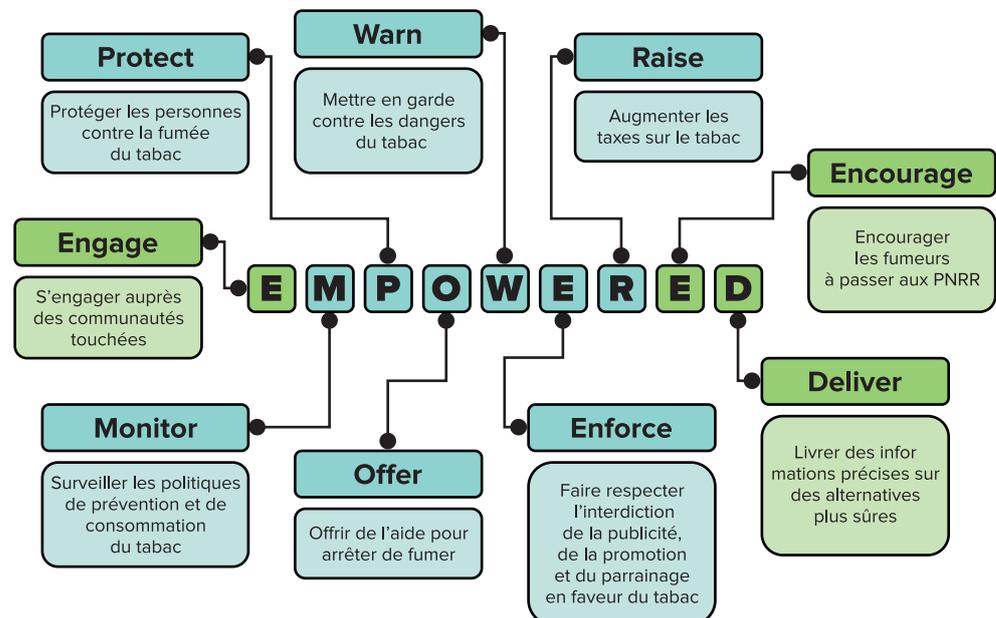
Messages clés	5
1. Encore trop de laissés-pour-compte : le contexte du rapport	7
The ambition	7
The reality	8
The failure of ambition	10
Fighting the last war?	12
2. Riposter au « Big Tobacco » : le contexte de la Convention-cadre pour la lutte antitabac	13
La vérité sera connue	13
Action internationale contre une industrie transnationale	14
La santé publique avant les intérêts économiques	15
3. Contrôle international du tabac : structure et fonctions	17
La Convention-cadre pour la lutte antitabac	18
La Conférence des Parties	19
Structure des réunions	20
Un monde de pré-réunions	20
Éclairer la prise de décision	21
Le réseau de soutien de la COP	21
Le rôle des observateurs non étatiques de la COP	22
Une bouffée d'air frais ?	23
4. Réduction des risques du tabac	25
Au-delà du « arrête ou meurs ».	25
Qu'est-ce que la réduction des risques ?	25
La réduction des risques du tabac : de la conception à la réalité	26
La réduction des risques du tabac fonctionne	28
5. Guerre de tranchées : l'OMS, ses alliés et ses bailleurs de fonds	30
Un nouveau front s'ouvre	30
Secrétariat de la CCLAT : la lutte antitabac échappe à tout contrôle	31
La COP et l'histoire des PNRR	32
Des produits de nicotine plus sûrs à la COP 9	33
Directives	34
Article 5.3 : retombées des directives	35
Initiative OMS pour un monde sans tabac	36
Organisations non gouvernementales	37
Bloomberg Philanthropies	40
6. Que peut-on faire ? Une nouvelle réflexion pour le 21^{ème} siècle	43
Un impératif moral d'agir	43
Vers une réduction des risques du tabac	43
De MPOWER à EMPOWERED	45
7. Dernières réflexions	46

Messages clés

1. Malgré tous les efforts de lutte antitabac, il y a encore 1,1 milliard de fumeurs dans le monde et plusieurs centaines de milliers de personnes qui utilisent d'autres produits dangereux à base de tabac. Le tabagisme est à l'origine de huit millions de décès par an, et on prévoit un milliard de vies perdues d'ici 2021. Quatre-vingt pour cent des fumeurs vivent dans des pays à revenus faibles et moyens (PRFM). Ce sont eux qui supportent le plus gros des décès et des maladies.
2. L'OMS prétend que sa stratégie de suivi et d'évaluation de la lutte antitabac MPOWER « protège » ou « couvre » 5,3 milliards de personnes contre les décès et les maladies causés par le tabagisme. En réalité, les processus bureaucratiques et politiques d'adoption de la législation antitabac ne protègent personne à moins que les ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre la législation soient disponibles, un problème particulier dans les PRFM où les ressources sont limitées.
3. Un ensemble substantiel de données factuelles indépendantes à l'échelle mondiale montre que les produits nicotiques à risques réduits (PNRR) sont nettement plus sûrs que tout produit combustible et que de nombreux types de produits du tabac à usage oral.
4. De nombreux fumeurs parviendront à arrêter de fumer grâce à un soutien au sevrage ou à des thérapies de remplacement de la nicotine. Pour ceux qui ne veulent pas arrêter de fumer, le passage à des produits nicotiques à risques réduits offre un avantage potentiel substantiel en matière de santé publique pour les fumeurs adultes, leur famille et leur entourage, à un coût minime pour les gouvernements.
5. L'OMS et ses alliés des ONG sont toujours engagés dans une bataille historique contre l'industrie du tabac malgré l'émergence de nouvelles technologies. Les données factuelles montrent que les produits issus de ces technologies sont nettement moins risqués que le tabac combustible et qu'ils ont un rôle à jouer dans la réduction des risques.
6. Pour l'OMS et ses alliés des ONG, l'objectif de la lutte antitabac est passé de la protection contre le tabac et le tabagisme à la protection contre la nicotine elle-même. Or, la technologie innovante de la nicotine non combustible et les données factuelles en sa faveur ont progressé. La politique de lutte contre le tabac est figée dans le temps.
7. La santé publique n'est pas servie en décourageant les fumeurs adultes de passer aux PNRR, ni en mettant en œuvre des réglementations trop restrictives qui empêchent les consommateurs actuels d'accéder à des produits nicotiques à risques réduits. L'industrie traditionnelle du tabac est la seule gagnante, car la fin des cigarettes combustibles est encore repoussée plus loin dans le futur.
8. La « dérive de mission » de la lutte antitabac internationale, qui est passée de la protection contre la fumée du tabac à une guerre contre la nicotine sous toutes ses formes, est particulièrement flagrante. La campagne mondiale contre les PNRR est financée par des intérêts philanthropiques occidentaux néo-coloniaux qui poursuivent leur propre agenda. Les PRFM, dont les populations sont les plus touchées par les méfaits du tabagisme, ont le plus à perdre.
9. Le Secrétariat de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) et ses ONG accréditées par l'OMS exercent une influence indue et malsaine sur les délibérations avant et pendant les réunions de la Conférence des Parties (Conference of the Parties, COP) de la CCLAT sur la politique internationale en matière de tabac et de nicotine, ainsi que sur la mise en œuvre post-COP et l'interprétation des décisions de la réunion.
10. Il est inacceptable que la COP, en tant que réunion internationale de fonctionnaires gouvernementaux financée en dernier ressort par les impôts des citoyens, soit entourée d'un secret comparable à celui du Conseil de sécurité de l'ONU.
11. Les directives de l'article 5.3 de la CCLAT sont surinterprétées. L'article 5.3 lui-même stipule raisonnablement que les gouvernements doivent être ouverts et

transparents dans leurs relations avec l'industrie du tabac. Les Directives ajoutent des détails à cela. L'intention de la CCLAT n'a jamais été de fermer totalement le dialogue entre la santé publique et l'industrie, et encore moins de servir de justification à la gamme croissante d'attaques et de dénégations subies par les défenseurs de la réduction des risques du tabac.

12. Le refus de l'OMS et d'autres agences d'approuver les PNRR malgré les données factuelles internationales significatives en faveur de leur rôle dans le sevrage tabagique suggère que l'on s'intéresse peu aux fumeurs adultes. Les efforts sont entièrement concentrés sur le terrain politique plus convenable de la prévention visant les jeunes.
13. La lutte antitabac internationale doit se recentrer sur l'obtention de résultats tangibles permettant de réduire les décès et les maladies dus au tabagisme chez les fumeurs adultes. Une refonte radicale de la CCLAT est peu probable et n'est d'ailleurs pas nécessaire. On peut faire beaucoup de progrès par un recalibrage et des changements dans la façon dont la Convention est mise en œuvre au niveau national.
14. Les parties prenantes doivent exercer leur contrôle sur la CCLAT, plutôt que de laisser le Secrétariat en prendre la direction. Elles devraient examiner toutes les options permettant de multiplier les voies de sortie du tabagisme. Un groupe de travail sur la réduction des risques du tabac devrait être créé. Un premier objectif majeur serait d'établir une distinction claire entre les produits nicotiques à risques réduits combustibles et non combustibles. La CCLAT est entrée en vigueur avant que les PNRR ne soient largement disponibles. Il s'ensuit qu'il faut se concentrer davantage sur l'objectif de réduction des risques contenu dans la CCLAT.
15. La stratégie de mise en œuvre de MPOWER devrait être reconfigurée pour rectifier les déficits actuels de la politique internationale de lutte antitabac. MPOWER devrait devenir EMPOWERED :



16. La RdRT a un rôle complémentaire à jouer dans la lutte antitabac et la réduction de la consommation de cigarettes. Son potentiel peut se concrétiser si la communauté internationale de la lutte antitabac, qui est dirigée par l'OMS, parvient à dissocier les produits du tabac combustibles et non combustibles dans ses délibérations politiques et législatives.

1. Encore trop de laissés-pour-compte : le contexte du rapport

L'ambition

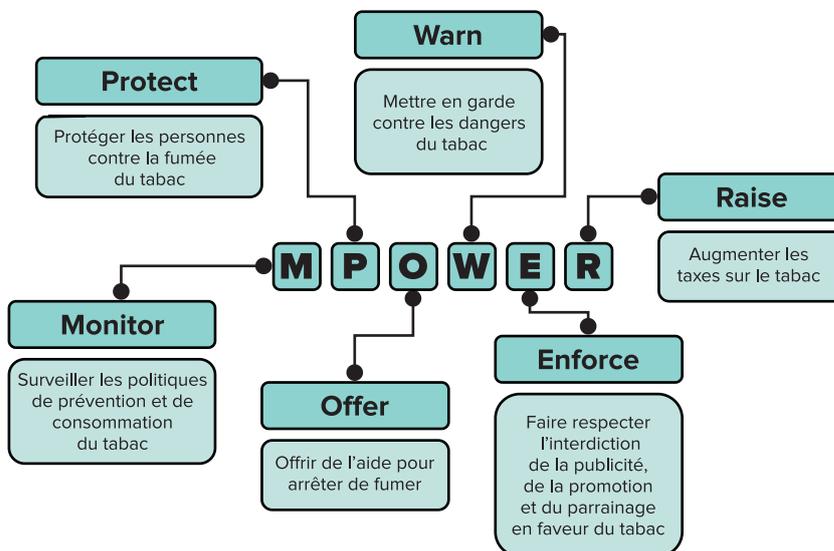
Le principal moteur politique de l'effort international de lutte contre l'épidémie de tabagisme est la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), qui est entrée en vigueur en 2005. Cela a permis la création de la Conférence des Parties (COP), des réunions régulières qui rassemblent des délégations de représentants gouvernementaux, lesquels discutent de la mise en œuvre des mesures de la CCLAT.

La « lutte antitabac » est définie à l'article 1d :

« Par « lutte antitabac », on entend une série de stratégies d'offre, de 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. »¹

En ce qui concerne la manière dont la lutte antitabac fut mise en œuvre depuis 2005, il faut noter que l'un des objectifs déclarés, tel que convenu entre toutes les Parties à la CCLAT, était de protéger les populations en réduisant les dommages causés par l'exposition à la fumée du tabac. Quelle que soit l'intention, aucune différenciation n'est faite dans les articles en termes de risques d'exposition à la fumée du tabac entre les fumeurs ou l'entourage, de sorte que, selon la lettre de la Convention, les fumeurs ne sont pas exclus de cette définition.

En 2007, l'OMS a lancé un processus et un mécanisme de suivi pour mettre en œuvre la CCLAT, connu sous le nom de MPOWER :



Le tabagisme est la plus grande cause évitable de maladies non transmissibles (MNT). C'est aussi le seul facteur de risque commun aux quatre principaux groupes de MNT : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies pulmonaires chroniques et le diabète. La réduction du tabagisme est donc essentielle pour faire baisser l'incidence mondiale des décès dus aux MNT, une ambition à la fois reflétée et quantifiée par l'Agenda 2030 des Nations unies pour le développement durable. L'objectif 3 de l'Agenda est de « garantir une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », avec un objectif spécifique (3.4) de « réduire d'un tiers les décès prématurés dus aux maladies non transmissibles d'ici 2030 ».²

¹ The Framework Convention on Tobacco Control (2005): https://www.who.int/fctc/text_download/en/

² United Nations. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. UN, 2015, p.20. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

le tabagisme est la plus grande cause évitable de maladies non transmissibles



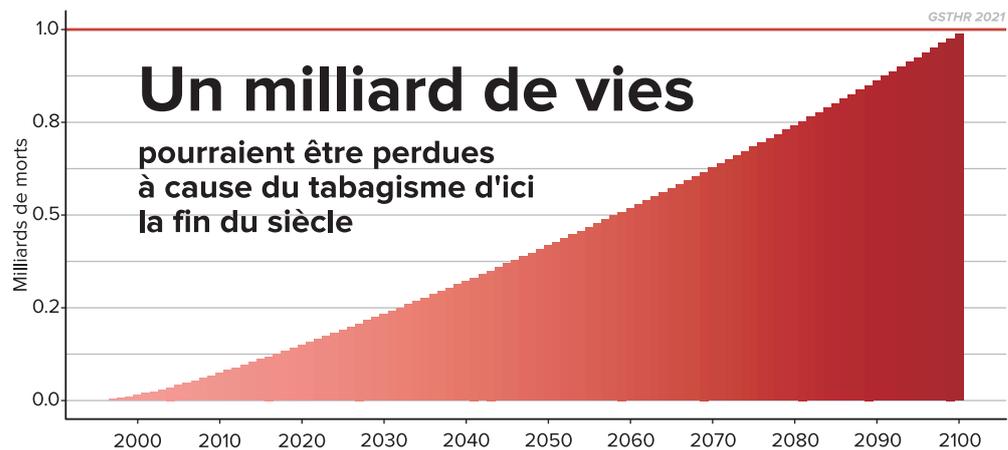
Mégots de cigarettes jetés.

Crédit : Pawel Czerwinski sur Unsplash

La réalité

En 1997, le rapport sur la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Diseases, GBD) estimait qu'environ trois millions de personnes mouraient chaque année à cause du tabagisme et prévoyait une forte augmentation dans les décennies à venir. Cette analyse était cruellement exacte. Le chiffre est passé à cinq millions en 2002, avec une projection de l'OMS de huit millions d'ici 2030.³ En 2021, le nombre de décès annuels dépassait déjà les huit millions, y compris ceux dus à l'exposition à la fumée secondaire. En 2001, le professeur Richard Peto, grand spécialiste de la mortalité due au tabac, a estimé qu'un milliard de vies seraient perdues d'ici la fin du siècle, un pronostic toujours inchangé.⁴ Et malgré que les produits du tabac oral soient à l'origine de plusieurs milliers de décès, l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) estime que 99,9 % de tous les décès liés au tabac sont dus au tabagisme.⁵

Sommes cumulées des décès dus au tabagisme Projection si la tendance ne change pas



Référence : compilation des données de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019). La charge mondiale de morbidité (Global Burden of Diseases, GBD 2019). IHME, Université de Washington. <http://www.healthdata.org/gbd/2019> et estimation de Peto, R., & Lopez, A. D. (2001). Futurs effets sur la santé dans le monde des modes de tabagisme actuels. (pp. 154-161). Jossey-Bass. <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:114032>

³ Mathers, C and Loncar, D. *Updated projections of global mortality and burden of disease 2002-2030: sources, methods and results*. WHO, 2005

⁴ Peto R and Lopez AD. *Future worldwide health effects of current smoking patterns*. In: Koop CE, et al. eds. *Critical issues in global health*. San Francisco: Wiley (Jossey-Bass), 2001: 154-61.

⁵ Ritchie, Hannah and Roser, Max. 'Smoking'. *Our World In Data* (updated 2021). <https://ourworldindata.org/smoking>



Un homme fume dans la rue à Karnataka, en Inde.
Crédit : Vaisakh MV sur Unsplash

Depuis plusieurs décennies, la prévalence du tabagisme et par conséquent les décès liés au tabagisme sont en baisse dans les pays à revenu élevé (PRE). Mais la croissance démographique fait qu'il y a encore 1,1 milliard de fumeurs dans le monde. Les PRFM supportent une charge de décès et de maladies liés au tabagisme qui provoque environ 50 % de tous les décès liés au tabagisme dans le monde.⁶ Et les données relatives aux PRFM sous-représentent peut-être l'ampleur des pertes. Comme l'indique l'OMS, « les pays à revenu élevé ont mis en place des systèmes de collecte d'informations sur les causes de décès dans la population. De nombreux pays à revenus faibles et moyens ne disposent pas de tels systèmes, et le nombre de décès dus à des causes spécifiques doit être estimé à partir de données incomplètes ».⁷

Ce sont aussi les PRFM qui sont les plus touchés par les MNT. Les trois quarts des décès dus aux MNT surviennent dans les PRFM, où les systèmes de santé ne disposent souvent pas des ressources nécessaires pour offrir des traitements opportuns et appropriés.⁸

99,9%

de tous les décès liés au tabac sont causés par le tabagisme



Source des données : OMS. (2019). Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence de la consommation de tabac 2000-2025, troisième édition. 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>

⁶ *Tobacco Harm Reduction: A Burning Issue for Asia*. London: Knowledge Action Change (2021), p.9. <https://gsthr.org/report/2021/burning-issue-for-asia/chapter-1>

⁷ The Global Health Observatory, WHO. *Total NCD deaths (in thousands)*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-ncd-deaths-in-thousands>

⁸ *Factsheet: Noncommunicable diseases*, WHO. (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

L'échec de l'ambition

L'OMS se félicite souvent du succès de MPOWER ; le rapport le plus récent (2021) sur ses progrès indique que 5,3 milliards de personnes étaient « couvertes » par au moins un élément MPOWER au « plus haut niveau de réalisation »⁹. Mais la « couverture » par « au moins une mesure MPOWER » n'est en réalité pas si spectaculaire, vu que le lancement de MPOWER remonte à 2007. À cela s'ajoute le fait que près de 30 pour cent des pays qui ont signé la CCLAT n'ont pas adopté un seul élément MPOWER. Et une analyse plus approfondie montre que 41 des 49 pays n'ayant mis aucun élément en place sont des PRFM.¹⁰ Il faut aussi noter que « couvert » ne signifie souvent rien de plus que l'adoption de lois souvent inapplicables, surtout dans les PRFM où les ressources sont limitées.



Le drapeau de l'OMS.
Source : Flickr

la plupart des éléments de MPOWER ne réduisent pas directement les décès et les maladies causés par le tabagisme

Singulièrement, la plupart des éléments de MPOWER ne réduisent pas directement les décès et les maladies causés par le tabagisme. Ce sont principalement des mesures législatives qui, le hasard arrangeant bien les choses, sont relativement bon marché et faciles à mettre en œuvre. La partie la plus coûteuse, surtout pour les PRFM dont les systèmes de santé sont fragiles et qui doivent se concentrer sur les maladies transmissibles, c'est le volet « O – Offrir aux fumeurs une aide pour arrêter de fumer ». Et de son propre aveu, l'OMS concède que la concrétisation de ce volet est la plus faible, 70 % de la population mondiale n'ayant pas accès à des services complets de sevrage tabagique.

Même lorsque les politiques des pays sont citées comme « meilleures pratiques », la réalité du terrain peut être très différente. L'Inde est le seul PRFM listé par l'OMS comme pays aux meilleures pratiques en matière de fourniture de services de soutien. Pourtant, une étude sur la disponibilité et l'accessibilité financière des thérapies de remplacement de la nicotine et des médicaments de désaccoutumance dans l'État indien du Kerala a révélé qu'aucun produit n'était disponible dans les établissements de santé publique, et n'étaient accessibles que dans certaines pharmacies privées.¹¹ La situation serait encore plus aiguë pour les millions de consommateurs de tabac vivant dans les zones rurales.

L'OMS attribue la lenteur des progrès en matière de réduction du tabagisme dans les pays les plus pauvres au fait que l'introduction de politiques robustes de lutte contre le tabagisme est entravée par le lobbying de l'industrie du tabac. Ce lobbying

⁹ WHO. *WHO report on global tobacco epidemic: addressing new and emerging products 2021*. WHO, 2021. <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>

¹⁰ *ibid.*

¹¹ 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>

est évidemment un problème, mais cette seule explication ne tient pas compte des problèmes importants dus à la réticence des pays à financer des mesures de lutte antitabac reconnues au niveau international, du moins depuis le krach financier de 2007-2008 et encore plus à l'ère du COVID.

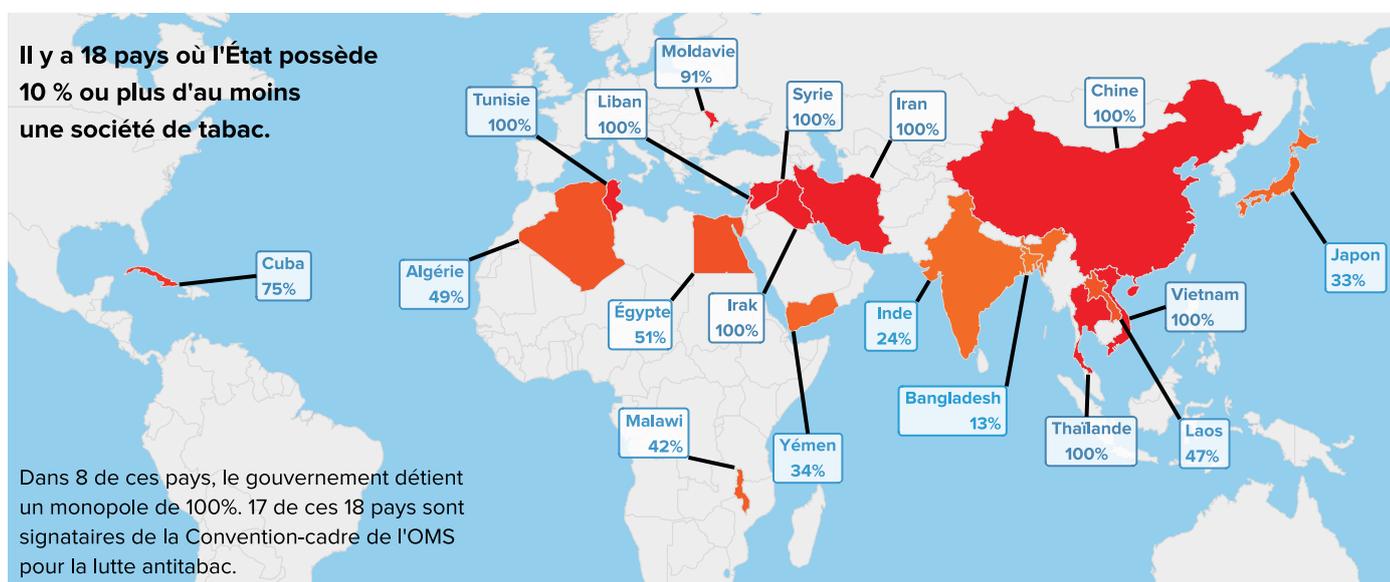


Une gamme de produits de remplacement de la nicotine.
Source : Google

Il faut aussi parler des conflits d'intérêts persistants de nombreux pays qui siègent à la table de la COP mais qui ont des participations substantielles, voire monopolistiques, dans leurs industries nationales du tabac. Dans 18 pays, l'État possède 10 % ou plus d'au moins une entreprise de tabac. Les gouvernements de la Chine, de l'Irak, de l'Iran, du Liban, de la Syrie, de la Thaïlande, de la Tunisie et du Vietnam ont des participations de 100%. Tous sauf deux sont signataires de la CCLAT. La Chinese National Tobacco Corporation (CNTC) dépasse toutes les autres multinationales du tabac avec 44 % du marché mondial des cigarettes. La compagnie de tabac publique indienne ITC est dans le top 5 derrière la CNTC, British American Tobacco (BAT), Philip Morris International (PMI) et Japan Tobacco International (JTI), un tiers de cette dernière entreprise appartenant au gouvernement japonais.¹²

Dans **18**
pays, l'État possède
10 %
ou plus d'au moins une
compagnie de tabac

8 pays détiennent un
monopole de
100 %
sur leur compagnie
nationale de tabac



Sur la question plus large de la lutte contre les MNT, le tableau est tout aussi sombre. Un rapport de l'OMS sur les MNT note que « les actions nationales contre les MNT sont, au mieux, inégales. Les investissements nationaux restent terriblement faibles et les fonds mobilisés au niveau international sont insuffisants... Il n'y a aucune excuse à l'inaction car nous disposons de solutions fondées sur des données probantes ». ¹³

¹² Malan, D and Hamilton, B. *Contradictions and conflicts: state ownership of tobacco companies and the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Just Managing Consulting, 2020.

¹³ WHO. *Time to deliver: report of the WHO independent high-level commission on non-communicable diseases*. WHO, 2018, p.4 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272710>

Refaire la dernière guerre ?

Quel est le problème ? En substance, le fait que l'OMS, les gouvernements et les agences médicales complaisantes, les ONG alliées et les bailleurs de fonds combattent l'industrie du tabac avec une vision de la guerre qui appartient au passé. Les exemples historiques sont nombreux, du 19^{ème} siècle à la guerre du Vietnam, où les généraux ont présumé que l'environnement politique et technologique du conflit en cours était le même que celui du conflit précédent. Cela s'est invariablement traduit par des résultats mortels pour ceux qui se trouvaient sur la ligne de front, tandis que les généraux observaient de loin.



Photographie montrant des troupes britanniques utilisant un périscope de tranchée et un miroir de tranchée pour voir le no man's land.

Source : Bibliothèque nationale d'Écosse

L'OMS, les gouvernements et les organismes médicaux complaisants, les alliés et les bailleurs de fonds des ONG combattent l'industrie du tabac avec une vision de la guerre qui appartient au passé

Les statistiques montrent clairement que les mêmes vieilles tactiques et stratégies pour réduire le tabagisme mondial sont loin d'être suffisantes pour répondre à l'impératif de santé publique. Pour reprendre les mots de l'OMS, « il n'y a aucune excuse à l'inaction car nous disposons de solutions fondées sur des preuves ».

Les nouvelles approches du 21^{ème} siècle reposent sur le principe de la réduction des risques liés au tabac (RdRT), qui consiste à encourager les fumeurs actuels à passer à des produits nicotiniques à risques réduits (PNRR). La mise en œuvre de ce principe nécessite de nouvelles stratégies et une nouvelle réflexion. Au lieu de cela, et pour diverses raisons, ceux qui ont la responsabilité de faire preuve de leadership mondial dans la lutte contre le tabagisme creusent des tranchées toujours plus profondes.

2. Riposter au « Big Tobacco » : le contexte de la Convention-cadre pour la lutte antitabac

La vérité sera connue

En 1954, suite aux premières recherches suggérant un lien entre le tabagisme et le cancer, les principales compagnies de tabac américaines ont publié une « Déclaration franche aux fumeurs de cigarettes » niant que leurs produits étaient dangereux et affirmant n'avoir à cœur que les meilleurs intérêts de leurs clients.¹⁴

A Frank Statement to Cigarette Smokers

RECENT REPORTS on experiments with mice have given wide publicity to a theory that cigarette smoking is in some way linked with lung cancer in human beings.

Although conducted by doctors of professional standing, these experiments are not regarded as conclusive in the field of cancer research. However, we do not believe that any serious medical research, even though its results are inconclusive should be disregarded or lightly dismissed.

At the same time, we feel it is in the public interest to call attention to the fact that eminent doctors and research scientists have publicly questioned the claimed significance of these experiments.

Distinguished authorities point out:

1. That medical research of recent years indicates many possible causes of lung cancer.
2. That there is no agreement among the authorities regarding what the cause is.
3. That there is no proof that cigarette smoking is one of the causes.
4. That statistics purporting to link cigarette smoking with the disease could apply with equal force to any one of many other aspects of modern life. Indeed the validity of the statistics themselves is questioned by numerous scientists.

We accept an interest in people's health as a basic responsibility, paramount to every other consideration in our business. We believe the products we make are not injurious to health.

We always have and always will cooperate closely with those whose task it is to safeguard the public health.

For more than 300 years tobacco has given solace, relaxation, and enjoyment to mankind. At one time or another during those years critics have held it responsible for practically every disease of the human body. One by one these charges have been abandoned for lack of evidence.

Regardless of the record of the past, the fact that cigarette smoking today should even be suspected as a cause of a serious disease is a matter of deep concern to us.

Many people have asked us what we are doing to meet the public's concern aroused by the recent reports. Here is the answer:

1. We are pledging aid and assistance to the research effort into all phases of tobacco use and health. This joint financial aid will of course be in addition to what is already being contributed by individual companies.
2. For this purpose we are establishing a joint industry group consisting initially of the undersigned. This group will be known as TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE.
3. In charge of the research activities of the Committee will be a scientist of unimpeachable integrity and national repute. In addition there will be an Advisory Board of scientists disinterested in the cigarette industry. A group of distinguished men from medicine, science, and education will be invited to serve on this Board. These scientists will advise the Committee on its research activities.

This statement is being issued because we believe the people are entitled to know where we stand on this matter and what we intend to do about it.

TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE
5400 EMPIRE STATE BUILDING, NEW YORK 1, N. Y.

SPONSORS:

<p>THE AMERICAN TOBACCO COMPANY, INC. <i>Paul M. Hahn, President</i></p> <p>BENSON & HEDGECOCK <i>Joseph F. Culman, Jr., President</i></p> <p>BRIGHT BELL WAREHOUSE ASSOCIATION <i>F. S. Royler, President</i></p> <p>BROWN & WILKINSON TOBACCO CORPORATION <i>Timothy V. Hartness, President</i></p> <p>BURLY AUCTION WAREHOUSE ASSOCIATION <i>Albert Coy, President</i></p>	<p>BURLY TOBACCO GROWERS COOPERATIVE ASSOCIATION <i>John W. Jones, President</i></p> <p>LARUE & BROTHER COMPANY, INC. <i>W. T. Reed, Jr., President</i></p> <p>P. LOBBEARD COMPANY <i>Herbert A. Kent, Chairman</i></p> <p>MARTLAND TOBACCO GROWERS ASSOCIATION <i>Samuel C. Linton, General Manager</i></p>	<p>PHILIP MORRIS & CO., LTD., INC. <i>O. Parker McComas, President</i></p> <p>R. J. REYNOLDS TOBACCO COMPANY <i>E. A. Darr, President</i></p> <p>STEPHANO BROTHERS, INC. <i>C. S. Stephano, D.Sc., Director of Research</i></p> <p>TOBACCO ASSOCIATES, INC. <i>(An affiliate of the Great Lakes Tobacco Company)</i> <i>J. R. Hatton, President</i></p> <p>UNITED STATES TOBACCO COMPANY <i>J. W. Peterson, President</i></p>
--	--	--

Source : Wikimedia

Cette affirmation n'a pas été sérieusement remise en question avant le début des années 1960, lorsque le Royal College of Physicians¹⁵ britannique (1962) et le Surgeon General¹⁶ américain (1964) ont tous deux publié des rapports sur les effets nocifs du tabagisme. L'OMS a adopté sa première résolution sur le tabagisme en 1970. Au cours des trois décennies suivantes, 154 pays ont introduit certaines mesures nationales de lutte contre le tabagisme.

¹⁴ Yach, D (2014). The origins, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: a personal perspective. *Lancet*: 383, 1771-79. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62155-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62155-8/fulltext)

¹⁵ The Royal College of Physicians. *Smoking and health: a report of the Royal College of Physicians on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases* (1962). Available at: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-health-1962>

¹⁶ The US Surgeon General. *Smoking and health: report of the advisory committee to the Surgeon General of the public health service* (1964). Available at: <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog/nlm:nlmuid-101584932X202-doc>

Pendant la majeure partie du 20^{ème} siècle, les décès et les maladies liés au tabagisme étaient essentiellement un problème pour les PRE. L'OMS considérait que ces pays devaient régler le problème au niveau national, notamment parce qu'elle-même se concentrait alors sur les maladies transmissibles mortelles qui ravageaient les PRFM. Mais l'évolution du climat économique mondial, ainsi qu'un impératif croissant de santé publique, ont mis en évidence la nécessité d'une action plus concertée au niveau international.

Action internationale contre une industrie transnationale

De 1970 à la fin des années 1990, les grandes entreprises américaines de l'industrie du tabac ont adopté une perspective plus transnationale. La mondialisation de l'industrie du tabac fut largement favorisée par l'ouverture des marchés d'Europe de l'Est suite à l'effondrement du communisme, par la pression exercée sur les pays par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international pour qu'ils libéralisent les lois sur les investissements étrangers et privatisent les entreprises d'État, et par l'expansion des zones de libre-échange en Asie et en Amérique latine.¹⁷



Le siège de la Banque mondiale à Washington, D.C.
Crédit : Victor Grigas sur Wikimedia Commons

il devenait nécessaire de contrer la croissance d'une industrie transnationale du tabac par un accord sur le contrôle du tabac qui soit lui aussi transnational

Sur une période de près de trente ans, plutôt que d'exporter des cigarettes vers les PRFM, l'industrie s'est donc progressivement implantée en dehors des États-Unis. Alors que les terres consacrées à la culture du tabac aux États-Unis ont diminué de 50 %, elles ont doublé au Malawi, en Tanzanie et aussi en Chine, où l'industrie était et reste un monopole d'État.¹⁸ Un élan a commencé à se créer dans les milieux de la santé publique, reconnaissant que la croissance d'une industrie du tabac transnationale devait être contrée par un accord sur le contrôle du tabac qui soit lui aussi transnational.

Depuis sa création en 1948, l'OMS (en vertu de l'article 19 de la Constitution de l'OMS) a le pouvoir constitutionnel d'élaborer un instrument juridique visant à améliorer la santé de la population. Elle n'a jamais agi en ce sens. Il y avait des résistances au sein même de l'OMS, dont les responsables, qui manquaient totalement d'expérience dans la négociation de traités internationaux, étaient d'avis qu'un traité international sur la lutte antitabac était trop ambitieux et ne pourrait déboucher sur un accord.¹⁹

¹⁷ Ibid p.19

¹⁸ Wipfli, H. *The Global War on Tobacco: Mapping the world's first public health treaty*. John Hopkins Press, 2015, p.18.

¹⁹ Ibid, p.26

Malgré cela, en 1994, lors de la neuvième Conférence mondiale sur le tabac et la santé, une résolution fut adoptée pour prendre des mesures juridiques internationales afin de lutter contre l'épidémie mondiale de tabagisme. Il fut alors reconnu que le tabagisme n'était pas seulement un problème pour les PRE. Deux ans plus tard, l'Assemblée mondiale de la santé a officiellement reconnu que l'OMS devait entamer le processus de formulation d'une Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT).

La santé publique avant les intérêts économiques

Trois circonstances ont fait avancer le processus. La première fut la nomination du Dr Gro Brundtland au poste de directeur général de l'OMS. Il s'agissait d'une femme médecin qui s'était engagé dans la lutte antitabac dans sa Norvège natale, où elle avait effectué trois mandats de Premier ministre. Mme Brundtland avait aussi occupé de hautes fonctions au sein des Nations unies dans le domaine du développement durable. Elle possédait l'expérience politique qui manquait à l'OMS, qui avait souffert « d'années de dysfonctionnement [et] avait désespérément besoin d'un leadership fort, clair et novateur ».²⁰ Brundtland a nommé une équipe de transition comprenant Derek Yach, qui avait été président de la Conférence panafricaine pour la lutte antitabac et qui allait devenir le directeur fondateur de l'Initiative pour un monde sans tabac (Tobacco Free Initiative, TFI) de l'OMS.

Deuxièmement, le Tobacco Master Settlement Agreement (Accord-cadre sur le règlement du tabac) de 1998 aux Etats-Unis a démontré que, aussi puissante soit-elle, l'industrie du tabac pouvait être légalement tenue de rendre des comptes. Le règlement a contraint l'industrie à payer des millions de dollars de « réparations » à des États américains individuels pour éviter une multitude de litiges qui prennent beaucoup de temps. En outre, la divulgation de montagnes de documents de l'industrie a révélé la profondeur de la duperie et de la corruption au service du profit.

la divulgation de montagnes de documents de l'industrie a révélé la profondeur de la duperie et de la corruption au service du profit



Couverture du magazine Time © après le Master Settlement Agreement, 1998.

Crédit : Roberto Brosan

²⁰ Ibid, p.27

Troisièmement, la Banque mondiale, dont les pressions exercées sur les pays pour qu'ils ouvrent les canaux commerciaux ont indirectement contribué au développement d'une industrie du tabac mondialisée, a publié un rapport en 1999. Intitulé *Curbing the Epidemic* (enrayer l'épidémie), il a « fourni peut-être l'outil le plus important dans la préparation des négociations de la CCLAT ». ²¹ Le rapport mettait l'accent sur l'utilisation de stratégies de réduction de la demande telles que l'augmentation des taxes, l'interdiction de la promotion, les étiquettes d'avertissement, les restrictions sur le tabagisme public et l'introduction de services de désaccoutumance. Cela a commodément contribué à apaiser les inquiétudes des pays producteurs de tabac qui craignaient que l'accent soit mis sur la réduction de l'offre.

Cependant, alors que l'appétit pour l'élaboration d'un accord international de lutte antitabac grandissait, les négociations elles-mêmes étaient loin d'être simples. Un organe international de négociation fut créé et ses membres se réunirent pour négocier le texte, entre octobre 2000 et février 2003, lors de six sessions d'une à deux semaines. Il s'agissait sans ambiguïté d'une négociation sur la santé publique, et pourtant de nombreuses divergences d'intérêt apparurent au sein même des délégations gouvernementales, notamment entre les représentants des ministères des finances, du commerce, des échanges et des affaires étrangères. Les États-Unis, la Chine, le Japon et l'Allemagne étaient les principaux obstacles, tentant d'édulcorer les dispositions en raison de leurs intérêts dans le domaine du tabac. Les États-Unis étaient aussi traditionnellement peu favorables à l'idée d'être liés par des traités internationaux.

la CCLAT représentait un défi politique multilatéral pour l'industrie multinationale du tabac

Malgré un processus décrit comme « fastidieux, litigieux et souvent confus », un consensus ²² sur le texte fut finalement atteint. La CCLAT entra en vigueur en février 2005 et fut signée par 168 pays au cours de sa période ouverte de 12 mois. À ce jour, 181 pays ont à la fois signé et ratifié la CCLAT, ce qui signifie que les parlements nationaux l'ont approuvée. Six pays, dont les États-Unis, l'ont signée mais pas ratifiée, et neuf pays n'ont fait ni l'un ni l'autre.

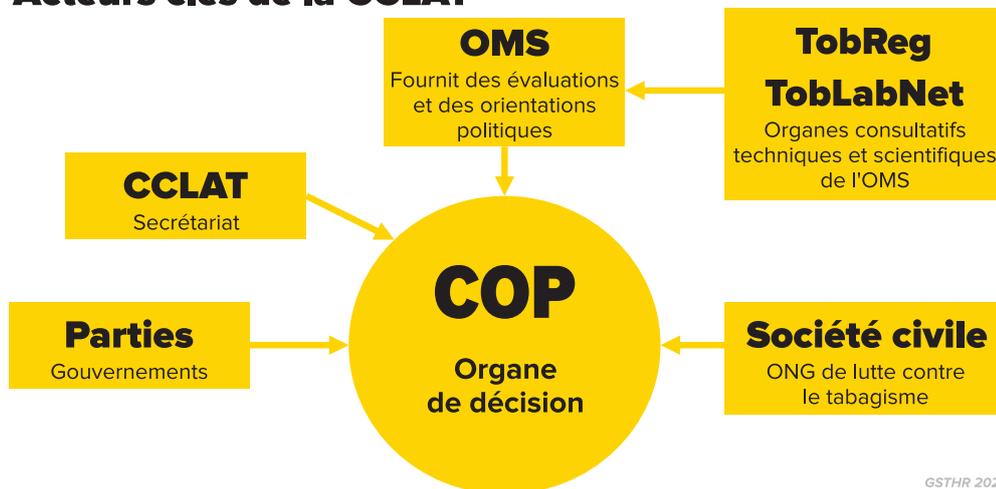
La CCLAT a inscrit la lutte antitabac à l'ordre du jour de la santé internationale et a représenté un défi politique multilatéral pour l'industrie multinationale du tabac.

²¹ Ibid, p.31

²² Ibid p.43

3. Contrôle international du tabac : structure et fonctions

Acteurs clés de la CCLAT



GSTHR 2021

Une convention-cadre est un traité juridiquement contraignant. Un gouvernement qui ratifie une convention-cadre est ensuite tenu d'adopter une législation d'application. Une convention-cadre établit des engagements globaux pour les parties et laisse la fixation d'objectifs spécifiques soit à des accords ultérieurs plus détaillés (généralement appelés protocoles), soit à la législation nationale. Par essence, une convention-cadre est un document qui fixe les principes, les objectifs et les règles de gouvernance.

On a recours à une convention-cadre quand la question ne se limite pas à des intérêts spécifiques mais a des implications mondiales, lorsqu'il n'y a pas de consensus pour des mesures substantielles fortes, ou lorsque la compréhension scientifique et la question traitée sont toutes deux en évolution. Il n'existe que deux conventions-cadres : l'exemple le plus connu est la Convention-cadre sur les changements climatiques (voir aussi page 23).

Les conventions-cadres ont tendance à ne pas comprendre d'obligations assorties de délais (bien que la CCLAT en ait deux). Ces obligations sont généralement laissées aux dispositions détaillées des protocoles (ou sous-traités) qui approfondissent un aspect spécifique d'une convention-cadre, comme le protocole de Kyoto et le protocole de Montréal de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), ou le protocole sur l'élimination du commerce illicite de la CCLAT. Les protocoles sont des traités autonomes et ont leurs propres exigences administratives pour entrer en vigueur.

On dit d'une convention-cadre qu'elle est « juridiquement contraignante », mais ce n'est pas la même chose qu'un contrat juridiquement contraignant tel que la plupart des gens l'entendent. Elle n'est juridiquement contraignante pour l'État ou le gouvernement qu'en fonction de l'interprétation nationale qui en est faite lorsque ses obligations sont transposées dans le droit national. En réalité, il s'agit d'un accord entre les nations selon lequel elles agiront de bonne foi dans la poursuite des objectifs de la convention. Cela dit, la convention-cadre sur les changements climatiques est prise très au sérieux, toutes les nations étant interdépendantes sur cette question. Les implications transfrontalières pour l'environnement seraient énormes si un pays reniait ses engagements. Et il y a de fortes pressions politiques intérieures pour s'attaquer au changement climatique, fixer des objectifs de réduction des émissions de carbone, investir dans des sources d'énergie renouvelables, réduire la pollution, etc.

une convention est un accord entre les nations selon lequel elles agiront de bonne foi dans la poursuite des objectifs de la convention

Nonobstant l'obligation d'agir de bonne foi et de tenir ses promesses, la Convention de Vienne de 1969 sur le droit des traités²³ (qui régit le droit des traités et leur interprétation) comporte une disposition intéressante qui pourrait facilement s'appliquer aux perturbations actuelles causées par les nouveaux produits nicotiques à risques réduits. L'article 62 permet à une nation individuelle de mettre de côté les obligations d'un traité en cas de « changement fondamental de circonstances » qui n'aurait pas pu être prévu au moment de la négociation du traité. Le préambule de la CCLAT lui-même fait état de changements potentiels et d'une détermination « à promouvoir des mesures de lutte antitabac fondées sur les considérations scientifiques, techniques et économiques actuelles et pertinentes. »²⁴



Un panneau "Défense de fumer" au milieu des immeubles de bureaux de la ville.
Crédit : Possessed Photography sur Unsplash

La Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)²⁵

La CCLAT comprend 38 articles dont certains comportent des directives non contraignantes afin d'aider les parties à remplir leurs obligations nationales. Ce sont les directives couvrant l'article 5.3 (protection des politiques de santé contre les intérêts commerciaux), les articles 8.9 et 10 (protection contre la fumée du tabac, contenu des produits du tabac et essais de produits), et les articles 11 à 14 (conditionnement des produits, sensibilisation du public, publicité, et réduction de la demande, y compris les services de désaccoutumance).

Un protocole, le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, complète l'article 15, Commerce illicite des produits du tabac.

Le préambule de la CCLAT comporte plusieurs paragraphes qui reconnaissent sans ambiguïté la nécessité de réduire les décès et les maladies dus au tabagisme. Ces paragraphes sont donnés dans le contexte du droit universel à la santé, sans que personne ne soit laissé pour compte, et comprennent :

« Déterminée à donner la priorité à la protection de la santé publique » ;

« Réflétant... les conséquences mondiales dévastatrices... de l'exposition à la fumée du tabac » ;

²³ Vienna Convention on the Law of Treaties (1969) https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf

²⁴ Op cit, ref 4, p.3

²⁵ The Framework Convention on Tobacco Control (2005): https://www.who.int/fctc/text_download/en/

« Sérieusement préoccupée par l'augmentation de la consommation mondiale... en particulier dans les pays en développement... et par la charge que cela représente pour les familles, les pauvres et les systèmes de santé nationaux » ;

« Rappelant l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels... qui stipule que toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » ;

« Rappelant [...] la Constitution de [l'OMS] qui stipule que [le droit énoncé ci-dessus] est un 'droit fondamental de tout être humain' » ;

« Résolues à promouvoir des mesures de lutte antitabac fondées sur les considérations scientifiques, techniques et économiques actuelles et pertinentes ».

La Conférence des Parties (COP)

Au centre du processus décisionnel de la CCLAT, on trouve la réunion bisannuelle des nations parties prenantes de la CCLAT, connue sous le nom de Conférence des Parties (COP). Les représentants d'une Partie peuvent signer la CCLAT pour indiquer leur intention, mais la signature ne sera pas ratifiée tant qu'elle n'aura pas été approuvée par le Parlement du pays. Cela indique que la partie a officiellement accepté de se conformer à la CCLAT, bien qu'il n'y ait pas de « sanctions » en cas de non-conformité.

Les parties qui ont à la fois signé et ratifié la CCLAT ou qui ont adhéré à la CCLAT peuvent jouer un rôle actif dans les discussions et les décisions de la COP. Celles qui ont seulement signé (comme les États-Unis) ont un statut d'observateur et ne peuvent intervenir que lorsque toutes les autres parties se sont exprimées. Les points de vue de ceux qui ont seulement signé ne doivent pas être officiellement pris en compte.



La salle du Conseil exécutif de l'OMS.
Source : Wikimedia Commons

Depuis la première COP en 2006, huit réunions ont eu lieu dans différents endroits du monde, la neuvième étant prévue pour novembre 2021, reportée de 2020 en raison du COVID.²⁶

²⁶ Les informations sur la COP 9 qui se tiendra virtuellement en novembre 2021, sont accessibles ici : <https://fctc.who.int/who-fctc/governance/conference-of-the-parties/ninth-session-of-the-conference-of-the-parties>

Les délégations seront principalement composées de responsables de la santé, bien que d'autres intérêts ministériels nationaux, par exemple ceux des affaires et du commerce, puissent aussi y participer. Les délégations peuvent aussi inclure des représentants d'ONG et des spécialistes du sujet.

Lors des réunions de la COP, les décisions sont prises par consensus, le vote est très rare. Si un seul pays s'oppose à une disposition, soit il cède, soit il y a un amendement au texte sur lequel tous doivent s'entendre. Chaque Partie a le même poids.

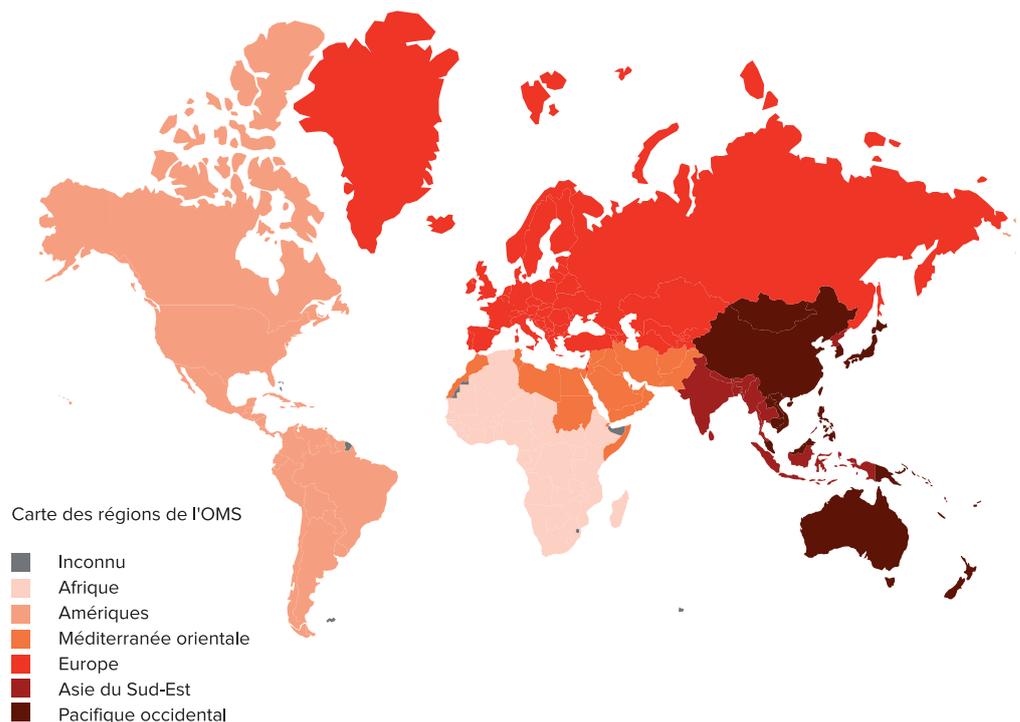
Structure des réunions

En dehors des sessions plénières principales qui impliquent toutes les Parties, la COP se divise en deux comités : le Comité A et le Comité B. Le Comité A traite des questions de politique et le Comité B de questions telles que celle du financement. Les comités se réunissent pour discuter des points de l'ordre du jour, notamment les propositions avancées par les Parties, et parfois pour rédiger des projets de décisions afin de permettre un consensus lors des sessions plénières. Des sous-groupes de rédaction peuvent être convoqués si le consensus ne peut être atteint en Comité.

Un monde de pré-réunions

Les Parties qui souhaitent mettre des propositions à l'ordre du jour de la COP le font quelques mois avant la diffusion de l'ordre du jour. Les positions adoptées par les gouvernements sont généralement décidées bien avant la réunion. Ce qui veut dire que les sessions de la COP sont en grande partie un exercice d'approbation automatique. Toutefois, certains marchandages peuvent avoir lieu lors des réunions du Comité.

Une grande partie du positionnement et des discussions préalables ont lieu lors des réunions régionales de l'OMS qui précèdent une COP. L'OMS comporte six régions : l'Afrique (AFRO), les Amériques (AMRO), l'Asie du Sud-Est (SEARO), le Pacifique occidental (WPRO), l'Europe (EURO) et la Méditerranée orientale (EMRO). Les Parties peuvent s'exprimer en leur nom propre lors de la COP, mais sont encouragées à laisser le pays élu pour la région prendre la parole, afin de gagner du temps et de consolider les problématiques.



Informer la prise de décision

Une COP peut décider qu'elle doit explorer des questions spécifiques pour un rapport à la COP suivante. Cela peut se faire par deux voies :

1. Groupes de travail

Il s'agit de délégués de la COP (jusqu'à environ 40 personnes), avec une représentation égale des six régions de l'OMS, qui peuvent, par exemple, travailler à l'élaboration de directives pour des articles spécifiques de la CCLAT.

2. Groupes d'experts

Ceux-ci sont convoqués par le Secrétariat de la CCLAT (voir ci-dessous) à la demande de la COP pour faire rapport sur des questions techniques spécifiques telles que les aspects juridiques.

Certains groupes d'experts sont permanents, notamment le Réseau de laboratoires du tabac (TobLabNet) qui élabore des méthodes d'essai et de mesure standard pour les produits du tabac, et le Groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac (TobReg), qui se concentre sur la science et la politique du tabac et de la nicotine.

Le réseau de soutien de la COP

1. L'OMS

Les réunions de la COP sont accueillies par l'OMS. Cependant, l'OMS n'a pas de voix officielle dans les négociations. Elle ne peut pas proposer d'amendements au texte. Néanmoins, elle peut intervenir pour aider les négociations et encourager les gouvernements à approuver ses propres points de vue sur la lutte antitabac. Son influence est considérable, car la plupart des pays sont passifs et ne disent ou n'entreprennent rien. La plupart suivront le mouvement, ce qui est différent d'autres questions mondiales importantes comme le commerce et le climat, où les gouvernements nationaux se battent fermement pour défendre leurs positions et leur leadership.

2. Le Secrétariat de la CCLAT

Il s'agit de l'organe administratif qui soutient la COP. Il est financé par les Parties, à la fois sous forme de contributions obligatoires pour ses travaux principaux et de contributions volontaires pour des projets spécifiques. Bien que le Secrétariat soit hébergé en son siège à Genève, l'OMS n'en est pas directement responsable et ne participe pas directement aux discussions et aux décisions de la COP.

le chef du Secrétariat rend compte à la COP, mais la relation n'est pas une relation de supervision ni de gestion hiérarchique



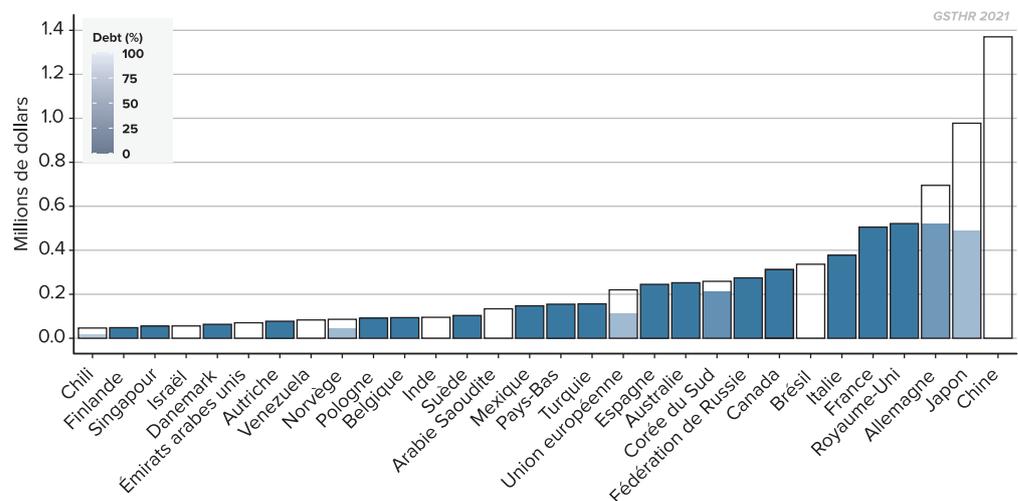
Genève, le siège de l'OMS.
Crédit : Lukas Blaskevicius sur Unsplash

peu de pays paient le montant qu'ils doivent

Le Secrétariat coordonne tout le travail qui se déroule dans et entre les réunions de la COP, et produit toute la documentation nécessaire, y compris les propositions pour l'ordre du jour de la COP. La CCLAT est tenue d'agir conformément aux souhaits et aux propositions des Parties. Outre les fonctionnaires nommés, un groupe interne de conseillers au sein du Secrétariat, appelé « Bureau », est composé d'un président, de cinq vice-présidents et de six coordinateurs régionaux. Ils sont élus à la fin de chaque COP et terminent leur mandat à la fin de la suivante.

Il semblerait que le Directeur général de l'OMS choisisse généralement le chef du Secrétariat au sein de la « famille » OMS. Le chef du Secrétariat rend compte à la Conférence des Parties, mais la relation n'est pas une relation de supervision ni de gestion hiérarchique.

La CCLAT est financée par une combinaison de contributions obligatoires et volontaires des Parties. La cotisation est établie sur la base d'une formule liée au produit intérieur brut (PIB). Peu de pays paient le montant qu'ils doivent, y compris plusieurs dont les contributions obligatoires sont les plus élevées.



Contributions évaluées et payées à la CCLAT.

Source des données : FCTC/COP/9/14. (2021). Paiement des contributions évaluées et mesures visant à réduire les arriérés des Parties. Point 6.3 de l'ordre du jour provisoire. https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_14_EN.pdf

3. L'initiative pour un monde sans tabac de l'OMS (TFI)

C'est le bras armé de l'OMS pour la lutte antitabac. Il fournit des conseils politiques et juridiques aux Parties, prépare des projets de dispositions et négocie des compromis. C'est aussi le visage public des politiques et des programmes de lutte antitabac de l'OMS. La TFI était autrefois un département à part entière, avec son propre directeur. Il a depuis été intégré au département de l'OMS chargé de la lutte contre les MNT.

Le rôle des observateurs non étatiques de la COP

Jusqu'à présent, nous avons décrit un réseau de réunions, d'informations et de soutien technique fourni aux Parties et organisé par des fonctionnaires de l'OMS et des experts désignés. Mais l'influence sur les délibérations de la COP ne s'arrête pas là.

Le préambule de la CCLAT reconnaît la « contribution spéciale des organisations non gouvernementales et des autres membres de la société civile... aux efforts de lutte antitabac au niveau national et international... ». Des ONG sont autorisées à être présentes à la COP, mais seulement celles qui sont spécifiquement accréditées par l'OMS. Les grandes ONG internationales peuvent demander l'accréditation de l'OMS. Les plus petites peuvent participer en tant que membres de l'organisme cadre de lutte antitabac des ONG, connu sous le nom d'Alliance pour la convention-cadre (Framework Convention Alliance, FCA), mais l'adhésion dépend de l'acceptation de la FCA.

Les ONG accréditées à la CCLAT peuvent participer aux négociations et faire des interventions lorsqu'elles y sont invitées par le président de la session, une fois que les Parties ont conclu. Elles peuvent aussi être autorisées à assister aux réunions du Comité A ou B, mais pas aux petits groupes de travail. Or c'est là que s'effectue tout le travail sérieux, s'il reste des sujets de conflit qui n'ont pas été résolus dans toutes les réunions qui ont eu lieu depuis la dernière COP.

L'accréditation de la FCA n'est ouverte qu'aux ONG qui n'ont aucun lien avec l'industrie du tabac, aussi tangentiel ou historique soit-il. Sont aussi exclues les ONG représentant les personnes directement affectées par les régimes de contrôle du tabac, notamment les fumeurs, et désormais les utilisateurs de produits nicotiques à risques réduits.



Malheureusement, de nombreuses parties prenantes influentes pensent que toute personne qui prône l'utilisation des PNRR pour la réduction des risques du tabac est forcément liée à l'industrie du tabac, en est à la solde ou en fait l'apologie. Ceci est dû à l'implication de l'industrie du tabac dans la production de certains (mais en aucun cas de tous) des produits nicotiques à risques réduits sur le marché. Les organisations de défense en faveur de la réduction des risques du tabac, y compris les nombreuses organisations de défense des consommateurs de produits de vapotage ou de snus, sont donc exclues de facto et n'ont pas de siège à la table.

les ONG représentant les personnes directement affectées par les régimes de contrôle du tabac, notamment les fumeurs, et désormais les utilisateurs de produits nicotiques à risques réduits, sont exclues

Une bouffée d'air frais ?

La COP de la CCLAT, une réunion internationale de ministres et de fonctionnaires financée en fin de compte par les impôts des citoyens, est entourée d'un secret comparable à celui du Conseil de sécurité des Nations Unies.

Cela contraste fortement avec la réunion de la COP de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC). La COP 26 de la CCNUCC doit avoir lieu en novembre 2021, le même mois que la COP 9 de la CCLAT. Les médias du monde entier sont déjà très engagés dans la réunion de la COP 26 de la CCNUCC et dans son potentiel de changement. Les mêmes médias grand public ont à peine mentionné la COP 9 de la CCLAT.

Lors de la COP de la CCNUCC, des observateurs représentant un large éventail d'intérêts sont admis : groupes de défense de l'environnement, de l'agriculture, des communautés indigènes, des femmes, des questions de genre et des jeunes, ainsi que des intérêts universitaires et de recherche, des syndicats et des représentants des entreprises. Les candidats doivent seulement démontrer qu'ils représentent un organisme national ou international et qu'ils possèdent une expérience et des connaissances pertinentes.²⁷

²⁷ Pour plus de détails sur la différence entre les critères de présence de la CCLAT et ceux des COP de contrôle du climat, voir <https://www.clivebates.com/documents/APPGVapingFeb2021.pdf>, p.12-13



Une manifestation contre l'inactivité politique en matière de changement climatique.
Crédit : Marcus Spiske sur Unsplash

les décisions prises lors de la COP sont susceptibles d'affecter la vie de millions de personnes dans le monde, y compris les quelque 100 millions de personnes qui ont déjà cessé de fumer pour utiliser des produits nicotiques à risques réduits

La nature, l'amplitude et l'impact de la représentation des entreprises à la COP sur le changement climatique ne sont pas sans susciter la controverse. Les délégués des industries traditionnelles fortement polluantes, notamment celles du charbon, du pétrole, du gaz, de l'automobile et des mines, y sont présents. Selon les propres règles de la convention, il est permis aux organismes commerciaux représentant l'industrie du pétrole et du gaz d'assister aux discussions annuelles et aux réunions intersessions en tant qu'observateurs. Lors de certaines des COP précédentes, les grands pollueurs ont même été autorisés à parrainer les réunions, les constructeurs automobiles, les entreprises énergétiques et les producteurs de charbon payant des millions pour que leurs marques soient au premier plan. Lors de la COP 26, le gouvernement britannique a déclaré que les sponsors devaient « avoir un plan crédible pour réduire leurs émissions à zéro net d'ici 2050 ».²⁸

En plus des accords de parrainage, il est intéressant de constater que ces industries sont « dans la salle » lors des réunions de la COP. Pour s'attaquer à l'urgence climatique, il faut s'engager avec les industries mêmes qui ont contribué de manière si significative à la crise. L'incapacité à transformer ces entreprises et leur mode de fonctionnement ne fera qu'entraver les progrès vers les objectifs ultimes de la Convention-cadre sur les changements climatiques. Les réunions, et l'attention médiatique et politique qu'elles suscitent, mettent en lumière les progrès ou l'absence de progrès dans la transition vers des technologies, des processus et des produits plus écologiques. Les constructeurs automobiles sont ainsi présents à la COP 26 pour faire la démonstration de leurs nouveaux véhicules électriques, tout en continuant de vendre activement des véhicules à moteur à combustion.

Le contraste avec la COP de la CCLAT ne pourrait pas être plus frappant. Les décisions prises lors de la COP sont susceptibles d'affecter la vie de millions de personnes dans le monde, notamment les quelque 100 millions de personnes²⁹ qui ont déjà cessé de fumer pour utiliser des produits nicotiques à risques réduits, les 1,1 milliard de personnes qui continuent de fumer, leurs familles et les autres personnes exposées au risque d'inhalation de fumées secondaires. Un très grand nombre d'organisations doivent être de la partie pour mettre en œuvre les changements significatifs qui sont nécessaires pour mettre fin aux décès et aux maladies causés par le tabagisme. Et si l'on veut être pragmatique, cela inclut les fabricants.

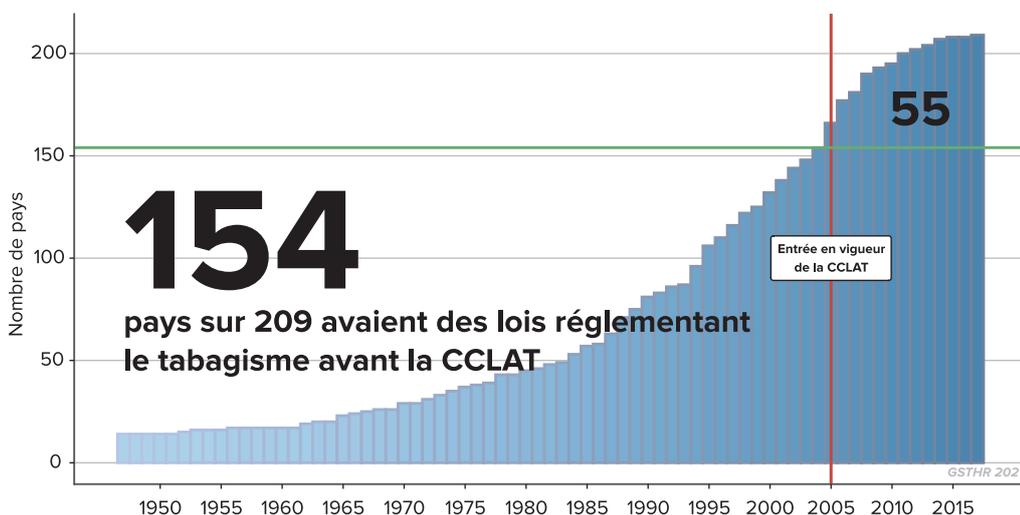
²⁸ *Climate Change News* (18/08/20) 'Big oil need not apply'. Accessed August 2021. <https://www.climatechangenews.com/2020/08/18/big-oil-need-not-apply-uk-raises-bar-un-climate-summit-sponsorship/>

²⁹ *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.54 <https://gsthr.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#unrealisedpublichealth>

4. Réduction des risques du tabac

Au-delà du « arrête ou meurs ».

La manière dont se déroule la lutte antitabac internationale actuelle laisse deux options au fumeur adulte : en gros, « arrêter ou mourir ». Or une bonne partie des progrès dans la réduction des décès et des maladies liés au tabagisme dans les PRE ont été réalisés avant la promulgation de la CCLAT. En outre, 154 pays avaient mis en œuvre certaines mesures de lutte antitabac avant 2005. Il serait bien sûr faux de prétendre que, par exemple, les interdictions de fumer dans les lieux publics ou les augmentations de prix n'ont eu aucun impact sur la prévalence et donc, sur les décès et les maladies. Mais depuis les années 1970, on assiste aussi à une diminution du tabagisme dans les pays à forte concentration de population, dans le cadre d'une évolution progressive vers des « modes de vie plus sains », principalement parmi les personnes issues des groupes socio-économiques les plus élevés (les taux de tabagisme élevés étant toujours présents dans de nombreuses communautés marginalisées et plus pauvres des pays à forte concentration de population).³⁰



Source des données : Lois sur la lutte contre le tabagisme. (2021).
Extrait de <https://www.tobaccocontrolaws.org/> le 2 septembre 2021

Comme nous le soulignons ci-dessus, le fait est que les efforts internationaux actuels de lutte antitabac ne sont tout simplement pas suffisants. À partir de 2021, même dans les PRE, les graphiques de prévalence du tabagisme se stabilisent, et on prévoit que la croissance démographique entraînera une augmentation de la prévalence du tabagisme dans les PRFM.

Une intervention complémentaire et potentiellement salvatrice peut pourtant être mise en œuvre à peu de frais pour les gouvernements. Elle offre une troisième option, plus acceptable pour les fumeurs adultes actuels. Il s'agit de la réduction des risques du tabac à l'aide de produits nicotiques à risques réduits.

Qu'est-ce que la réduction des risques ?

La réduction des risques est un ensemble de politiques, de réglementations et d'actions pragmatiques qui soit réduisent les risques pour la santé en fournissant des formes plus sûres de produits ou de substances, soit encouragent des comportements moins risqués. Elle joue un rôle important dans la défense de la justice sociale et des droits de l'homme pour les personnes qui sont souvent parmi les plus marginalisées

a réduction des risques est un ensemble de politiques, de réglementations et d'actions pragmatiques qui soit réduisent les risques pour la santé en fournissant des formes plus sûres de produits ou de substances, soit encouragent des comportements moins risqués.

³⁰ Ibid, p. 140–146. Chapter 7: The right to health and the people left behind <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-7>

Les personnes qui consomment de la nicotine ont le même droit fondamental de jouir du meilleur état de santé possible que celles qui n'en consomment pas

de la société. Les partisans de la réduction des risques soutiennent que les gens ne devraient pas renoncer à leur droit à la santé s'ils entreprennent des activités potentiellement risquées, comme la consommation de drogues ou d'alcool, l'activité sexuelle ou le tabagisme.

Si la réduction des risques en tant que mouvement social est relativement récente, ce pour quoi les communautés touchées se sont toujours battues, c'est-à-dire le droit à la santé, sans que personne ne soit laissé pour compte, est inscrit depuis longtemps dans des conventions internationales et continue de l'être. L'OMS a ainsi souscrit à la réduction des risques dans nombre de ses activités.

Les personnes qui consomment de la nicotine ont le même droit fondamental de jouir du meilleur état de santé possible que celles qui n'en consomment pas. Les personnes qui fument pour obtenir de la nicotine ont donc le droit d'accéder à des informations précises et à d'autres produits qui les aident à parvenir à cet état de santé.

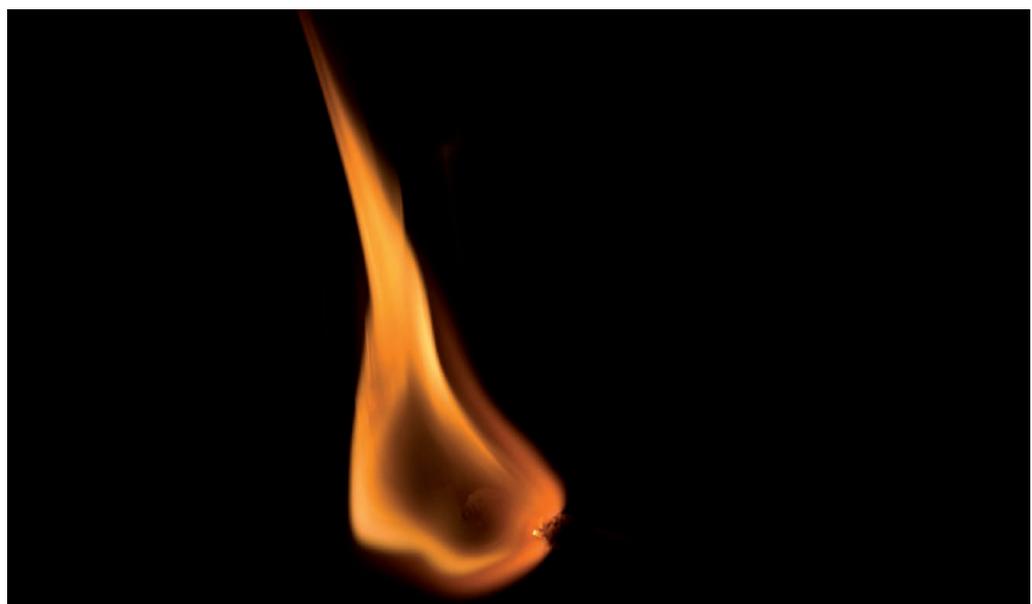
La réduction des risques du tabac : de la conception à la réalité

Bien qu'elle soit spécifiquement mentionnée dans la CCLAT à l'article 1d, la réduction des risques en soi n'est pas définie. Elle est incluse parce que l'équipe de transition de la CCLAT s'est assise avec l'industrie pour connaître les plans de celle-ci pour produire des produits plus sûrs.

Le 13 octobre 2000, le directeur général de l'OMS, le Dr Gro Brundtland, a fait une déclaration dans laquelle elle a reconnu les différences évidentes qui existent entre les priorités de la santé publique et celles de l'industrie, mais a néanmoins déclaré « nous sommes déterminés à entendre comment les compagnies de tabac proposent de réduire les dommages causés par leurs produits ».³¹

la possibilité de nouveaux développements est reconnue dans le paragraphe 21 du préambule de la CCLAT

Il faudra des années avant que des produits plus sûrs soient disponibles, mais la possibilité de nouveaux développements est reconnue dans le paragraphe 21 du préambule de la CCLAT selon lequel les Parties sont « Résolues à promouvoir des mesures de lutte antitabac fondées sur les considérations scientifiques, techniques et économiques actuelles et pertinentes ». Même aussi récemment qu'en 2014, dans un document sur les nouveaux produits à base de nicotine préparé pour la COP 6, l'OMS a déclaré que « la plus grande responsabilité de prouver scientifiquement les allégations concernant les ENDS devrait rester à l'industrie ».³²



La combustion du tabac est la différence clé
Crédit : Gary Ellis sur Unsplash

³¹ Réponse du Directeur général de l'OMS aux auditions sur le tabac. 13 octobre 2000, p.3.

³² WHO. *Electronic nicotine delivery systems: report by the WHO*. WHO, 2014, FCTC/COP6/10-21 July 2014, para 35, p.10

Quinze ans après l'apparition des produits de vapotage sur le marché, quelles sont les preuves que les produits nicotiques à risques réduits reflètent exactement cela ? Un simple fait scientifique sous-tend la sécurité relative des PNRR : il n'y a pas de combustion du tabac.

Lorsqu'une cigarette est allumée, quelque 7 000 produits chimiques sont libérés et sont responsables de tous les méfaits du tabagisme : cancer, maladies cardiaques et respiratoires, etc. Les fumeurs fument du tabac parce qu'ils cherchent à ressentir les effets de la nicotine, mais ils souffrent de maladies et mettent leurs vies en danger à cause des toxines contenues dans la fumée qui est libérée lorsque le tabac est brûlé.

Les produits nicotiques à risques réduits délivrent de la nicotine à l'utilisateur sans combustion du tabac. Qu'en est-il de la nicotine elle-même ? Des problèmes d'« analphabétisme en matière de nicotine » persistent parmi les professionnels de la santé et le public. Beaucoup croient à tort que la nicotine elle-même est cancérigène^{33,34,35}. En fait, comme l'a déclaré le Royal College of Physicians du Royaume-Uni, « il est largement admis que tout danger à long terme de la nicotine est susceptible d'avoir des conséquences minimales par rapport à celles associées à la poursuite du tabagisme. »³⁶

La « dépendance à la nicotine » est aussi souvent citée comme une préoccupation. Cependant, la « dépendance » est un terme lourd de sens, qui peut faire penser aux dommages causés aux individus, aux familles et à la société en général par de graves problèmes de drogues illicites. La nicotine elle-même est une substance relativement bénigne, utilisée dans les thérapies pharmaceutiques de remplacement, et qui ne provoque aucune des maladies associées au tabagisme. L'utilisation de la nicotine n'est sans doute pas le problème physique ou psychologique habituellement véhiculé par l'image publique du mot « dépendance ».³⁷

Le potentiel de réduction des risques des produits nicotiques non combustibles fut réalisé dès 1976 par le professeur Michael Russell, chercheur britannique sur le tabac, mais les produits permettant de tenir cette promesse n'étaient pas disponibles

un simple fait scientifique sous-tend la sécurité relative des produits nicotiques à risques réduits : il n'y a pas de combustion du tabac



Dispositif de vapotage montrant des serpents chauffés.
Crédit : Boukaih sur Unsplash

³³ 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>

³⁴ 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>

³⁵ 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>

³⁶ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

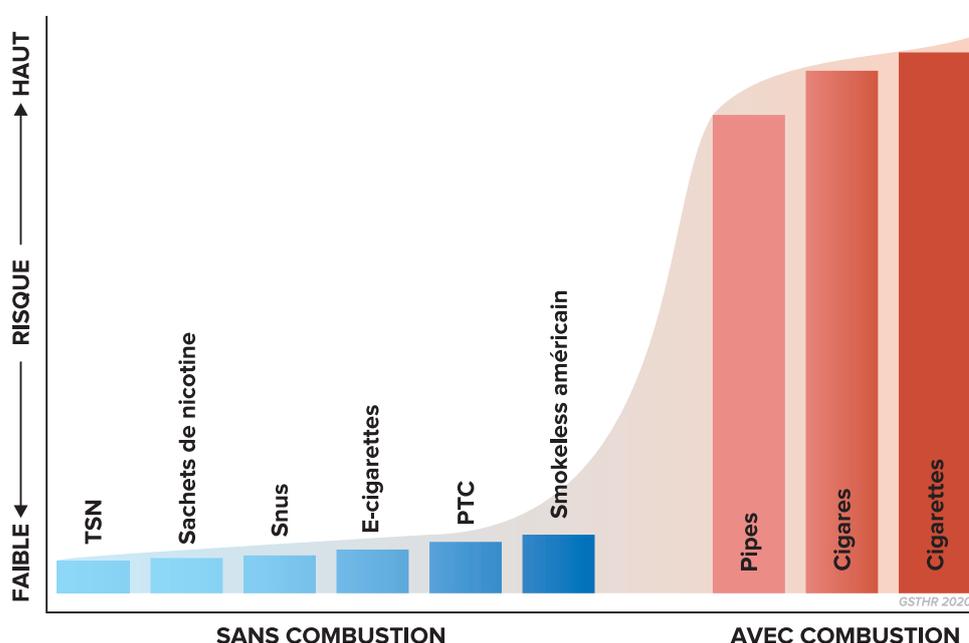
³⁷ *Tobacco Harm Reduction: A Burning Issue for Asia*. London: Knowledge Action Change (2021), p.18. <https://gsthr.org/report/2021/burning-issue-for-asia/chapter-3>

sous une forme acceptable pour les fumeurs. Ils le sont aujourd'hui, et les données factuelles en leur faveur augmentent considérablement.

La réduction des risques du tabac fut préconisée par le Royal College of Physicians (RCP) du Royaume-Uni dans le rapport de 2007 intitulé *Harm reduction in nicotine addiction*.³⁸ Le rapport affirmait que « la réduction des risques du tabagisme peut être obtenue en fournissant aux fumeurs les sources de nicotine plus sûres que sont des substituts de cigarettes acceptables et efficaces » et suggérait la possibilité de rééquilibrer le marché en faveur des produits à la nicotine les plus sûrs.³⁹

En 2017, dans une prise de position sur les produits de vapotage, le Royal College of General Practitioners du Royaume-Uni a déclaré : « Les données recueillies jusqu'à présent montrent que les e-cigarettes présentent des niveaux de substances toxiques clés considérablement réduits par rapport aux cigarettes, les niveaux moyens d'exposition tombant bien en dessous des seuils de préoccupation. »⁴⁰

En 2020, Public Health England a réaffirmé sa conclusion antérieure selon laquelle « le vapotage est au moins 95 % moins nocif que le tabagisme ». ⁴¹



En 2020, le Global State of Tobacco Harm Reduction a calculé qu'il y avait près de 100 millions d'utilisateurs de produits nicotiques à risques réduits

Non seulement la base de données factuelles s'accroît, mais le marché mondial démontre aussi que si les fumeurs ont la possibilité d'opter pour des produits à la nicotine plus sûrs, disponibles, abordables, accessibles et appropriés, ils changeront leurs pratiques. En 2020, le Global State of Tobacco Harm Reduction a calculé qu'il y avait près de 100 millions d'utilisateurs de produits nicotiques à risques réduits, principalement des produits de vapotage, mais aussi des produits de tabac chauffé et des produits oraux comme le snus à la suédoise.⁴²

La réduction des risques du tabac fonctionne

Dans le rapport *Burning Issues : The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*, nous offrons des preuves épidémiologiques solides d'un effet de substitution dans quatre pays, où les fumeurs passent à une nicotine plus sûre.

³⁸ Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians. *Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit*. London, RCP, 2007.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Royal College of General Practitioners *Position Statement on the use of electronic nicotine vapour products* (September 2017). <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/2017/RCGP-E-cig-position-statement-sept-2017.ashx?la=en>

⁴¹ Public Health England (2020) *Vaping in England – 2020 evidence update summary*. <https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-march-2020/vaping-in-england-2020-evidence-update-summary>

⁴² *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.51–53. <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#windowsopportunity>

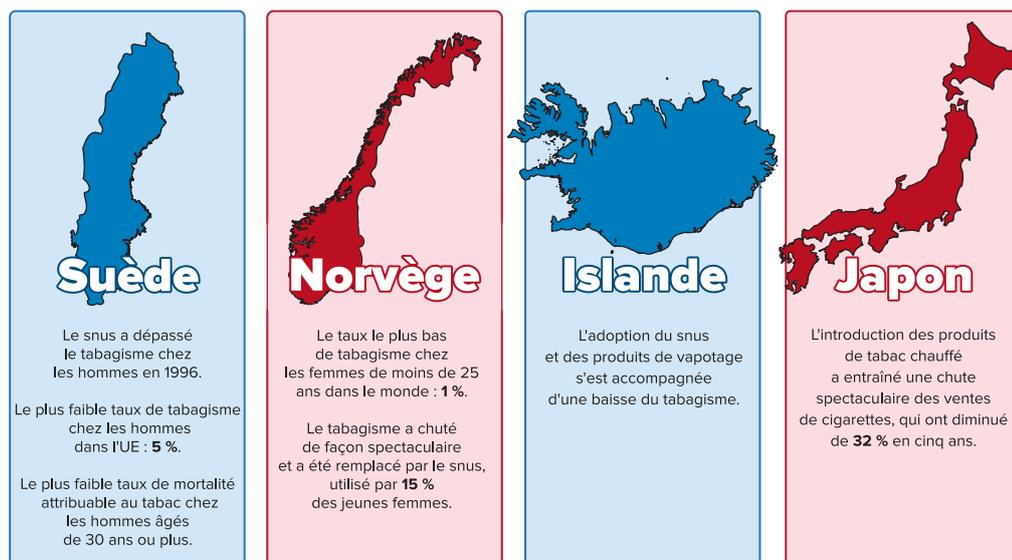
En Suède, la tradition d'utilisation du snus, un tabac oral, existait depuis des siècles. C'est toutefois au 20^e siècle que les processus de fabrication du snus sont devenus nettement plus axés sur la sécurité. En 1996, l'utilisation de ce nouveau snus pasteurisé, plus sûr, a dépassé le tabagisme chez les hommes. La Suède a aujourd'hui le niveau le plus bas de tabagisme chez les hommes dans l'UE ; 5 pour cent contre une moyenne européenne de 24 pour cent. La Suède peut aussi se targuer d'avoir le plus faible taux de mortalité attribuable au tabac pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 30 ans ou plus. Si l'interdiction européenne du snus était levée, on calcule qu'environ 320 000 décès prématurés liés au tabac chez les hommes âgés de 30 ans ou plus pourraient être évités chaque année dans l'UE.⁴³

Avec un taux d'à peine 1 %, la Norvège a le taux de tabagisme le plus bas au monde chez les femmes de moins de 25 ans. Ce résultat est dû au remplacement des cigarettes par le snus, utilisé par 15 % des jeunes femmes. Et le snus remplace la cigarette dans le pays d'une manière générale.

On peut observer la même chose en Islande, où l'adoption du snus et des produits de vapotage s'est accompagnée d'une baisse du tabagisme.

Au Japon, l'introduction des produits de tabac chauffé a entraîné une chute spectaculaire des ventes de cigarettes, de 32% en cinq ans. Les produits de tabac chauffé représentent désormais un tiers de toutes les ventes de tabac.⁴⁴

La réduction des risques du tabac fonctionne



Source des données : Commission européenne. (2021). Eurobaromètre spécial 506 : Attitudes des Européens à l'égard du tabac et des cigarettes électroniques (S2240_506_FRA). Commission européenne. http://data.europa.eu/88u/dataset/S2240_506_ENG; Statistics Norway. (2021). Tabac, alcool et autres drogues. SSB. <https://www.ssb.no/en/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>; Résultats mensuels des ventes japonaises domestiques de cigarettes (Informations par secteur d'activité). (2020). Japan Tobacco Inc. https://www.jt.com/investors/results/S_information/domestic_cigarette/index.html

Comment l'OMS, ses ONG et ses alliés financiers ont-ils réagi à ces technologies perturbatrices et aux possibilités qu'elles offrent de faire des avancées plus tangibles dans la réduction des décès et des maladies dus au tabagisme ?

⁴³ Lars Ramström, Institut d'études sur le tabac, Suède. Affiche pour le Forum mondial sur la nicotine 2017, citée dans Shapiro, H. (2018). *No Fire, No Smoke : The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*. Knowledge-Action-Change. <https://gsth.org/resources/item/no-fire-no-smoke-global-state-tobacco-harm-reduction-2018>

⁴⁴ Pour plus de détails et des références complètes, veuillez consulter : Shapiro, 2018, p. 45-50; 2020a, p. 51-53. <https://gsth.org/resources/item/no-fire-no-smoke-global-state-tobacco-harm-reduction-2018>, Knowledge-Action-Change. *Burning Issues: Global State of Tobacco Harm Reduction, 2020*. KAC: 2020, pp.51-53 <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#windowsopportunity>

5. Guerre de tranchées : l'OMS, ses alliés et ses bailleurs de fonds

Un nouveau front s'ouvre

L'histoire de la lutte antitabac nationale et internationale est dominée par des tentatives visant à limiter le pouvoir de l'industrie du tabac et à exposer ses multiples stratégies pour saper les lois et les réglementations. La consommation de cigarettes a diminué dans les PRE au cours des dernières décennies. Pourtant, la valeur globale du marché des cigarettes devrait continuer à augmenter considérablement, principalement grâce aux ventes dans les PRFM. La bataille contre les produits combustibles est loin d'être terminée et personne ne suggère d'abandonner le combat. Mais on peut dès maintenant déployer d'autres stratégies.

La RdRT peut se concrétiser si la communauté internationale de lutte antitabac, dirigée par l'OMS, parvient à dissocier, dans ses délibérations politiques et législatives, les produits du tabac qui sont combustibles de ceux qui ne le sont pas.

La RdRT a un rôle complémentaire à jouer dans la lutte antitabac et la réduction de la consommation de cigarettes. Son potentiel peut se concrétiser si la communauté internationale de la lutte antitabac, dirigée par l'OMS, parvient à dissocier, dans ses délibérations politiques et législatives, les produits du tabac qui sont combustibles de ceux qui ne le sont pas.

Actuellement, tous les produits à base de nicotine sont considérés par bon nombre des puissantes forces de la lutte antitabac internationale comme étant pareillement dangereux, justifiant soit une interdiction totale, soit une réglementation stricte, comme s'il s'agissait de produits du tabac combustibles. Cette approche évite à la lutte antitabac d'avoir à bouleverser une mentalité politique profondément ancrée. Elle permet aussi d'ouvrir un nouveau front dans la guerre contre l'industrie du tabac, au service de certains intérêts moraux et financiers.



L'image représente un enfant qui soi-disant vapote. Voir page 37 pour d'autres exemples de l'OMS utilisant des enfants dans ses campagnes. Source : Journée mondiale sans tabac 2020 de l'OMS

Malgré les échecs généraux des stratégies actuelles de lutte contre le tabagisme, en particulier dans les PRFM, et la rareté des services mondiaux de sevrage tabagique, il est devenu évident que :

- » En dépit de la formulation et de l'intention originales de la CCLAT, les objectifs politiques et législatifs sont passés du tabac et du tabagisme à une position entièrement prohibitionniste visant la nicotine, quel que soit le mécanisme d'administration.
- » La campagne et le financement de la lutte contre le tabagisme passif sont axés sur la prévention de l'initiation des jeunes à la nicotine. Cela a l'avantage d'être à l'abri des critiques politiques. En même temps, il est impossible de faire des évaluations sans

des études longitudinales longues et coûteuses. On peut cocher les cases relatives aux processus et aux activités, alors que les résultats mesurables en matière de santé sont commodément oubliés.

- » Le programme prohibitionniste tire la conclusion morale que les fumeurs adultes actuels ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes, et qu'ils n'ont d'autre choix que de « cesser de fumer ou mourir ».
- » En semant le doute et la confusion dans l'esprit des fumeurs, des professionnels de la santé, des médias et de la société en général quant à la sécurité relative des PNRR et à leur potentiel pour aider les fumeurs adultes à cesser de fumer, l'OMS et ses alliés rejouent la pièce de théâtre de l'industrie du tabac à l'ancienne.

Comment cela se passe-t-il sur le terrain ? Quatre acteurs clés interviennent : le Secrétariat de la CCLAT, l'IFT de l'OMS, les ONG anti-tabac et Bloomberg Philanthropies. Bien qu'ils soient présentés individuellement ci-dessous, ils forment un réseau d'influence interdépendant et inter-opérant qui pèse sur les Parties à la CCLAT et leurs politiques de lutte antitabac.

Secrétariat de la CCLAT : la lutte antitabac échappe à tout contrôle

Pour toute personne ayant une connaissance de la réduction des risques et de sa mise en œuvre dans d'autres domaines de la politique de santé, l'opposition catégorique du Secrétariat de la CCLAT à la réduction des risques liés au tabac est une source de frustration considérable. La réduction des risques se trouve au cœur même de la politique de l'OMS visant à réduire le risque de décès et de maladie causé par le VIH et la consommation de drogues injectables. L'OMS soutient explicitement la mise en œuvre de programmes de réduction des risques qui comprennent la distribution de préservatifs et d'aiguilles propres, ou la fourniture de traitements de substitution aux opioïdes pour les personnes dépendantes de l'héroïne ou d'autres opiacés.⁴⁵



Un préservatif. Crédit : Reproductive Health Supplies Coalition sur Unsplash

Crédit : John Cameron sur Unsplash

Traitement de substitution aux opioïdes. Crédit : Josh Estey, AusAID sur Wikimedia Commons

L'OMS estime que 11 millions de personnes s'injectent des drogues dans le monde et que la consommation de drogues injectables représente 10% de toutes les nouvelles infections par le VIH.⁴⁶ Il y a 1,1 milliard de personnes qui fument dans le monde, 8 millions de personnes par an qui meurent de maladies liées au tabagisme, et on estime que 14% de tous les décès dus aux MNT chez les adultes âgés de 30 ans et plus sont liés au tabac.

Malgré l'énorme potentiel de gain en matière de santé publique dans la lutte pour réduire les décès et les maladies liés au tabagisme qui touchent des millions de personnes dans le monde, il n'y a aucun parallèle entre l'approche politique pragmatique et non moraliste de l'OMS en matière de réduction des risques pour le VIH ou la consommation de drogues injectables, et l'approche choisie pour le tabac.

il n'y a aucun parallèle entre l'approche politique pragmatique et non moraliste de l'OMS en matière de réduction des risques pour le VIH ou la consommation de drogues injectables, et l'approche choisie pour le tabac

⁴⁵ WHO Regional Office For Europe, Policy guidance by HIV intervention area: harm reduction <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

⁴⁶ WHO, Global HIV, Hepatitis and STI Programmes: People who inject drugs

<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>

si l'OMS héberge le secrétariat de la CCLAT, elle n'exerce aucun contrôle hiérarchique direct – et on ne sait pas non plus qui le fait

À quoi cela est-il dû ? Quelle que soit l'apparence des structures formelles, le Secrétariat a en réalité une grande influence sur le flux d'informations provenant de sources extérieures vers la COP. Il oriente les propositions qui se retrouvent à l'ordre du jour et la manière dont elles sont formulées.

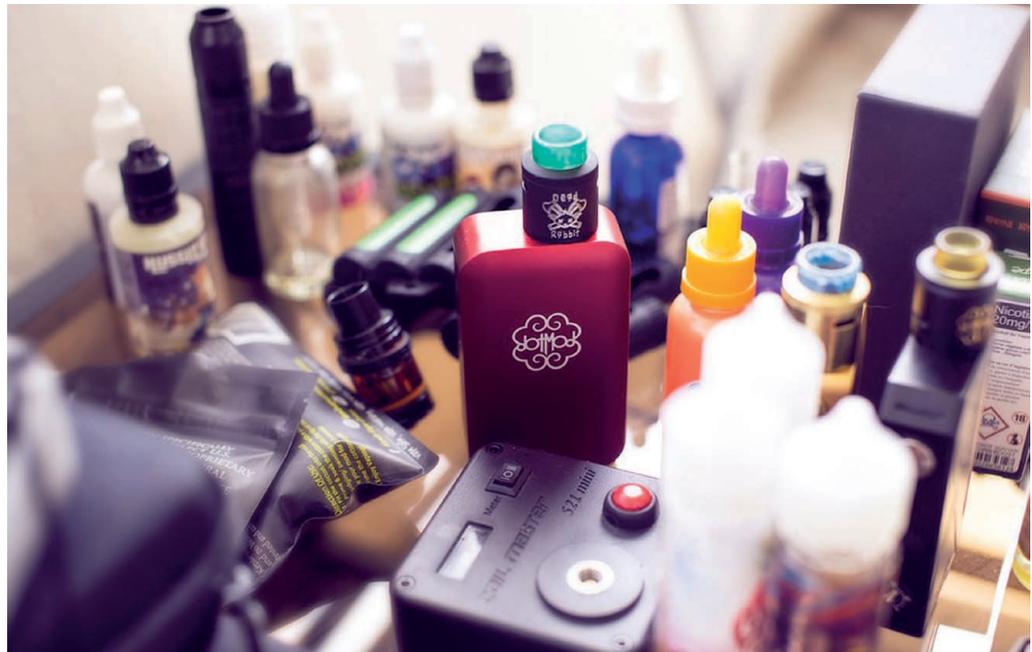
Répetons-le, si l'OMS héberge le Secrétariat de la CCLAT, elle n'exerce sur lui aucun contrôle hiérarchique direct, et on ne sait pas non plus qui le fait. De plus, en raison de la baisse d'intérêt pour la lutte antitabac de la part des Parties et, plus récemment, de l'accent mis par l'OMS sur la COVID, ceux qu'un correspondant a appelé des « éléments voyous » au sein de la CCLAT ont pu faire passer un programme prohibitionniste et anti-RdRT dans les délibérations de la Convention. Ceci est manifeste dans les documents soumis aux différentes réunions de la COP au fil des ans.

La COP et l'histoire des PNRR

L'OMS s'est penchée pour la première fois sur les ENDS (electronic nicotine delivery systems, systèmes d'administration électroniques de nicotine) en 2010, dans le cadre d'un exercice de consultation réglementaire précédant la COP 4. Le rapport qui fut soumis à la COP recommandait une extrême prudence à l'égard de ces nouveaux produits.

Un autre rapport fut commandé pour la COP 5 en 2012. Il recommandait que les nouveaux produits ne soient pas considérés comme des substituts plus sûrs aux produits combustibles du tabac.

Au moment où le document suivant fut préparé pour la réunion de la COP de 2014, il était clair que le rapport commandé par le secrétariat de la CCLAT ne voyait aucun avantage à encourager le passage aux produits de vapotage. Il fut jugé que cela irait totalement à l'encontre de l'esprit et de la lettre de la CCLAT, dans la mesure où « si l'usage médicinal de la nicotine est une option de santé publique en vertu du traité, l'usage récréatif ne l'est pas ».⁴⁷



Une gamme de dispositifs de vapotage et de liquides.
Crédit : Antonin FELS sur Unsplash

La réunion de la COP de 2016 a recueilli des commentaires plus positifs sur la RdRT et le potentiel des ENDS. S'inspirant largement d'un rapport⁴⁸ TobReg, la décision de la COP 7 fut de « saluer » le rapport qui comprenait la déclaration suivante : « Si la grande

⁴⁷ WHO. *Electronic nicotine delivery systems: report by WHO*. Prepared for FCTC/COP 6, September 2014, p. 10. See also: [https://www.who.int/publications/m/item/background-papers-to-the-who-report-on-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-\(ends-ennds\)](https://www.who.int/publications/m/item/background-papers-to-the-who-report-on-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-(ends-ennds)) (2016); [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf) (2018)

⁴⁸ FCTC/COP/7/11 Report: *Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENND): Report by WHO* https://www.who.int/fctc/cop7/FCTC_COP_7_11_EN.pdf

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 pour finalement arrêter d'en consommer, cela représenterait une réalisation contemporaine importante en matière de santé publique. »⁴⁹ La décision poursuit en décrivant un certain nombre d'options pour réglementer les ENDS.

Malheureusement, ces recommandations étaient précédées d'une déclaration sur l'interdiction des produits, avec l'implication que c'était l'option politique préférée. Un document très mince de 2018 a simplement réitéré les points à considérer par les Parties dans le document précédent.

Des produits de nicotine plus sûrs à la COP 9

Deux nouveaux documents ont été déposés pour la COP 9 concernant les produits nicotiques à risques réduits et publiés à quelques jours d'intervalle en juillet 2021. Le premier, rédigé par l'OMS, s'intitule « Rapport complet sur les travaux de recherche et les données factuelles portant sur les produits du tabac nouveaux et émergents ». ⁵⁰ Le second, rédigé par le Secrétariat de la Convention, porte sur les « Difficultés posées par les produits du tabac nouveaux et émergents et classification de ces produits ». ⁵¹ Les deux rapports se concentrent sur le tabac chauffé et les ENDS (sans mention du snus ou des sachets de nicotine).



Un appareil à tabac chauffé.
Source : Wikimedia Commons

Pendant, lorsque l'ordre du jour provisoire de la COP 9 fut publié, il fut révélé que « le Bureau [avait] décidé que [ces deux] rapports [...] seraient présentés pour information et que les discussions de fond connexes seraient reportées à la COP 10. »⁵² Si une ou plusieurs Parties souhaitent discuter de ces documents, elles peuvent décider de les soulever, mais la discussion pourrait bien devoir attendre la COP 10 en 2023.

⁴⁹ FCTC/COP7/9 Decision: *Electronic nicotine delivery systems and electronic non nicotine delivery systems* https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_9_EN.pdf?ua=1

⁵⁰ FCTC/COP9/9 *Comprehensive report on research and evidence on novel and emerging tobacco products, in particular heated tobacco products, in response to paragraphs 2(a)–(d) of decision FCTC/COP8(22): report by WHO.* https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_9_EN.pdf

⁵¹ FCTC/COP9/10 *Challenges posed by and classification of novel and emerging tobacco products: report by Convention Secretariat* https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_10_EN.pdf

⁵² FCTC COP 9 *Provisional agenda annotated* https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP_9_1_annotated_EN.pdf

Aucun de ces articles ne concède à aucun moment que l'un des produits discutés pourrait jouer un rôle dans la réduction du fardeau des décès et des maladies dus au tabagisme.

Il faut ici souligner le rôle le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac, communément appelé TobReg. Il s'agit d'un comité consultatif scientifique établi de longue date et qui a produit quelques rapports utiles. Toutefois, son dernier rapport (2021)⁵³ contient une douzaine de recommandations qui étayaient l'intransigeance générale de l'OMS à l'égard des PNRR et sont hostiles à l'idée que les PNRR offrent des avantages en matière de santé publique pour lutter contre l'épidémie de tabagisme. Le texte met la réduction des risques entre guillemets. Il fait référence à des « affirmations » de dommages réduits et à une « croyance présumée » en moins de dommages. Le mot « peut » est utilisé fréquemment, par exemple lorsqu'il affirme que les jeunes « peuvent » être attirés par les arômes des e-liquides ou « peuvent » continuer à fumer des cigarettes combustibles, sans offrir aucune preuve substantielle pour soutenir ces affirmations. Il y a aussi des références narquoises aux concept stores « fantaisistes » d'IQOS.⁵⁴

Directives

La méthode d'attaque la plus litigieuse et la plus délibérée à l'encontre des partisans de la RdRT est la surinterprétation des lignes directrices de l'article 5.3. Compte tenu de la période à laquelle la CCLAT fut rédigée et des antécédents de l'industrie, la formulation de l'article original était parfaitement raisonnable :

« Lorsqu'elles définissent et appliquent leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties prennent des mesures pour protéger ces politiques contre les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale. »

Il est important de noter que même dans le contexte d'une convention de « bonne foi », les lignes directrices de la CCLAT sont des propositions non contraignantes : ce sont simplement des guides pour aider les Parties à mettre en œuvre leurs obligations dans les différents articles. Elles n'étendent pas les obligations de la CCLAT et ne constituent pas une interprétation ultérieure de la CCLAT. C'est sur cette base que les Parties conviennent de l'adoption de lignes directrices.

Un groupe de travail de la COP sur l'article 5.3, comprenant deux représentants de chaque région de l'OMS, fut constitué dans le cadre du processus visant à fournir des orientations non contraignantes sur la manière dont les Parties peuvent interpréter l'article. Le groupe de travail devait présenter des propositions à la réunion de la COP 3 de 2008 à Durban. Comme une grande partie de ce qui émane de la CCLAT, les directives sur l'article 5.3 étaient principalement destinées à aider les PRFM. Dans l'UE, par exemple, des principes et des directives étaient déjà en place.

il n'a jamais été prévu que les directives seraient utilisées pour exclure l'industrie des discussions relatives au tabagisme et aux produits du tabac, que ce soit au niveau national ou international.

L'idée principale était d'exposer plus en détail l'objectif de limiter autant que possible les contacts entre les gouvernements et l'industrie, et de veiller à ce que toute transaction avec l'industrie soit aussi ouverte et transparente que possible. Alors que certaines Parties souhaitaient des dispositions plus strictes et que d'autres faisaient pression pour une approche plus légère, le « facilitateur clé » visait un document équilibré et proportionné. Il n'a jamais été question que les Directives soient utilisées pour exclure l'industrie, ou qui que ce soit d'autre, de toute participation aux discussions relatives au tabagisme et aux produits du tabac, que ce soit au niveau national ou international.

Cependant, si les dispositions des lignes directrices 5.3 restent raisonnables, le principe directeur d'ouverture est désormais dépassé :

« Il existe un conflit fondamental et irrécyclable entre les intérêts de l'industrie du tabac et ceux de la politique de santé publique. »

⁵³ WHO. WHO study group on tobacco product regulation. WHO, 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240022720>

⁵⁴ IWHO, 2021c, p. 54. Voir aussi un résumé des recommandations du groupe sur les PNRR au Conseil exécutif de l'OMS, qui sont très préjudiciables aux progrès de la RdRT. <https://www.clivebates.com/documents/APPGVapingFeb2021.pdf> p.19

Avec l'arrivée d'une nouvelle génération de produits à base de nicotine manifestement plus sûrs, fabriqués à la fois par des multinationales et par un important contingent de fabricants petits et moyens dans le monde entier, ce principe n'est plus viable.



Image de snus en portions. Source : Wikimedia Commons

Il est clair qu'avec cette nouvelle donne, l'approche traditionnelle de la guerre contre le tabac ne peut plus être maintenue. Comment la lutte antitabac internationale a-t-elle réagi ? En surinterprétant et en subvertissant délibérément l'article 5.3 afin d'étendre la définition de « l'industrie du tabac », de sorte que toute entreprise, organisation, ONG, groupe d'universitaires, de consommateurs ou de cliniciens qui soutient la RdRT est inclus par défaut dans cette définition. Et les Directives ont été invoquées par des organismes étatiques et non étatiques du monde entier pour se livrer à des attaques sans appel et ad hominem.

les Directives ont été invoquées par des organismes étatiques et non étatiques du monde entier pour se livrer à des attaques sans appel et ad hominem contre la réduction des risques du tabac et ses défenseurs

Article 5.3 : retombées des directives

Ironiquement, alors que les Directives demandent que les relations avec l'industrie soient responsables et transparentes, on ne peut pas en dire autant de la conduite de la réunion de la COP. Au fil du temps, la COP est devenue une chambre d'écho autoréférentielle où les voix dissidentes sont étouffées par la surinterprétation des Directives 5.3.

Lors des premières réunions de négociation de la CCLAT en 2000-2003, la galerie publique était ouverte à toutes et à tous pour assister aux délibérations. Il en fut de même pour les trois premières réunions de la COP. Au fil du temps, le grand public, y compris les médias, fut exclu de toutes les réunions, à l'exception de la plénière du jour d'ouverture, sur décision des Parties. Cela va totalement à l'encontre de la manière dont se déroulent les réunions d'autres agences des Nations Unies, notamment la Commission des droits de l'homme, la Commission des stupéfiants et, comme mentionné plus haut, la réunion de la COP sur le changement climatique.



Un agent de sécurité en uniforme aux Nations Unies.
Crédit : Manuel Elias, via UN Photo sur flickr

aucune tentative de mener de telles réunions de l'ONU, en dehors du Conseil de sécurité, ne pourrait être tolérée par les diplomates et les responsables gouvernementaux

Aucune tentative de mener de telles réunions de l'ONU, en dehors du Conseil de sécurité, ne pourrait être tolérée par les diplomates et les responsables gouvernementaux. Le financement des réunions de l'ONU et de l'OMS repose sur des fonds publics versés par les Parties. Il s'ensuit la nécessité d'une responsabilité publique et d'une totale transparence. Le manque de transparence à la COP doit être soulevé auprès des départements des gouvernements responsables en la matière.

Le niveau de paranoïa et d'insécurité qui enveloppe la COP a atteint un sommet d'absurdité en 2014 lorsqu'un représentant de l'Organisation internationale de police criminelle (Interpol) s'est vu refuser l'entrée au motif qu'Interpol avait reçu de l'argent d'un fabricant de tabac pour s'attaquer au marché illicite des cigarettes.⁵⁵

Il a été avancé que cette demande de secret provient en partie des délégations des ministères de la santé qui cherchent à contourner l'opposition nationale à la lutte antitabac et qui sont soucieuses d'éviter la publicité. Mais elle est aussi le reflet d'une attitude condescendante envers les PRFM, car elle insinue que leurs délégués ont besoin d'une « protection » spéciale contre l'influence de l'industrie.

Après avoir établi que le Secrétariat de la CCLAT exerce un pouvoir malsain dans l'univers de la CCLAT/COP, il reste à savoir comment l'OMS agit contre la RdRT dans le monde en général.

Initiative antitabac de l'OMS (TFI)

L'OMS est une source fiable d'informations sur la santé, il est donc profondément troublant qu'elle ait été la pourvoyeuse d'informations entièrement fabriquées sur les produits nicotiques à risques réduits.

La TFI est le visage public des efforts de lutte antitabac de l'OMS. Elle dirige l'effort de plaidoyer combiné de l'OMS et du Secrétariat de la CCLAT contre le tabagisme passif, qui comprend des discours, des rapports, des canaux de médias sociaux, des prix, des événements et des ressources en ligne. L'OMS est une source d'information sanitaire de confiance, il est donc profondément troublant que, par le biais de tous ces médias, elle ait été la pourvoyeuse d'informations entièrement fabriquées sur les PNRR, informations dépourvues de toute base de preuves solides. On peut en donner plusieurs exemples, mais trois suffiront.

En 2019, le *Lancet* a publié, sous le nom du directeur général de l'OMS, un article rempli de désinformations fondées sur des études imparfaites sélectionnées au hasard et relatives aux « émissions toxiques » des appareils de vapotage, aux risques de crise cardiaque et de lésions pulmonaires, aux anomalies fœtales et à l'altération du développement cérébral, affirmant globalement que « les ENDS sont indubitablement nocifs » et devraient être réglementés au énième degré.⁵⁶

Le 20 janvier 2020, l'OMS a publié une page de questions-réponses sur les ENDS. Les réponses aux neuf questions ont été sévèrement critiquées sur les médias sociaux. Une dizaine de jours plus tard, le formulaire de questions-réponses fut marginalement mis à jour, sans aucune notification des changements ou reconnaissance des erreurs.



Support de tubes à essai avec une gamme de dispositifs de vapotage. Crédit : CDC sur Unsplash

⁵⁵ WHO (2014). *Report of the sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Section 2.20, page 7. https://www.who.int/fctc/cop/sessions/COP6_report_FINAL_04122014.pdf

⁵⁶ Tedros Adhanom Ghebreyesus (2019) Progress in beating the tobacco epidemic. *Lancet* July 26, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31730-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31730-1)

Même la version mise à jour était pleine d'informations fausses ou trompeuses, d'erreurs de fait, d'exagérations et de simplifications excessives couvrant les risques généraux, la dépendance, les dommages pulmonaires, les dangers secondaires et les aides au sevrage.⁵⁷

L'exemple le plus flagrant est sans doute le dernier rapport de la série de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme publié en juillet 2021. Ce rapport était sous-titré « Aborder les produits nouveaux et émergents » et consacrait pour la première fois un chapitre entier aux PNRR. De grandes citations au début du document déclaraient que les ENDS devraient être strictement réglementés pour une protection maximale de la santé publique et affirmaient de manière tout aussi fautive que les enfants et les adolescents qui ont utilisé des ENDS peuvent doubler leur risque de fumer. C'est la représentation visuelle des « enfants » qui est particulièrement troublante. Toutes les photos en couleur du rapport de 200 pages, sauf une, représentent un jeune enfant. Pire encore, des captures d'écran extraites du lancement du rapport de l'OMS montrent deux jeunes gens en train de vapoter, tandis qu'une autre semble montrer un bébé en train d'attraper un appareil de vapotage.

des captures d'écran montrent deux jeunes gens en train de vapoter, tandis qu'une autre semble montrer un bébé en train d'attraper un appareil de vapotage.



Captures d'écran prises lors du lancement public en ligne du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2021.

En ce qui concerne le travail des enfants et la culture du tabac, l'OMS fait régulièrement référence à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Elle ferait bien de balayer devant sa porte en se référant à l'article 36 qui stipule que « les gouvernements doivent protéger les enfants contre toutes... les formes d'exploitation, par exemple l'exploitation des enfants pour des activités politiques, par les médias ou pour la recherche médicale ». ⁵⁸

Cet accent mis sur les enfants et les jeunes est l'exemple le plus évident de l'influence d'un troisième groupe d'acteurs : les ONG, et en particulier, la Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK), basée aux États-Unis.

Organisations non gouvernementales (ONG)

Historiquement, les militants antitabac aux États-Unis ont remporté un succès considérable contre l'industrie du tabac. Ils se sont associés aux gouvernements des États pour mettre en place le Master Settlement Agreement, et ont fait campagne sur tous les sujets que nous voyons dans les politiques de contrôle du tabac à travers le monde, publicité, promotion et interdiction de fumer en public, étiquettes d'avertissement, etc.

Les militants antitabac ont aussi été très influents au cours du processus de négociation de la CCLAT. Cela a suscité l'inquiétude d'au moins un membre de la délégation américaine, Greg Jacob, qui a par la suite qualifié le processus de négociation de la CCLAT de « profondément vicié ». ⁵⁹

Lors de la négociation de la CCLAT, c'était la première fois que l'OMS participait à la rédaction d'un traité international sur la santé. De nombreux délégués étaient des ministres de la santé, dont plusieurs médecins. Collectivement, cependant, ils ne connaissaient rien ou presque du droit international et du processus de négociation

⁵⁷ Pour lire le compte rendu complet et les critiques acerbes qui en découlent, voir : Bates, C. (2020, janvier 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/>

⁵⁸ The United Nations Convention on the Rights of the Child (1989), p.10, accessed at UNICEF website: https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC_united_nations_convention_on_the_rights_of_the_child.pdf,

⁵⁹ Jacob, G. (2018). *Administering the mark of Cain: secrecy and exclusion in the FCTC implementation process*. *Fordham International Law Journal*: 41 (3), p.669-696

des traités. Dans la brèche, écrit Jacob, sont apparus CTFK et US Action on Smoking and Health (ASH). Ils se sont regroupés avec d'autres ONG pour former l'Alliance pour la convention-cadre (FCA). Selon Jacob,

« ...les conseillers des ONG n'ont pas agi comme des conseillers juridiques désintéressés et, en cours de route, plus d'une délégation fut amenée à croire la version trop souvent déformée de la vérité par les ONG. »

Dans un signe avant-coureur des scandales 5.3 qui allaient suivre, Jacob a rendu compte des discussions autour de la définition de la « publicité et de la promotion du tabac ». Il était clair pour Jacob et la plupart des délégués présents aux réunions que la définition était ridiculement large :

« Il a fallu un petit miracle pour simplement obtenir l'insertion du mot „commercial” dans la définition... 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. »

les représentants le suivaient partout en essayant d'écouter ses conversations téléphoniques

C'est au cours de ces négociations que les ONG se sont livrées à ce qui ne peut être décrit que comme de la politique de la cour de récréation. Jacob allègue que des représentants l'ont suivi partout en essayant d'écouter ses conversations téléphoniques. Ils ont poursuivi ces pitreries lors des réunions suivantes de la COP en faisant des sorties « click and run » pour photographier tout représentant de l'industrie dans le bâtiment et en mettant ces photos sur un poster. Un observateur de l'industrie fut littéralement suivi dans les toilettes. Il y eut des dénonciations publiques et la remise de « Dirty Ashtray awards » (prix du cendrier sale) aux délégations considérées comme faisant obstacle au progrès.

Mais la politique gesticulatoire mise à part, depuis l'avènement des PNRR, l'influence des ONG dans la lutte internationale contre le tabagisme, plus largement celles basées à l'Ouest, est devenue de plus en plus contraire aux meilleurs intérêts de la santé publique mondiale.

depuis l'avènement des PNRR, l'influence des ONG dans la lutte internationale contre le tabagisme, plus largement celles basées à l'Ouest, est devenue de plus en plus contraire aux meilleurs intérêts de la santé publique mondiale

Aux États-Unis, au moins, les ONG comme le CTFK étaient en train de devenir les victimes de leur propre succès. Les victoires juridiques sur l'industrie du tabac, l'augmentation des règles et réglementations sur le tabagisme et la diminution du nombre de fumeurs adultes et adolescents ont fait que le CTFK risquait de devenir une ONG sans mission.

L'arrivée des appareils de vapotage en 2006-2007 fut une manne tombée du ciel pour ceux qui voulaient poursuivre le combat contre le vieil ennemi. Pour maintenir l'organisation en vie, il était impératif que la nouvelle situation soit entièrement encadrée par le prisme des batailles passées. La meilleure façon d'y parvenir ? Prétendre que les nouveaux produits n'étaient pas plus sûrs que les cigarettes, et peut-être même plus dangereux. Que Big Tobacco reprenait ses vieux trucs en essayant d'accrocher les enfants, mais maintenant il le faisait pour compenser la baisse des ventes de cigarettes. On pourrait arguer que, du point de vue de sa mission, le CTFK n'avait pas besoin de se préoccuper des fumeurs adultes. Mais ses activités ne consistaient pas seulement à transmettre de fausses informations aux jeunes. Sa puissante capacité de lobbying faisait plier les oreilles des politiciens pour qu'ils prennent des mesures, au détriment de la communauté à risque existante des fumeurs adultes.



A Un tas de billets de 100 dollars.
Crédit : Giorgio Trovato sur Unsplash of \$100 dollar bills.

Même ainsi, une campagne entièrement basée aux États-Unis risquait de s'essouffler. Mais ensuite, avec une injection massive de fonds de Bloomberg Philanthropies (voir ci-dessous), CTFK s'est soudainement retrouvé en position d'avoir une portée mondiale. L'organisation pouvait s'attaquer au monde entier, en préconisant des interdictions et des réglementations strictes et en utilisant son programme bien rodé de protection des enfants tout azimut pour saper les données factuelles présentant les PNRR comme une option de réduction des risques pour les fumeurs adultes.

De nombreux PRE, comme ceux de l'UE (liés à la directive européenne sur les produits du tabac), les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, le Canada et d'autres pays, avaient déjà mis en place des réglementations. Les ONG occidentales comme CTFK et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union) visaient les PRFM. Le message central diffusé par le biais de webinaires, de communiqués de presse et d'autres médias était le suivant : « Ne vous donnez pas la peine d'essayer de prendre vos propres décisions concernant ces produits. L'OMS dit qu'aucun d'entre eux n'a de valeur. Ils sont tous mauvais, alors interdisez-les, tout simplement ». Pour de nombreux ministères de la santé, il s'agissait d'une porte de sortie qui leur permettait de promulguer quelques lois nécessitant peu de ressources pour les faire appliquer et de considérer que le problème était réglé.

grâce à une injection massive de fonds de la part de Bloomberg Philanthropies, la campagne pour une enfance sans tabac s'est soudainement retrouvée en mesure d'obtenir une portée mondiale.



Prise de position de L'Union sur les ventes d'e-cigarettes et de PTC dans les PRFM. (s.d.). L'Union. Extrait le 20 juillet 2020 <https://theunion.org/technical-publications/union-position-paper-on-e-cigarettes-and-htp-sales-in-lmics> (accessed November 2020) (consulté en novembre 2020)

Cette approche est problématique à deux niveaux au moins.

1. Le parachutage de politiques de lutte antitabac « prêtes à l'emploi » ne tient pas compte des meilleurs intérêts de la population en matière de santé publique (et pourrait être comparé aux politiques étrangères néoconservatrices des États-Unis visant à « construire la démocratie »). Cela s'applique particulièrement aux PRFM, où la plupart des fumeurs vivent et meurent. Ces personnes pourraient clairement bénéficier d'un accès à des PNRR, abordables, appropriés et acceptables.
2. Gagner des batailles politiques et faire pression pour des changements de loi semble être devenu le point central, indépendamment du fait que cela fasse ou non une différence matérielle sur les décès et les maladies dus au tabagisme dans ces pays. Il y a fort à parier que cela n'en fera aucune. Le seul élément qui semble avoir un impact sur l'utilisation du tabac est la taxation, mais cela pousse les personnes ayant le moins de revenus et le plus de risques à se tourner vers le marché illicite pour fumer.

Des documents de CTFK ayant fait l'objet d'une fuite ont révélé l'existence de toute une stratégie mondiale comprenant le plaidoyer politique, les campagnes, l'assistance juridique, et la formation aux médias et à la santé publique. Cette stratégie semble avoir pour objectif de réquisitionner les politiques de lutte antitabac de nombreux PRFM, plutôt que de simplement les soutenir.⁶⁰

le parachutage de politiques de lutte antitabac « prêtes à l'emploi » ne tient pas compte des meilleurs intérêts de santé publique de la population

⁶⁰ Minton, M. (2021, juin 15). *Exposed : Bloomberg's Anti-Tobacco Meddling in Developing Countries*. *Competitive Enterprise Institute*. <https://cei.org/blog/exposed-bloombergs-anti-tobacco-meddling-in-developing-countries/>. Cependant, toute l'étendue de l'implication de la CTFK fut révélée par des documents divulgués à Minton.

une ONG basée aux États-Unis, dont l'objectif était de prévenir le tabagisme chez les adolescents américains, a réussi à entreprendre des activités de lutte antitabac de grande envergure dans de vastes régions d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique.

C'est ainsi qu'une ONG basée aux États-Unis, dont l'objectif était de prévenir le tabagisme chez les adolescents américains, a réussi à entreprendre une activité de lutte antitabac de grande envergure dans de vastes étendues d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique. Comment ? Et comment la TFI de l'OMS a-t-elle continué à fonctionner avec des contributions réduites des donateurs après le crash financier de 2007-2008 et maintenant la pandémie mondiale ?

Cela nous amène à notre quatrième acteur : Bloomberg Philanthropies.

Bloomberg Philanthropies

Depuis le début du 20^e siècle, de riches fondations privées basées aux États-Unis, comme Rockefeller, Carnegie et Ford, ont donné des millions de dollars pour financer des activités dans toute la société, notamment la recherche scientifique et médicale, l'innovation technique, l'éducation et les dotations pour les arts et la culture.

Aujourd'hui, la plus riche et la plus célèbre de ces fondations est celle établie par Bill et Melinda Gates (BMGF). La BMGF a fait des dons à des programmes d'éducation nationaux américains, mais elle est surtout connue pour son travail à l'étranger pour lutter contre les maladies transmissibles comme la malaria.

Ce qui est différent concernant la BMGF, c'est que, contrairement aux fondations qui l'ont précédée, elle se retrouve au premier plan de ce que les économistes Matthew Bishop et Michael Green appellent le « philanthrocapitalisme ».⁶¹ Ce concept comporte deux éléments. Le premier est que l'organisation est gérée davantage sur le modèle d'une entreprise à but lucratif avec, par exemple, la fixation d'objectifs de programmes et souvent la micro-gestion des processus. Le second est, pour le dire crûment, « si nous sortons les gens de la pauvreté et leur rendons la santé, ils achèteront davantage de nos produits ». C'était clairement énoncé par Bill Gates dans un article pour le magazine Time en 2008.⁶²

si nous sortons les gens de la pauvreté et leur rendons la santé, ils achèteront davantage de nos produits.

Quel que soit le modèle économique, des inquiétudes ont été exprimées de manière générale sur la nature de ces fondations privées américaines. La première tourne autour des questions de responsabilité et de transparence. Si elles sont obligées de fournir des formulaires fiscaux contenant des informations de base, elles ne sont redevables à personne en dehors d'une poignée d'administrateurs. On trouve sur les sites Web quelques détails sur les sommes d'argent distribuées, mais le processus de prise de décision concernant les subventions reste caché au public. La deuxième source de préoccupation est la mesure dans laquelle les fonds érodent le soutien du gouvernement au bien-être public et à l'éducation. La troisième inquiétude concerne la provenance de l'argent des fondations. Microsoft, par exemple, a fait l'objet de plusieurs procès antitrust dans les années 1980 et 1990.

Certaines de ces préoccupations concernent aussi le cas de Bloomberg Philanthropies (BP), mais pas toutes. En tant que maire de New York, Bloomberg, un ancien fumeur, a supervisé certaines politiques radicales de lutte antitabac dans la ville. En plus d'une haine viscérale de l'industrie du tabac, il a suivi son conseiller en matière de lutte antitabac Tom Frieden, qui l'a persuadé de mettre sa richesse considérable au service de l'effort mondial visant à réduire les décès et les maladies dus au tabagisme.

Une fois la CCLAT entrée en vigueur en 2005, les Parties ont commencé à la mettre en œuvre, mais il n'y avait pas d'argent pour le type de collecte de données et de suivi nécessaire pour déterminer les progrès réalisés dans la réalisation des ambitions de la CCLAT.

Bloomberg n'a pas caché qu'il ne croyait guère en la capacité de l'ONU et de ses agences à livrer quoi que ce soit dans un délai raisonnable. Dans un exercice parallèle au Secrétariat de la CCLAT, qui collectait ses propres données auprès des Parties, l'Initiative Bloomberg, aujourd'hui rebaptisée, a produit la stratégie de surveillance MPOWER.

⁶¹ Knowledge-Action-Change. *Burning Issues: Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. KAC, 2020, p.100.

⁶² Ibid.

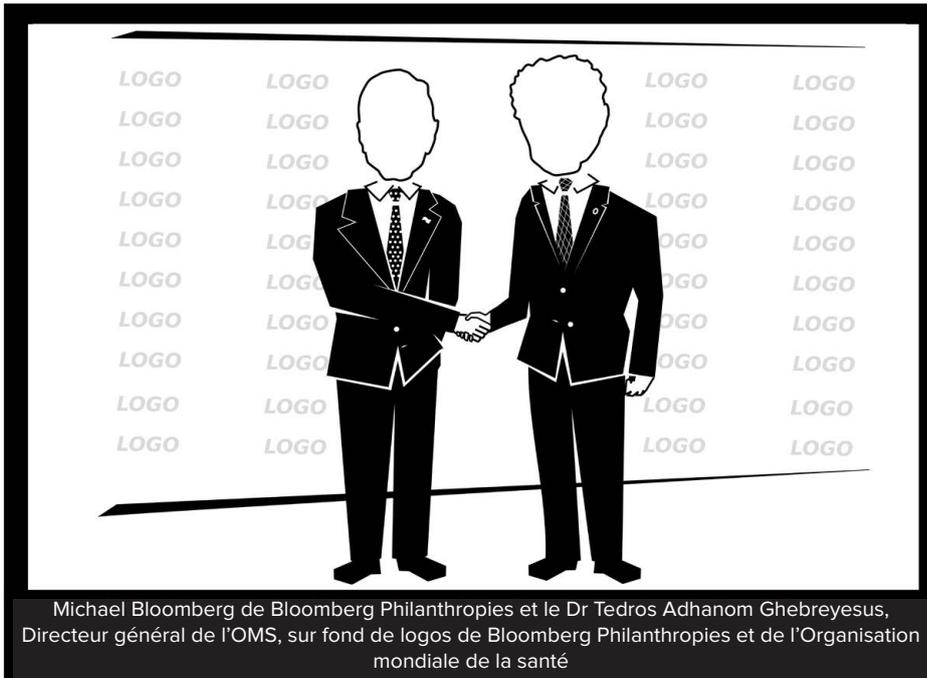
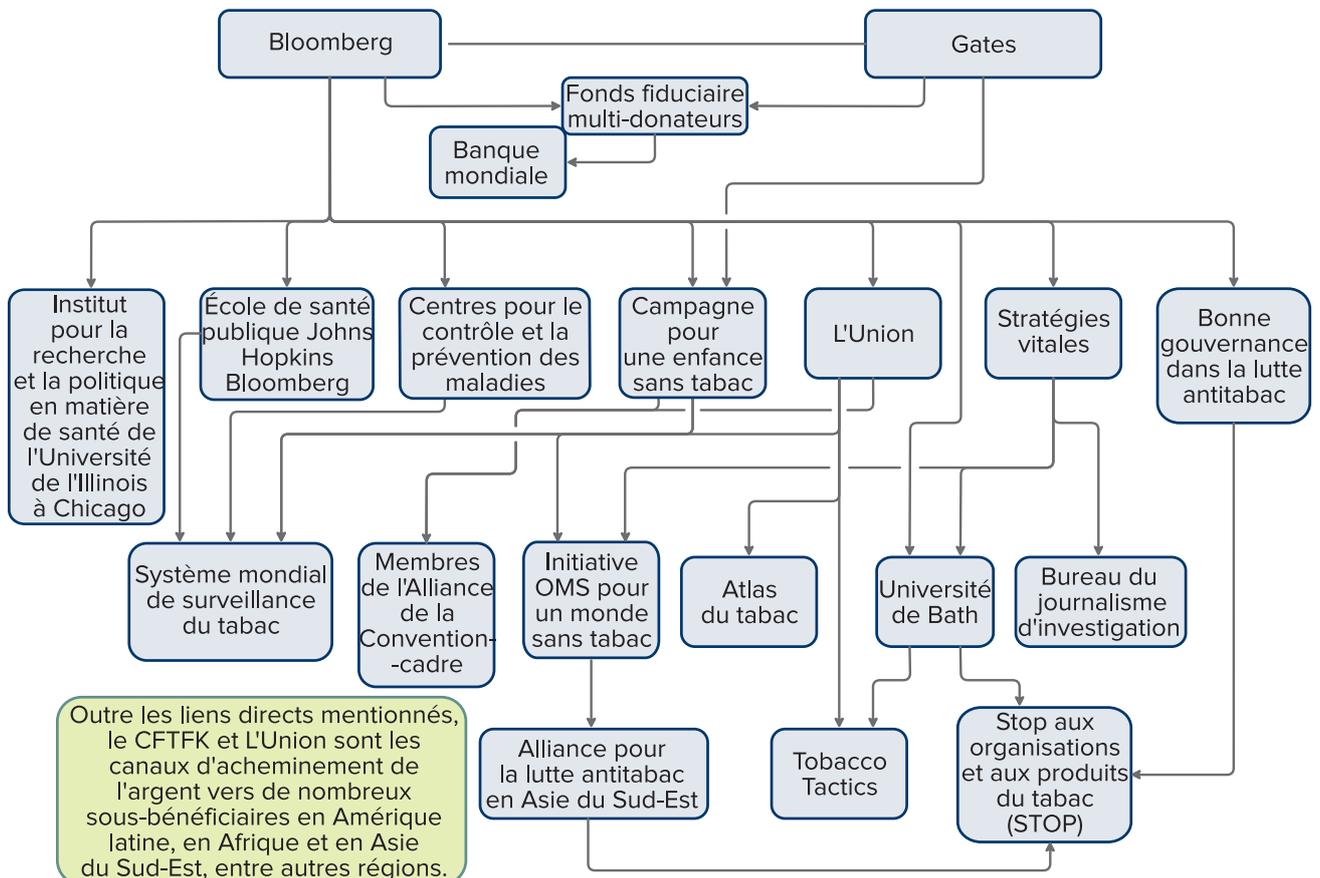


Image originale retirée sous la menace d'une action en justice des avocats de Bloomberg Philanthropies. Voir l'image originale ici <https://twitter.com/who/status/1356948447077814274>

Le personnel de la TFI de l'OMS était mécontent de l'approche autoritaire adoptée par Bloomberg Philanthropies qui tentait de lui dicter la manière de mettre en œuvre MPOWER. Mais leurs appels au directeur général de l'OMS sont tombés dans l'oreille d'un sourd. On a dit au personnel de simplement prendre l'argent et de s'y mettre, parce qu'il n'y avait pas de fonds provenant d'ailleurs. L'argent que Bloomberg a offert au secrétariat de la CCLAT fut rejeté non pas pour des raisons éthiques, mais plutôt pour souligner l'animosité apparente entre les responsables de la TFI et du secrétariat de la CCLAT à l'époque.

on a dit au personnel de simplement prendre l'argent et de s'y mettre



Depuis lors, Bloomberg Philanthropies a canalisé environ un milliard de dollars à travers un réseau de bénéficiaires de subventions dirigé par CTFK et L'Union. En raison de l'opacité des flux de financement, il est impossible de déterminer quel pourcentage est consacré aux activités anti-RdRT. Mais étant donné le degré de coordination entre la TFI de l'OMS et tous les autres bénéficiaires de Bloomberg Philanthropies pour attaquer la RdRT de diverses manières, il est raisonnable de supposer qu'il s'agit d'une ligne directrice principale du financement. Pour montrer à quel point l'OMS est liée à Bloomberg Philanthropies, Michael Bloomberg est désormais l'ambassadeur mondial de l'OMS pour les maladies non transmissibles.

Plusieurs problèmes découlent du flux d'argent provenant de Bloomberg Philanthropies :

1. Les fonds de Bloomberg Philanthropies sont utilisés pour mener une guerre contre la nicotine et la RdRT qui est diamétralement opposée aux meilleurs intérêts de la santé publique mondiale.
2. Les fonds de Bloomberg Philanthropies sont principalement destinés aux PRFM. Ces pays abritent le plus grand nombre de fumeurs et les taux les plus élevés de mortalité et de morbidité dus au tabagisme. Ce sont aussi les endroits où les politiques de RdRT pourraient être les plus efficaces.
3. Au plan commercial, Bloomberg ne tire aucun avantage matériel évident de la réussite des politiques de lutte antitabac dans les PRFM. Il s'agit donc plutôt d'un cas de philanthro-colonialisme. Des millions de dollars sont siphonnés par l'intermédiaire de bénéficiaires à pied d'œuvre pour interférer dans les politiques nationales de lutte antitabac de nations souveraines.
4. Les attentes de Bloomberg Philanthropies à l'égard de ses bénéficiaires, qui s'apparentent à celles d'une entreprise, sont à l'origine du capitalisme philanthropique. Les sociétés à but lucratif fonctionnent sur la base de cycles de planification à court terme. Le monde des affaires, de la finance et de la consommation évolue à un rythme soutenu. La culture d'audit de Bloomberg Philanthropies attend des résultats rapides. Dans le monde de la lutte contre le tabagisme, cela signifie faire passer des lois et des règlements l'arsenal juridique sans réfléchir à une évaluation à plus long terme. Il semble que l'on ne se préoccupe pas de la mise en place de services de sevrage efficaces et accessibles, une tâche bien plus coûteuse et compliquée.
5. Toute la fumée et les miroirs d'une activité mondiale bien financée et hautement organisée, qui vise principalement la prévention du tabagisme chez les jeunes, cachent une cruelle réalité. Les efforts déployés pour lutter contre l'épidémie de tabagisme échouent dans les PRFM et marquent même le pas dans les PRE, alors que la baisse de la prévalence du tabagisme commence à plafonner.

la cruelle réalité est que les efforts pour lutter contre l'épidémie de tabagisme échouent dans les pays à revenu faibles et moyens et marquent même le pas dans les pays à revenu élevé

Outre les ONG occidentales qui exercent des pressions dans les PRFM contre la RdRT, ces ONG et les fonctionnaires de l'OMS sont au diapason pour exercer une influence indue sur les flux d'informations destinés aux Parties de la CCLAT. Il est du devoir des Parties de la CCLAT d'exercer le contrôle dont elles disposent et de faire avancer l'agenda de la lutte antitabac, et de reconnaître le potentiel des PNRR pour réaliser les ambitions de la CCLAT.

6. Que peut-on faire ? Une nouvelle réflexion pour le 21^e siècle

Un impératif moral d'agir

Les données factuelles en faveur de l'adoption de la RdRT et des PNRR en tant qu'interventions de santé publique valables ne peuvent plus être sérieusement niées. Pour ajouter à l'ensemble croissant de faits provenant de groupes d'experts indépendants, pas moins de quinze anciens présidents de la Society for Research on Nicotine and Tobacco ont écrit un article pour l'*American Journal of Public Health* en août 2021 dans lequel ils déclarent :

« Étant donné que les faits indiquent que l'utilisation de l'e-cigarette peut augmenter les chances d'arrêter de fumer, de nombreux scientifiques, y compris les auteurs de cet essai, encouragent la communauté de la santé, les médias et les décideurs politiques à évaluer plus attentivement le potentiel du vapotage pour réduire la mortalité attribuable au tabagisme chez les adultes. »⁶³

C'est maintenant un impératif moral que l'OMS et ses alliés abandonnent leur position intransigeante et obstructive qui consiste non seulement à refuser d'accepter tout bénéfice positif des PNRR pour la santé, mais aussi à faire activement campagne contre son utilisation.

La CCLAT ne parvient pas à s'adapter à la nouvelle réalité des PNRR car ce sont les éléments anti-RdRT, au sein de l'OMS et ailleurs, qui mènent la barque. Ils ne reconnaissent pas la demande croissante de ces produits dans le monde de la part des fumeurs qui veulent se détourner de la façon la plus mortelle de consommer de la nicotine.

ce sont les éléments anti-réduction des risques du tabac au sein de l'OMS qui mènent la barque.

Vers une réduction des risques du tabac

Les Parties devraient maintenant faire pression pour que les discussions sur la RdRT et les PNRR soient davantage fondées sur des données factuelles, en faisant appel au plus large éventail d'expertise scientifique, clinique et épidémiologique aux côtés de ceux qui sont impliqués dans l'industrie des PNRR, et en tenant compte de l'expérience vécue des consommateurs. Les Parties qui ont introduit avec succès des politiques de réduction des risques du tabac parallèlement à leur régime de lutte antitabac, des pays comme le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, devraient être encouragées à montrer la voie, en partageant les données factuelles et les meilleures pratiques de leur point de vue national. Ils doivent se préparer dès maintenant afin que la RdRT soit à l'ordre du jour de la COP10 en 2023. C'est aux Parties de le proposer, car ce sont elles qui déterminent l'ordre du jour, et non l'OMS ou le Secrétariat.

Une voie pragmatique à suivre pourrait être la création d'un groupe de travail sur la réduction des risques du tabac pour faire avancer la CCLAT au 21^e siècle dans un monde où les PNRR sont désormais disponibles. La modification des conventions internationales est difficile à réaliser, et en réalité, bon nombre des problèmes de la CCLAT découlent de l'interprétation et de la mise en œuvre, y compris du peu d'importance accordé à la réduction des risques malgré son importance dans le texte de la CCLAT. Un groupe de travail chargé d'élaborer la réduction des risques du tabac pourrait aborder la CCLAT avec une nouvelle perspective, dans laquelle les produits nicotiques à risques réduits ont un rôle à jouer pour mettre fin au tabagisme, et avec un accent renouvelé sur l'obtention de résultats tangibles qui réduisent les décès et les maladies dus au tabagisme. Le groupe de travail devrait élaborer une interprétation et des orientations qui :

⁶³ Balfour, D et al. (2021) Balancing the risks and benefits of e-cigarettes. *American Journal of Public Health* <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2021.306416>



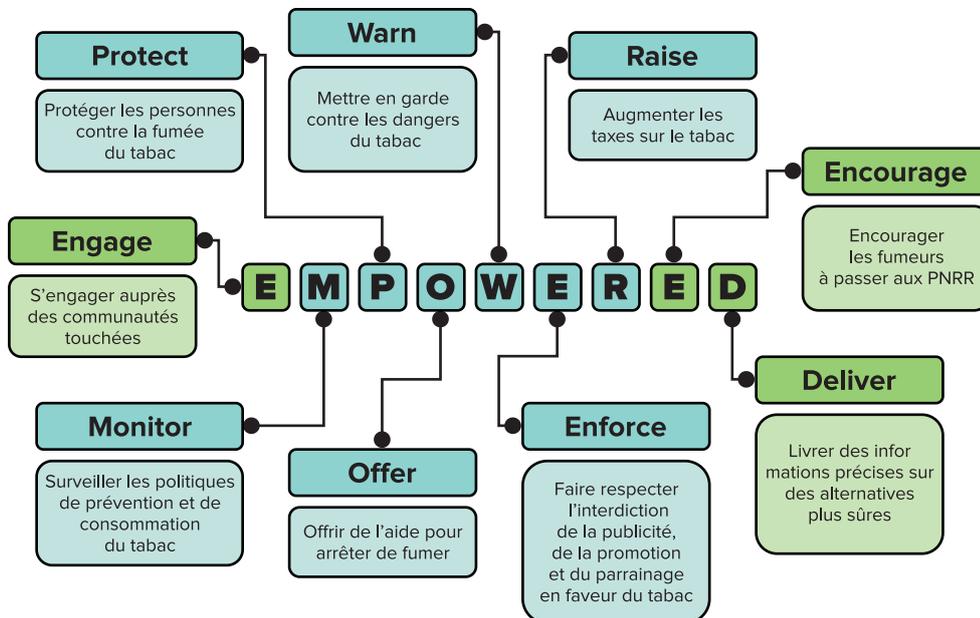
Le concept « Rien sur nous sans nous » est important pour la réduction des méfaits du tabac.
Image : Google

1. Établisse une distinction claire entre les produits oraux combustibles du tabac, plus dangereux, et les produits non combustibles plus sûrs, ce qui constitue un point de départ essentiel. Tous les articles de la CCLAT devraient être examinés en fonction de ce critère. Le texte de la CCLAT a été adopté avant que les PNRR ne deviennent largement disponibles, et doit donc être réévalué à la lumière de leur émergence sur le marché. La CCLAT elle-même est claire dans son préambule : les politiques de lutte antitabac doivent être fondées sur « des considérations scientifiques, techniques et économiques actuelles et pertinentes ».
2. Veille à ce que la CCLAT ne se laisse pas détourner de sa mission et réaffirmer que, outre la réduction de l'offre et de la demande, l'un des premiers principes de la CCLAT est de « réduire les dommages » causés par la fumée du tabac.
3. Propose une définition claire de la réduction des risques dans le cadre de la CCLAT, comme le fait par exemple l'OMS au sujet des drogues et du VIH : « La réduction des risques est un ensemble de politiques, de programmes, de services et d'actions qui visent à réduire les dommages causés aux individus, aux communautés et à la société par les drogues, y compris l'infection par le VIH. La réduction des risques est essentielle à la prévention de l'infection par le VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels. »⁶⁴
4. Veille à ce que, conformément aux traités internationaux de longue date sur la santé et les droits de l'homme, les représentants de toutes les communautés concernées, y compris les fumeurs et les utilisateurs de produits nicotiques à risques réduits, soient reconnus comme des parties prenantes légitimes aux fins des délibérations politiques nationales et internationales.
5. Appelle à la fin de la surinterprétation des lignes directrices de l'article 5.3 qui, à l'heure actuelle, non seulement empêche d'entendre d'autres points de vue sur la lutte antitabac, mais aussi ferme la COP à un examen public légitime.

⁶⁴ WHO Regional Office For Europe, Policy guidance by HIV intervention area: harm reduction <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

De MPOWER à EMPOWERED

En outre, le groupe de travail pourrait souligner qu'il est du devoir de l'OMS de veiller à ce que tous les fumeurs puissent avoir accès à des informations précises sur les avantages potentiels des PNRR, afin qu'ils puissent faire des choix éclairés. La TFI de l'OMS devrait reformuler MPOWER en EMPOWERED :



Un début d'engagement communautaire serait d'impliquer un plus large éventail de représentants de la société civile lors des réunions de la COP et d'autres réunions, principalement ceux qui ont une expérience vécue du passage du tabagisme à l'utilisation des PNRR. Comme l'a estimé le Global State of Tobacco Harm Reduction en 2020, il y a maintenant 100 millions d'utilisateurs de PNRR dans le monde⁶⁵ dont les voix ne sont pas entendues dans l'élaboration des politiques sur le tabac et la nicotine qui affectent leur vie.

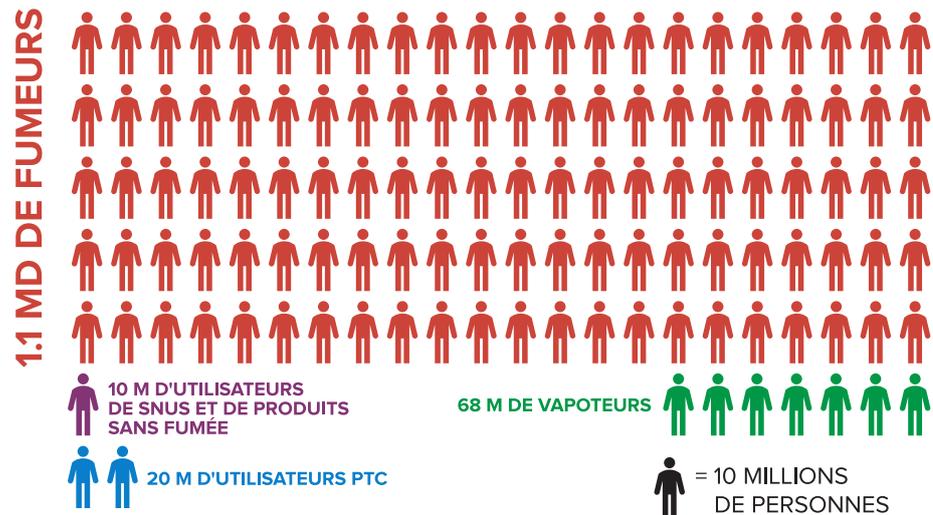
L'Initiative pour un monde sans tabac de l'OMS devrait recadrer le « MPOWER » en « eMPOWERed »

⁶⁵ *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.54
<https://gsthr.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#unrealisedpublichealth>

7. Dernières réflexions

la stratégie de l'OMS, de ses alliés et de son principal bailleur de fonds privé est de Refaire la dernière guerre contre l'industrie du tabac

Malgré la promulgation de la CCLAT et de l'outil de suivi et d'évaluation MPOWER qui l'accompagne, le nombre de décès dus au tabagisme n'a pas varié pendant une décennie. Au cours de cette période, des technologies innovatrices ont produit des moyens manifestement plus sûrs de consommer de la nicotine, tandis que des recherches récentes ont établi la sécurité relative d'un produit oral appelé snus. La preuve de faisabilité est établie et le marché des consommateurs de produits nicotiques à risques réduits a atteint près de 100 millions de personnes.



ils sont accusés de déployer les mêmes tactiques que l'industrie du tabac en semant la confusion et le doute par la désinformation et l'ingérence.

Cependant, au lieu d'embrasser cette nouvelle réalité et de s'y adapter, la stratégie de l'OMS, de ses alliés et de son principal bailleur de fonds privé est de Refaire la dernière guerre contre l'industrie du tabac. Ce faisant, ils sont accusés de déployer les mêmes tactiques que leur ennemi juré, l'industrie du tabac, de semer la confusion et le doute sur la sécurité et l'efficacité des PNRR par la désinformation et l'ingérence. Il y a peu d'évidence d'une quelconque préoccupation pour le bien-être des fumeurs adultes actuels, et l'accent est plutôt mis sur des stratégies de prévention politiquement acceptables pour les jeunes.

Les données factuelles en faveur de la RdRT et des PNRR en tant qu'intervention complémentaire pour aider à faire baisser le nombre de décès et de maladies dus au tabagisme sont solides. Elles sont suffisamment solides pour que les Parties de la CCLAT reprennent le contrôle de la Convention et examinent des politiques substitutives à celles préconisées par l'OMS, selon lesquelles tous les produits devraient être interdits ou fortement réglementés. L'aspect le plus important de cette révision politique et législative est une claire distinction entre les produits combustibles et les produits non combustibles. À cette fin, toutes les parties prenantes concernées doivent être impliquées, y compris l'industrie sous toutes ses formes, et les consommateurs ayant une expérience vécue du passage aux PNRR. Les gouvernements nationaux doivent s'engager plus volontairement auprès des consommateurs afin de pouvoir les représenter efficacement à la COP.

l'impératif de la politique internationale de lutte antitabac au 21^e siècle est d'étouffer les braises déjà mourantes de la combustion

L'impératif pour la politique internationale de lutte antitabac au 21^e siècle est d'étouffer les braises déjà mourantes de la combustion. Elle ne doit pas utiliser une nouvelle lutte contre la nicotine pour attiser les flammes d'une guerre du passé contre l'industrie du tabac.

Refaire la dernière guerre : l'OMS et la lutte internationale contre le tabagisme

Vous pouvez regarder les vidéos des présentations du lancement du rapport, qui a eu lieu le 27 octobre 2021, sur le site <https://gsthr.org/events/ftlw/>

SESSION 1 – FCTC Past, present and future

Sujet	Panélistes
Welcome to the day and introduction to the session	Will Godfrey (Session host) Editor-in-chief of the Filter Magazine, USA
'From Hope to Despair – Tobacco control loses its way'	Harry Shapiro The author of the report K•A•C, UK
'The origins and decline of the FCTC'	Derek Yach Executive Director of the Foundation for a Smoke-Free World, USA
'Our Health – Consumers the often forgotten majority'	Tom Gleeson New Nicotine Alliance Ireland
Séance de questions-réponses	

SESSION 2 – Challenges in making the FCTC an inclusive international framework convention

Sujet	Panélistes
Introduction to the session	Jeannie Cameron (Session host) JCIC International, UK
'Under the influence: The politics of international drug control'	Ethan Nadelmann Founder and former-Executive Director of the Drug Policy Alliance, USA
From Tobacco Control to HR advocacy: A Professional and Personal Journey	Nataliia Toropova Healthy Initiatives, Ukraine
'What have we learnt and what next for tobacco harm reduction'	Gerry Stimson Director K•A•C, UK
Session de questions-réponses et remarques finales	





GSTHR.ORG