



**La réduction du risque tabagique
et le droit à la santé**



**GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION**



La réduction du risque tabagique et le droit à la santé



La réduction du risque tabagique et le droit à la santé est publié par Knowledge-Action-Change, une agence britannique de promotion de la santé par la réduction des risques (<https://kachange.eu>)

Knowledge•Action•Change
8 Northumberland Avenue,
Londres WC2N 5BY, UK

Écrit par : Ruth Goldsmith
Edité par : Harry Shapiro

Gestion des publications par : Grzegorz Król

Design par : WEDA sc ; Urszula Biskupska

Équipe de projet : Gerry Stimson, Paddy Costall, Grzegorz Król, Kevin Molloy, Harry Shapiro, Jess Harding et Tomasz Jerzyński

Image de couverture : Patrick Hendry sur Unsplash

Ce briefing fait partie d'un projet plus large visant à produire un rapport biennal du bilan mondial de la réduction du risque tabagique (BMRRT). Le BMRRT est soutenu par une subvention de la Fondation pour un monde sans tabac. La Fondation n'a joué aucun rôle dans la détermination du contenu, de l'analyse ou des conclusions de ce briefing, qui restent celles de l'éditeur.

Pour accéder à ce briefing, au rapport biennal du BMRRT et à des informations actualisées sur la réduction du risque tabagique dans le monde, visitez le site <https://gsth.org>

Remerciements :

Nous remercions chaleureusement Will Godfrey (États-Unis), Chimwemwe Ngoma (Malawi), Alex Wodak (Australie), Clive Bates (Royaume-Uni), Dave Cross (Royaume-Uni) et Marewa Glover (Nouvelle-Zélande) pour leurs commentaires ; les erreurs éventuelles restent celles de l'auteur.

Copyright © Knowledge•Action•Change 2020. Sous une licence Creative Commons (BY+NC), vous êtes libre de copier et de redistribuer le matériel pour un usage non commercial, en utilisant la citation ci-dessous pour reconnaître Knowledge-Action-Change comme le créateur du contenu.

Citation :

La réduction du risque tabagique et le droit à la santé (2020). Londres : Knowledge•Action•Change.

ISBN : 978-1-9993579-4-8

La réduction du risque tabagique et le droit à la santé

Messages clés

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

La réduction du risque tabagique, grâce à des produits à base de nicotine plus sûrs, offre de nouveaux choix aux millions de personnes dans le monde qui souhaitent renoncer au tabac, mais qui n'ont pas pu le faire avec les options disponibles jusque-là.

Il existe de nombreuses données internationales indépendantes qui prouvent que les produits nicotinés à risques réduits disponibles aujourd'hui – notamment les produits du vapotage avec nicotine (e-cigarettes), les produits du tabac chauffé et le snus oral de style suédois – sont visiblement et nettement plus sûrs que le tabac à fumer.

Jusqu'à présent, les réponses officielles pour lutter contre les maladies et les décès causés par le tabagisme ont été menées par la lutte antitabac. Bien qu'elle ait permis de progresser, elle n'a pas permis d'éradiquer le tabagisme. Des millions de personnes dans le monde ne peuvent ou ne veulent pas renoncer à la nicotine et continuent à fumer du tabac pour en consommer.

Dans les pays à revenus élevés, les taux de tabagisme restent les plus importants parmi les communautés marginalisées. Dans de nombreux pays à faibles et moyens revenus, les taux de tabagisme ont plafonné et l'augmentation de la population devrait faire augmenter le nombre de fumeurs.

Des millions de personnes ne devraient pas se voir refuser l'accès à des produits qui peuvent les aider à éviter une mauvaise qualité de vie, la maladie et une mort prématurée. En empêchant l'accès à ces produits, on prive les gens de leur droit à la santé, tel qu'il est consacré dans de nombreuses conventions internationales pour la santé.

Lorsque des produits nicotinés à risques réduits sont accessibles et bien réglementés, les preuves sont indéniables. Les gens abandonnent massivement le tabac combustible et se tournent vers ces produits – faisant le choix d'améliorer leur propre santé, à un coût presque nul pour les gouvernements et les contribuables.

Pourtant, les interdictions de produits nicotinés à risques réduits se multiplient, y compris dans les pays où l'on prévoit que le nombre de fumeurs augmentera en raison de la croissance démographique. Les politiques et les réglementations gouvernementales sont indûment influencées par des données scientifiques erronées et par un lobbying anti-réduction de risques, ce qui donne lieu à une couverture médiatique sensationnelle. Dans de nombreux pays, des informations de santé publique erronées sèment la confusion et induisent en erreur les personnes qui veulent arrêter de fumer.

Des problèmes similaires ont accompagné l'introduction de nombreuses stratégies antérieures de réduction des risques liés à la drogue ou au sexe alors qu'elles étaient encore nouvelles. Avec le tabac, cependant, le nombre de personnes touchées est important. Le potentiel transformateur de la réduction du risque tabagique en matière de santé publique sera-t-il réalisé ? Ou cette occasion de sauver des millions de vies sera-t-elle gâchée, alors qu'une guerre du tabac qui dure depuis des décennies se transforme en une guerre totale contre la nicotine ?

La crise mondiale de la santé publique causée par le tabagisme

La mort et la maladie

Les faits sont accablants.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'**un milliard de personnes** seront mortes de maladies liées au tabac d'ici la fin de ce siècle.

Cela équivaut à peu près à la population totale de l'Amérique du nord et du sud, soit **13 % de la population mondiale actuelle**.¹

Chaque année, plus **de sept millions de personnes** meurent de maladies liées au tabagisme, soit plus que du paludisme, du VIH et de la tuberculose réunis.

Le tabagisme est **la principale cause** de maladies non transmissibles (MNT) dans le monde.

La moitié des fumeurs mourront prématurément et dans la douleur de maladies directement liées à un éventail extraordinaire de pathologies, allant des cancers du poumon, de la gorge, du pancréas, de la vessie, de l'estomac, des reins ou du col de l'utérus à l'infarctus ou à l'accident vasculaire cérébral. Les proches souffrent aussi de ces pertes.

Plusieurs millions de personnes dans le monde vivent également **des années d'invalidité et voient leur qualité de vie réduite** en raison de maladies telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la dégénérescence maculaire, la cataracte, le diabète, les problèmes de fertilité et la polyarthrite rhumatoïde, qui sont toutes causées, liées ou exacerbées par le tabagisme.

Le tabagisme a également un impact direct sur l'entourage. L'OMS estime qu'un tiers de la population mondiale est régulièrement exposée aux effets de la fumée de tabac. Selon l'OMS, cette exposition est responsable d'environ 600 000 décès par an, et d'environ 1 % de la charge de morbidité mondiale.²

L'impact économique

Il est difficile de déterminer avec précision l'impact économique du tabagisme sur l'économie mondiale. Cependant, en 2017, l'OMS et l'Institut national américain du cancer ont publié une étude qui estimait que le coût mondial des soins de santé liés au tabagisme en un an seulement (2012) s'élevait à 422 milliards de dollars, ce qui représenterait 5,7 % de l'ensemble des dépenses de santé mondiales. Les coûts

indirects estimés s'élevaient à 357 milliards de dollars pour la morbidité et à 657 milliards de dollars pour la mortalité. Le coût économique annuel total du tabagisme a donc été estimé à 1,4 trillion de dollars, soit 1,8 % du PIB annuel mondial.³

Qui fume ?

On estime que 1,1 milliard de personnes fument du tabac chaque jour, dont on pense que 80 % vivent dans les pays à faibles et moyens revenus (PRFM).⁴

Dans de nombreux pays à revenus élevés, les niveaux de tabagisme quotidien chez les adultes ont diminué depuis le début des années 1970 et sont aujourd'hui « faibles » selon les normes internationales, ce qui signifie que moins de 20 % de la population fume. Cette situation est largement due à une plus grande sensibilisation du public à l'importance d'un mode de vie plus sain et à l'introduction de mesures de lutte contre le tabagisme (notamment l'interdiction de la publicité, les environnements sans tabac, les restrictions de disponibilité et une fiscalité plus élevée).

1,1 milliard de personnes fument du tabac chaque jour ; 80 % vivent dans des pays à revenus faibles ou moyens

Mais dans de nombreux pays à revenus élevés, les taux de tabagisme ont maintenant commencé à se stabiliser : un nombre important de personnes continuent à fumer. Dans ces pays, les taux de tabagisme, et par conséquent de maladies et de décès liés au tabagisme, sont disproportionnellement élevés parmi les groupes vulnérables et marginalisés, notamment les personnes vivant dans la pauvreté, les minorités ethniques ou les communautés autochtones, la communauté LGBTQ+, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances.

De nombreux pays à revenus faibles et moyens (PRFM) ne disposent pas de ressources suffisantes pour mettre en œuvre et appliquer des politiques de lutte contre le tabagisme. La situation est encore plus compliquée dans les pays où l'économie dépend des revenus tirés de la culture du tabac. Les niveaux de

¹ Roser, M., Ritchie, H. and Ortiz-Ospina, E. (2019) – *World Population Growth*. Published online at OurWorldInData.org. Récupéré à partir de : <https://ourworldindata.org/world-population-growth>

² World Health Organization (WHO), Global Health Observatory Data: Second-hand Smoke (publication date unknown). Récupéré à partir de : [https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/#targetText=Second%2Dhand%20smoke%20\(SHS\),asthma%2C%20have%20long%20been%20established.](https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/#targetText=Second%2Dhand%20smoke%20(SHS),asthma%2C%20have%20long%20been%20established.)

³ National Cancer Institute and WHO (2017), NCI Tobacco Control Monograph Series 21 – *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. Récupéré à partir de : https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf

⁴ WHO (2019) *Tobacco: key facts*. Récupéré à partir de : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



Image : Franck V. sur Unsplash

tabagisme dans de nombreux pays à revenus faibles et moyens plafonnent (et peuvent néanmoins être sous-déclarés). De nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires ont des prévisions d'augmentation de la population, ce qui suggère que le nombre de fumeurs va probablement augmenter.

Les maladies et les décès liés au tabagisme sont disproportionnellement élevés parmi les groupes vulnérables et marginalisés

L'un des objectifs du programme global des Nations unies pour le développement durable (PDD) est de réduire d'un tiers les décès prématurés dus aux maladies non transmissibles d'ici 2030. Les trois principales causes de mortalité dues aux maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires — qui sont toutes étroitement associées au tabagisme. Il est difficile de voir comment cet objectif peut être atteint si des réductions spectaculaires du tabagisme ne sont pas réalisées.

« Les gens fument pour la nicotine, mais ils meurent à cause du goudron. »

Comme le professeur Mike Russell, pionnier de la recherche sur le tabac, l'a identifié en 1976 : « Les fumeurs ne peuvent pas facilement arrêter de fumer parce qu'ils sont dépendants de la nicotine.... Les gens fument pour la nicotine, mais ils meurent à cause du goudron ».⁶

Les gens fument du tabac parce qu'ils ont l'impression de bénéficier des effets de la nicotine. Les gens disent que cela aide à la concentration et peut soulager l'anxiété ou le stress. À l'inverse, les fumeurs disent aussi ressentir le besoin de fumer, se sentir agités et irritables et avoir du mal à se concentrer s'ils sont à court. De ce point de vue, certaines personnes seraient dépendantes de la nicotine. Mais étant donné que la nicotine en tant que substance est relativement bénigne et ne provoque aucune des maladies associées au tabagisme, on peut dire que la consommation de nicotine n'est pas le problème physique ou psychologique généralement véhiculé par l'image publique du mot « dépendance ».

Il est clair depuis de nombreuses années que la raison pour laquelle les gens meurent prématurément ou développent des maladies mortelles en fumant des cigarettes est l'exposition aux produits chimiques toxiques libérés lorsqu'une cigarette est allumée et que les fumées de combustion sont inhalées. Les principales toxines de la fumée de cigarette identifiées comme potentiellement nocives sont le monoxyde de carbone, des composés organiques volatils, les carbonyles, les aldéhydes, les nitrosamines spécifiques au tabac et les particules métalliques.⁷ Plus de 70 des 7 000 à 8 000 substances chimiques libérées lors de la combustion du tabac sont cancérigènes.



Image : Obby RH sur Unsplash

⁵ UN Sustainable Development Goals (SDG) Knowledge Platform, SDG 3 Consulté sur : <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3> (sélectionnez l'onglet "Objectifs et indicateurs").

⁶ Russell, M. (1976) Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. *British Medical Journal* (BMJ) 1: 1430-1433. Consulté sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1640397/pdf/bmedj00520-0014.pdf>

⁷ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*, p63. <https://gsth.org/report/full-report>

La nicotine, la substance pour laquelle les gens continuent à fumer, n'est pas cancérigène. Elle n'est pas non plus inoffensive — aucune substance ne l'est. Mais les preuves cliniques suggèrent « qu'aux doses communément utilisées, l'utilisation de nicotine à court terme n'entraîne pas de dommages cliniquement significatifs ».⁸ Des études sur les produits de traitement de substitution nicotinique (TSN), tels que les patchs, les gommes, les inhalateurs, les comprimés/lozenges ou les sprays nasaux/oraux contenant de la nicotine, l'ont démontré. À long terme, il est plus difficile de le savoir, car les études réalisées jusqu'à présent se sont principalement basées sur la nicotine obtenue en fumant du tabac. Mais, selon le Collège royal des médecins du Royaume-Uni, « il est largement admis que les dangers à long terme de la nicotine sont susceptibles d'avoir des conséquences minimales par rapport à ceux associés à la poursuite de la consommation de tabac ».⁹

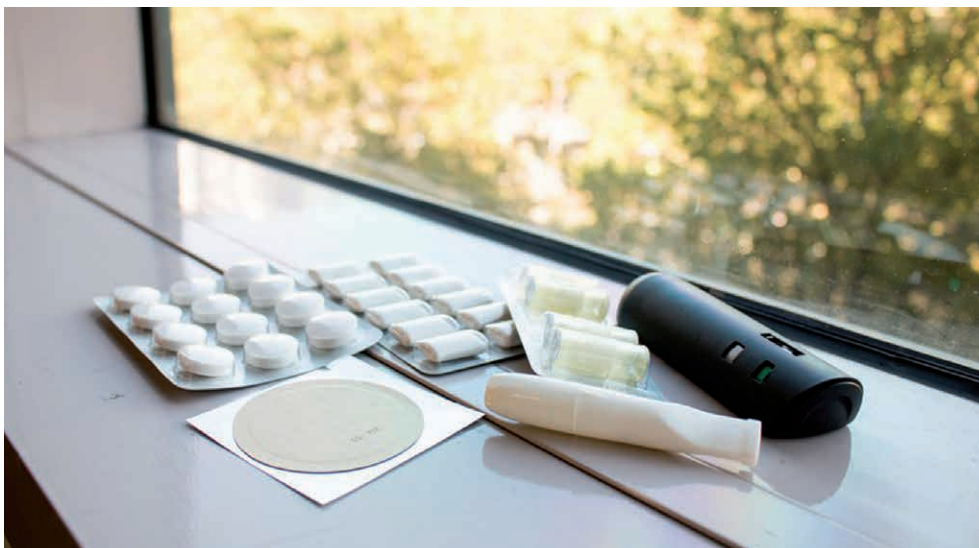


Image : Google

Les risques que pose la nicotine pour la santé humaine sont infimes par rapport à ceux que pose son système de diffusion le plus couramment utilisé, la cigarette de tabac.

La majorité des fumeurs veulent arrêter de fumer et plusieurs milliers le font avec succès chaque année. Certains réussissent à arrêter de fumer par eux-mêmes. Dans les pays où ils sont accessibles et abordables, certaines personnes utilisent des produits de substitution nicotinique (PSN) ou des médicaments tels que la varénicline ou le bupropion. Beaucoup de fumeurs ont fait de nombreuses tentatives infructueuses pour arrêter de fumer, avant de finalement y arriver de manière définitive.

Pour beaucoup, l'utilisation de PSN ou de médicaments ne fonctionne pas. Pour beaucoup, l'utilisation de PSN ou de médicaments ne fonctionne pas. Les raisons en seront aussi individuelles que la personne qui veut arrêter, mais elles peuvent inclure l'incapacité de ces produits à reproduire l'aspect rituel du tabagisme et l'absence d'une expérience satisfaisante en matière de nicotine.

La lutte antitabac

Le principal texte de loi international concernant la lutte antitabac est la Convention-cadre pour la lutte antitabac administrée par l'OMS, qui encourage les pays délégués à la CCLAT à adopter la stratégie suivante :

Monitor – Surveiller le tabagisme et les politiques de prévention

Protect – Protéger les personnes contre la fumée de tabac

Offer – Offrir une aide pour arrêter de fumer

Warn – Mettre en garde contre les dangers du tabac

Enforce – Faire respecter les interdictions de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac

Raise – Augmenter les taxes sur le tabac

Dans les pays à revenus élevés, le modèle dit MPOWER est en place depuis des années. Plus récemment, il s'est traduit par un nombre croissant d'interdictions de fumer en public. Ces mesures ont contribué à faire baisser le taux de tabagisme quotidien chez les adultes. Mais les taux parmi les personnes vulnérables ou marginalisées en raison de leur pauvreté, de leur sexualité, de leur appartenance à une minorité ethnique ou à un groupe autochtone, d'un diagnostic de santé mentale, d'un démêlé avec le système de justice pénale ou de la consommation de drogues illicites ou d'alcool restent constamment élevés.

L'augmentation du prix des cigarettes a contribué à réduire le taux de tabagisme. Toutefois, cette stratégie a un effet régressif, à savoir l'accroissement des inégalités économiques, étant donné qu'aussi bien le taux de tabagisme que le nombre de cigarettes fumées chaque jour sont plus élevés chez les personnes appartenant aux groupes socio-économiques les plus défavorisés.

En outre, les campagnes publiques de lutte contre le tabagisme ont ancré des sentiments de culpabilité et de honte chez les personnes qui, pour une raison ou

⁸ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction*. Un rapport du groupe consultatif sur le tabac du Collège royal des médecins.

<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

⁹ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction*. Un rapport du groupe consultatif sur le tabac du Collège royal des médecins.

<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>



Image : Patrick Hendry sur Unsplash

une autre, continuent à fumer. Des recherches ont montré que la stigmatisation liée au tabagisme peut empêcher les gens de demander de l'aide quand ils ne sont pas bien portants. Pour les patients atteints d'un cancer du poumon, par exemple, cela peut entraîner un retard de diagnostic et un pronostic moins favorable, une qualité de vie moindre, des répercussions négatives sur les relations et les interactions avec les professionnels de santé.¹⁰

Les campagnes publiques de lutte contre le tabagisme ont généré des sentiments de culpabilité et de honte chez les personnes qui, pour quelque raison que ce soit, continuent à fumer

La stigmatisation crée une souffrance supplémentaire au niveau individuel. Cependant, elle peut également renforcer les disparités en matière de santé de la population, en ayant un impact plus important sur les personnes qui sont déjà les plus vulnérables. Certains soutiennent qu'elle ne devrait pas du tout être utilisée comme stratégie en matière de santé mondiale.¹¹

« Les gens pensent que vous êtes sale parce que vous avez fumé. Les gens pensent automatiquement que vous l'avez cherché. »

(56 ans, vivant avec un cancer du poumon)¹²

La guerre contre le tabac devient une guerre contre la nicotine

De nombreux partisans de la lutte antitabac considèrent que l'abstinence mondiale de la consommation de tabac et le démantèlement de l'industrie du tabac sont les seules mesures viables du succès. La lutte antitabac est devenue une guerre contre le tabac.

En adoptant une position totalement prohibitionniste sur le tabac, les partisans de la lutte antitabac mènent également une guerre contre la nicotine. Ce faisant, ils risquent de passer à côté de la plus importante opportunité de santé publique que le monde n'ait jamais connue..

¹⁰ Riley, K. E., Ulrich, M. R., Hamann, H. A., and Ostroff, J. S. (2017). Decreasing Smoking but Increasing Stigma? Anti-tobacco Campaigns, Public Health, and Cancer Care. *AMA journal of ethics*, 19(5), 475–485. (doi:10.1001/journalofethics.cs.2017.19.5.msoc1-1705). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5679230/>

¹¹ Brewis A, Wutich A. (2019) Why we should never do it: stigma as a behaviour change tool in global health. *BMJ Global Health* (doi:10.1136/ bmjgh-2019-001911). <https://gh.bmj.com/content/4/5/e001911>

¹² Chapple A, Ziebland S, McPherson A. (2004) Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medical Journal* (BMJ 2004; 328 :1470). <https://www.bmj.com/content/328/7454/1470>

Réduction des risques, santé et droits de l'homme

La réduction des risques au quotidien

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

Dans la vie de tous les jours, nous utilisons ou faisons tous des choses qui pourraient être dangereuses. De nombreuses activités ou produits ont été modifiés pour réduire ce risque. Les modifications peuvent provenir des fabricants, des autorités de réglementation ou être apportées par les consommateurs.

Pensez à la sécurité routière. De nombreux pays ont désormais des réglementations concernant le port de la ceinture de sécurité. Les voitures modernes sont conçues avec des airbags qui nous protègent en cas de collision. De nombreux conducteurs portent des casques de vélo et de moto. Les routes sont soumises à des limitations de vitesse. Nous n'interdisons pas les voitures et les vélos au cas où ils nous causeraient du tort ou en causeraient à d'autres. Nous adoptons ces mesures pour réduire les risques, bien qu'elles soient appelées « santé et sécurité » plutôt que « réduction des risques ».

La réduction des risques en tant que justice sociale

La réduction des risques présente un autre aspect important : un rôle de défenseur de la justice sociale et des droits de l'homme pour les personnes qui sont souvent parmi les plus marginalisées de la société.

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

La dimension plus politique de la réduction des risques est née de l'épidémie de VIH/SIDA des années 1980. Les membres à risque et marginalisés des communautés homosexuelles et de consommateurs de drogues aux États-Unis et en Europe ont agi pour soutenir leur propre droit à la santé, en fournissant des préservatifs et du matériel d'injection propre à leurs communautés.

La réduction des risques défend la justice sociale et les droits de l'homme pour les plus marginalisés

Au fil du temps, les avantages pour la santé publique ont été démontrés et davantage d'interventions de ce type ont été officiellement introduites par certains gouvernements. Finalement, elles ont été approuvées par les agences internationales de santé. Et cela a fonctionné ; les pays qui ont adopté la réduction des risques comme stratégie de santé majeure ont vu les taux de VIH chuter de manière significative au sein des communautés touchées. Les populations à haut risque en ont bénéficié, mais l'ensemble de la population aussi.

Lorsqu'ils sont appliqués à ces domaines de l'activité humaine, plusieurs principes clés entrent en jeu. Les mesures de réduction des risques doivent :

- » Être **pragmatiques**, en acceptant que la consommation de substances et le comportement sexuel font partie de notre monde et en choisissant de travailler pour en **minimiser les conséquences néfastes** plutôt que de simplement les ignorer ou les condamner ;
- » Se concentrer sur **les dommages potentiels et les cibler** plutôt que d'essayer d'éradiquer le produit ou le comportement ;
- » **Ne pas porter de jugement, ne pas être coercitives et ne pas stigmatiser** ;
- » Reconnaître que certains comportements sont plus sûrs que d'autres et **offrir des alternatives plus saines** ;
- » **Faciliter les changements de comportement** en proposant des informations, des services et des ressources ;
- » Veiller à ce que **les personnes et les communautés touchées aient leur mot à dire** dans la création des programmes et des politiques conçus pour les servir, comme le résume le slogan « Rien sur nous, sans nous » ;
- » Reconnaître que les réalités de la pauvreté, de la classe sociale, du racisme, de l'isolement et des autres inégalités sociétales affectent la vulnérabilité **des personnes et leur capacité à faire face aux préjudices liés à la santé**.

L'intersection de la réduction des risques et des droits de l'homme

Si la réduction des risques en tant que mouvement social est relativement récente, ce pour quoi les communautés touchées se battent depuis toujours – le droit à la santé, sans laissés-pour-compte – est depuis longtemps reconnu dans les conventions internationales, et continue de l'être.

La réduction des risques se situe à l'intersection de la santé publique et des droits de l'homme.

Les gens doivent être au centre des décisions concernant leur santé ; ils doivent avoir le choix et exercer un contrôle sur leur propre bien-être. Les changements de



Image : Google

comportement ne peuvent naître et se maintenir que s'ils correspondent à ce que les gens veulent et peuvent faire.¹³

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé de 1946:

« Le droit de jouir du meilleur état de santé possible constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »

Charte sociale européenne 1965 :

« Chacun a le droit de bénéficier de toutes mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé possible ».

L'article 11 exige que les États prennent des mesures pour prévenir les maladies et encourager la responsabilité individuelle en matière de santé.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 :

L'article 12 reconnaît « le droit de toute personne à pouvoir jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible » et que les États partis doivent prendre des mesures concernant « la prévention, le traitement et la lutte contre les maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres ».

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 :

Vise à élaborer des politiques publiques qui soutiennent la santé de telle sorte que la promotion de la santé soit à l'ordre du jour dans tous les domaines de l'élaboration des politiques gouvernementales et organisationnelles. « Tout obstacle à la promotion de la santé doit être supprimé, dans le but de faire des choix sains, le choix le plus facile »

Des millions de personnes fument chaque jour des cigarettes pour consommer de la nicotine. Il existe aujourd'hui des tas de moyens de consommer de la nicotine qui sont nettement plus sûrs.

Les personnes qui fument du tabac ont le même droit fondamental que les non-fumeurs de jouir du meilleur état de santé possible. Les fumeurs ont donc le droit d'accéder à des informations précises et à des produits qui les aident à atteindre cet objectif.

¹³ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*, p14. <https://gsth.org/report/full-report>

Réduction du risque tabagique : le potentiel

Plus seulement « arrêter ou mourir », mais « arrêter et essayer »

À partir des années 1980, le principal produit de réduction du risque tabagique était les thérapies de substitution de la nicotine (TSN) — des produits comprenant des patchs, des gommes et des inhalateurs. La prescription de TSN est aujourd'hui la méthode médicalement approuvée pour consommer de la nicotine sans tabac et figure sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Dans ces conditions, il est facile de réfuter toute affirmation selon laquelle la substance chimique nocive contenue dans une cigarette est la nicotine. Bien qu'elle soit encore interdite ou strictement réglementée dans certains pays, dans d'autres, les TSN sont largement disponibles et, dans de nombreux endroits, peuvent être obtenus sans ordonnance, y compris par les jeunes.

Depuis le milieu des années 2000, cependant, un tout nouveau front de réduction des risques tabagiques s'est ouvert. Les produits de vapotage ont été largement adoptés par les consommateurs dans de nombreux pays, tandis que la Suède a réalisé d'importants gains de santé publique en passant du tabac combustible au tabac sans fumée (le snus) et que la gamme de produits plus récents, tels que les produits de tabac chauffé et les sachets de nicotine à usage oral (ne contenant pas de tabac), s'est multipliée.¹⁴



Image : Wikimedia Commons

Par rapport aux initiatives conventionnelles de lutte contre le tabagisme, l'adoption de produits nicotinés à risques réduits s'est largement faite sans aucun apport global de santé publique – sans encouragement ou investissement des gouvernements, des experts en matière de lutte contre le tabagisme ou des ONG de lutte contre le tabagisme. Toutefois, à la suite de l'adoption de ces produits par les consommateurs, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande ont apporté un soutien politique important à cette évolution. Quelques autres gouvernements commencent à apporter leur appui, mais là encore, cela se fait après l'intérêt initial des consommateurs.

Des produits nicotinés à risques réduits

Il existe de nombreuses données internationales indépendantes qui prouvent que les nouveaux produits sont visiblement et nettement plus sûrs que les cigarettes traditionnelles.

Il n'y a pas de façon plus dangereuse de consommer de la nicotine qu'en fumant une cigarette de tabac.

Produits du vapotage nicotinés (également appelés « e-cigarettes »)

Ces produits permettent à l'utilisateur d'inhaler de la nicotine dans une vapeur qui ne contient ni goudron ni monoxyde de carbone. Tous les produits de vapotage ont trois éléments de base : la batterie, alimentant la résistance, ou atomiseur, qui chauffe et ainsi transforme le liquide aromatisé et le mélange avec de l'air pour former une vapeur à inhaler.

La plupart des e-liquides contiennent quatre ingrédients : la glycérine végétale (VG), qui procure de la densité à la vapeur, le propylène glycol (PG), qui se vaporise et transmet l'arôme (bien que des liquides sans PG soient disponibles, car certaines personnes sont allergiques à cet ingrédient), la nicotine et les arômes..

« Avec le vapotage, vous avez [...] l'action de fumer, vous avez l'inhalation, l'expiration, vous pouvez choisir la teneur en nicotine que vous voulez, vous pouvez choisir les saveurs que vous désirez. »

Catherine¹⁵

¹⁴ Foulds J. et al. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*, 12:349-359

¹⁵ Catherine est une vapoteuse britannique interviewée pour The Switch, une vidéo réalisée par la New Nicotine Alliance (NNA) et le National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCT). Toutes les vidéos sont accessibles sur le site web de la NNA : <https://nnaalliance.org/nnaresources/switch-videos>

La première cigarette électronique moderne a été mise sur le marché en 2003. Depuis lors, de nombreux produits ont été développés. La gamme de produits de vapotage s'étend de dispositifs très simples, jetables ou partiellement jetables, à des dispositifs plus complexes que les consommateurs peuvent personnaliser eux-mêmes en utilisant différents composants ou réglages.

L'utilisation de produits de vapotage au lieu de cigarettes de tabac combustibles réduit l'exposition des utilisateurs aux multiples substances toxiques et cancérigènes présentes dans la fumée de tabac. Cela signifie que les produits de vapotage sont au moins 95 % plus sûrs que les cigarettes.¹⁶ Il n'y a pas de données jusqu'à présent qui indiquent que le vapotage cause des dommages à l'entourage.¹⁷

Étude de cas : les e-cigarettes au Royaume-Uni – approbation officielle, adoption rapide par les consommateurs, déclin continu du tabagisme

Le Royaume-Uni a pris de nombreuses mesures pour adopter la réduction du risque tabagique. Dès 2007, l'utilisation de formes plus sûres de nicotine a été approuvée par le Collège royal des médecins¹⁸, une approbation qui a été réitérée en 2016.¹⁹ Les études anglaises de santé publique qui concluent que « les e-cigarettes sont 95 % moins nocives pour la santé que les cigarettes normales » ont eu une grande influence.^{20,21}

Au Royaume-Uni, la qualité et la sécurité des cigarettes électroniques sont étroitement réglementées. La plupart des ONG de lutte contre le tabagisme et de santé et de nombreux organismes médicaux de confiance approuvent l'utilisation des e-cigarettes comme moyen d'aider les gens à arrêter de fumer. Il s'agit notamment de l'ASH (Action on Smoking and Health)²², de Cancer Research UK²³, de la British Heart Foundation²⁴, du Royal College of General Practitioners²⁵ et du Royal College of Psychiatrists²⁶.

L'importance de l'innovation et des alternatives moins nocives a été adoptée au sein du gouvernement²⁷, le ministère de la Santé (en Angleterre) ayant pour ambition de passer au « sans tabac » d'ici 2030 « avec des fumeurs qui arrêtent de fumer ou qui passent à des produits à risques réduits comme les e-cigarettes »²⁸. **Un essai contrôlé randomisé récent dans un service de sevrage tabagique du NHS britannique a montré que le vapotage était presque deux fois plus efficace que la TSN pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.**²⁹

En 2019, on estime que 7,1 % de la population adulte totale du Royaume-Uni, soit 3,6 millions de personnes, utilisent des cigarettes électroniques. Plus de la moitié (54,1 %) des utilisateurs actuels de cigarettes électroniques sont d'anciens fumeurs, une proportion qui a augmenté d'année en année, tandis

que la proportion de “vapofumeurs” (personnes qui vapotent mais fument aussi encore) a diminué pour atteindre 39,8 %.³⁰

Les anciens fumeurs déclarent utiliser les e-cigarettes pour les aider à arrêter (31 %), pour prévenir les rechutes (20 %), parce qu'ils aiment ça (14 %) et pour économiser de l'argent (13 %). Les “vapofumeurs” déclarent utiliser les e-cigarettes pour réduire leur consommation de tabac (21 %), pour économiser de l'argent par rapport au tabac (16 %) et pour les aider à arrêter de fumer (14 %).³¹

¹⁶ McNeill, A. et al. *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England*. PHE, 2018 <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review>

¹⁷ McNeill, A. et al. *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England*. PHE, 2018 <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review>

¹⁸ Royal College of Physicians, Tobacco Advisory Group. *Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit*. RCP, 2007

¹⁹ Royal College of Physicians, Tobacco Advisory Group. *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction*. RCP, 2016

²⁰ McNeill, A. et al. *E-cigarettes: an evidence update: a report commissioned by Public Health England*. PHE, 2015. <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update>

²¹ McNeill A. et al (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England*. PHE, 2018

²² Action on Smoking and Health (ASH) website (accessed December 2019) *Harm reduction* <https://ash.org.uk/category/information-and-resources/product-regulation/harm-reduction/>

²³ Cancer Research UK website. *Our policy on e-cigarettes* (2019) <https://www.cancerresearchuk.org/about-us/we-develop-policy/our-policy-on-preventing-cancer/our-policy-on-tobacco-control-and-cancer/our-policy-on-e-cigarettes>

²⁴ British Heart Foundation *Smokers who switch to vaping see improvements in their blood vessel health* – a press release about the VESUVIUS study, funded by the British Heart Foundation (November 2019) <https://www.bhf.org.uk/what-we-do/news-from-the-bhf/news-archive/2019/november/smokers-who-switch-to-vaping-see-improvements-in-their-blood-vessel-health>

²⁵ Royal College of General Practitioners (RCGP) website (accessed December 2019): <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/e-cigarettes-non-combustible-inhaled-tobacco-products.aspx>

²⁶ Royal College of Psychiatrists Position statement: *The prescribing of varenicline and vaping (electronic cigarettes) to patients with severe mental illness* (2018) https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps05_18.pdf?sfvrsn=2bb7fdfe_4

²⁷ UK Department of Health (2019) *Towards a smoke-free generation: the tobacco control plan for England* p. 15, p. 27. <https://www.gov.uk/government/publications/towards-a-smoke-free-generation-tobacco-control-plan-for-england>

²⁸ UK Department of Health (2019), *Advancing our health: prevention in the 2020s – consultation document*. <https://www.gov.uk/government/consultations/advancing-our-health-prevention-in-the-2020s/advancing-our-health-prevention-in-the-2020s-consultation-document>

²⁹ Hajek, P., Phillips Waller A., Przulj, D. et al. (2019) A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy *New England Journal of Medicine* (DOI: 10.1056/NEJMoa1808779). <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1808779?articleTools=true>

³⁰ Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain* <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>

³¹ Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>



Image : Sven Kucinic sur Unsplash

La crainte que les jeunes ne se mettent à vapoter en grand nombre n'a pas été confirmée en Grande-Bretagne. L'enquête ASH (Smokefree Great Britain Youth Survey), une organisation caritative antitabac, a révélé que parmi les jeunes de 11 à 18 ans qui n'ont jamais fumé, 5,5 % ont essayé les e-cigarettes à un moment donné, 0,8 % sont des vapoteurs actuels, seulement 0,1 % vapotent plus d'une fois par semaine. Pas une seule personne « jamais fumeur » n'a déclaré avoir vapoté quotidiennement.³²

« J'ai eu une e-cig que l'infirmière de Stop Smoking m'a donnée. Je l'ai essayé plusieurs fois et je me suis dit, oui, c'est bien – parce que je pense que c'est plus l'habitude de la fumée dont j'avais besoin – alors je me suis dit, je vais vraiment essayer. Les e-cigs sont la meilleure chose que je n'ai jamais découverte. Elles ont changé ma vie »

Glen³³

Image : Antonin FELS sur Unsplash

Produits de tabac chauffé

Une nouvelle génération d'appareils appelés « produits de tabac chauffé » a récemment fait son apparition sur le marché dans de nombreux pays. Ces dispositifs chauffent le tabac en dessous du niveau de combustion à une température ne dépassant pas 350 °C, ce qui est suffisant pour libérer de la nicotine dans une vapeur contenant des niveaux de toxines considérablement réduits par rapport aux cigarettes combustibles³⁴. Le tabac destiné à être utilisé dans les appareils chauffants est réduit en poudre et mélangé à de la glycérine, de la gomme de guar et d'autres ingrédients.

Les produits de tabac chauffé génèrent des niveaux de composants nocifs nettement inférieurs à ceux des cigarettes ; en termes de pouvoir cancérigène, un examen des études existantes sur les risques toxicologiques et l'exposition quotidienne probable a indiqué que le risque de cancer lié aux produits de tabac chauffé se situe entre 1 et 10 % de celui des cigarettes.³⁵

³³ Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among young people in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/ASH-Factsheet-Youth-E-cigarette-Use-2019.pdf>

³² Glen est un vapoteur britannique interviewé pour The Switch, une vidéo réalisée par la New Nicotine Alliance (NNA) et le National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCT). All videos accessible at the NNA website: <https://nnalliance.org/nnaresources/switch-videos>

³⁴ Committee on Toxicity (2017). *COT Meeting: 4 July 2017*. <https://cot.food.gov.uk/cot-meetings/cotmeets/cot-meeting-4-july-2017>

³⁵ Stephens E (2018) *The role of emissions in the debate on health effects across the spectrum of nicotine delivery*. Global Forum on Nicotine, June 2018, Warsaw. <https://gfn.net.co/downloads/2018/PRESENTATIONS/SATURDAY/Plenary%202/EdStephens.pdf>

Étude de cas : Japon – augmentation rapide des ventes de produits de tabac chauffé, chute rapide des ventes de cigarettes

Selon l'OMS, 19 % de la population adulte du Japon fumait quotidiennement en 2015, le taux de tabagisme étant plus élevé chez les hommes (30 %) que chez les femmes (9 %). Ces niveaux sont bien inférieurs au pourcentage extraordinairement élevé de fumeurs masculins au Japon en 1968, qui était de 78 %. Mais le déclin s'est atténué jusqu'à récemment.

Le Japon n'a pas une approche ouvertement hostile au tabac. Jusqu'en 1985, l'industrie du tabac était un monopole d'État et celui-ci possède toujours un tiers de « Japan Tobacco, Inc. (JTI) », dont il reste le principal actionnaire. Récemment, des interdictions volontaires ont été introduites par certaines sociétés et une interdiction de fumer dans la rue a été instaurée par certaines villes.³⁶ Pour les Jeux olympiques de Tokyo de 2020, il y aura des interdictions de fumer dans tous les sites à l'intérieur comme à l'extérieur et dans les zones périmètres des sites.³⁷

Depuis que l'industrie du tabac a introduit des produits de tabac chauffé sur le marché japonais, dans des zones pilotes à partir de 2014, avant un déploiement à l'échelle nationale en 2016, les ventes de cigarettes ont chuté de 33 %, un chiffre étonnant.³⁸ Jamais des résultats aussi spectaculaires n'ont été obtenus grâce à la mise en œuvre de mesures de lutte contre le tabagisme, où que ce soit dans le monde.

Cette transformation spectaculaire des ventes de cigarettes a été provoquée simplement par la vente d'une alternative au tabagisme plus sûre, par l'utilisation d'un marketing intelligent et par la décision des consommateurs de passer du tabagisme au tabac chauffé. Aucune action n'a été requise de la part de la santé publique et de la lutte antitabac, sauf peut-être de contribuer à créer un climat dans lequel les fumeurs souhaitent arrêter de fumer ; cela n'a pas coûté directement au contribuable japonais.

Le snus

Contrairement aux nouveaux produits nicotinisés à risques réduits, le snus est utilisé depuis plus de 200 ans, mais ce n'est que récemment que sa sécurité relative par rapport aux cigarettes a été confirmée par une enquête clinique et épidémiologique indépendante. Le snus est un produit sans fumée, humide ou semi-humide, fabriqué à partir de feuilles de tabac moulues et d'additifs approuvés par les autorités alimentaires. Le produit final est placé dans la bouche (non mâché). Le snus en vrac est pincé en forme avant d'être introduit dans la bouche, souvent sous la lèvre supérieure. Le « Portion snus » est vendu dans de petits sachets ressemblant à des sachets de thé.



Image : Swedish Match file photo

La teneur en nicotine du snus varie selon les marques, le dosage le plus courant étant de 8 mg de nicotine par gramme de tabac. Les variétés les plus fortes peuvent contenir jusqu'à 22 mg de nicotine par gramme de tabac.

« Je n'ai pas fumé depuis cinq ans en utilisant du snus. Une fois que j'ai dépassé les habitudes rituelles de fumer, j'ai trouvé le snus supérieur en tout point aux cigarettes ».

Utilisateur de Snus³⁹

Le snus sans tabac est un ajout récent à la gamme. Ces produits utilisent d'autres fibres végétales imprégnées de nicotine à la place du tabac.

Le snus suédois est la forme dominante de tabac sans fumée dans les pays nordiques. Il est illégal de vendre du snus dans les pays de l'Union Européenne, sauf en Suède. Au Canada et dans plusieurs régions des États-Unis, il est vendu

³⁶ Mark A Levin (2013) Tobacco control lessons from the Higgs Boson: Observing a hidden field behind changing tobacco control norms in Japan. *American Journal of Law Medicine*. 39 p.471-489

³⁷ Site web des Jeux paralympiques (2019) : Les sites de Tokyo 2020 seront non-fumeurs <https://www.paralympic.org/news/tokyo-2020-venues-will-be-smoke-free>

³⁸ La baisse des ventes a été calculée à partir des ventes mensuelles et de la part de marché de Japan Tobacco Inc.

³⁹ Gunter73, membre de Reddit (décembre 2019), répondant à un fil conducteur comparant la consommation de snus à celle de cigarettes https://www.reddit.com/r/Snus/comments/ef3ssr/does_snus_help_relieve_stress_like_cigarettes_do/

parallèlement aux formes de snus produites aux États-Unis. En octobre 2019, la Federal Drug Administration (FDA) américaine a accordé les premières autorisations de produits à risques réduits à huit produits snus suédois, ce qui signifie qu'ils peuvent être présentés avec des informations spécifiques sur leurs risques plus faibles sur la santé, par rapport aux cigarettes.⁴⁰

Une étude de la Commission européenne a conclu que le remplacement complet du tabagisme par des produits de tabac sans fumée permettrait à terme de prévenir la quasi-totalité des décès dus aux maladies respiratoires actuellement provoquées par le tabac, et de réduire d'au moins 50 % la mortalité cardiovasculaire qui résulte actuellement du tabagisme.⁴¹ Il n'existe pas de lien significatif entre le snus et les décès prématurés, le diabète, les cancers du pancréas et de la bouche, les maladies cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux.

Le remplacement du tabagisme par des produits de tabac sans fumée permettrait d'éviter la quasi-totalité des décès dus aux maladies respiratoires causées par le tabac.

Le remplacement par du snus suédois des produits de tabac sans fumée à haut risque, qu'ils soient à usage oral ou à mâcher, pourrait avoir un effet transformateur sur la santé dans de nombreux pays à faibles revenus. En Inde, par exemple, l'utilisation de produits à haut risque est courante, en particulier chez les femmes, pour lesquelles il est socialement moins acceptable de fumer ; on estime qu'environ 70 millions de filles et de femmes indiennes âgées de 15 ans ou plus utilisent régulièrement des produits à mâcher à haut risque. L'Inde a le taux de cancer buccal le plus élevé au monde en raison de la forte prévalence de l'utilisation des produits à haut risque, qui est responsable d'environ 400 000 décès par an.⁴²

Étude de cas : La Suède et le snus – de faibles taux de tabagisme et le plus faible niveau de mortalité liée au tabac en Europe

La Suède présente une étude de cas unique sur l'impact du snus sur le tabagisme. C'est le seul pays de l'UE où le snus peut être vendu légalement. Le snus a dominé la consommation de tabac dans le pays jusqu'au début des années 1900, lorsque l'invention de la machine à rouler les cigarettes a popularisé la cigarette. Toutefois, à partir des années 1960, la tendance s'est inversée et l'utilisation du snus a augmenté. En 1996, le snus est devenu plus populaire que les cigarettes ; la réduction du tabagisme a été plus rapide chez les hommes que chez les femmes.

Selon le rapport Eurobaromètre de la Commission européenne, en 2017, en moyenne, seuls 5 % des adultes suédois fument aujourd'hui quotidiennement

– un niveau qui représente moins d'un cinquième de la moyenne européenne de 24 %.⁴³

La Suède a le taux de mortalité lié au tabac le plus bas d'Europe pour les hommes, avec 152 pour 100 000. Ce taux représente moins d'un tiers de la moyenne européenne, qui est de 467 pour 100 000.⁴⁴

Les preuves épidémiologiques à long terme fournies par cette expérience naturelle nous donnent des informations sur l'adoption du snus et son impact probable sur le tabagisme et les maladies liées au tabac. Elle sert également de validation de principe de l'efficacité potentielle et réelle de la réduction du risque tabagique, telle qu'identifiée par le Collège royal des médecins du Royaume-Uni :

« La disponibilité et l'utilisation du [...] snus en Suède [...] démontrent [...] qu'une proportion importante de fumeurs, compte tenu de la disponibilité d'une alternative de consommation socialement acceptable et abordable offrant un risque moindre pour la santé, passeront du tabac fumé au produit alternatif »⁴⁵

En tant que non-membre de l'UE, le snus est légal en Norvège. Les Norvégiens sont moins nombreux à fumer (11 %) qu'à utiliser le snus (12 %). Chez les jeunes femmes de 16 à 24 ans, le tabagisme a pratiquement disparu (1 %).⁴⁶

⁴⁰ Federal Drug Administration (FDA) (2019). *FDA authorizes modified risk tobacco products*. https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/fda-authorizes-modified-risk-tobacco-products?utm_source=CTPTwitter&utm_medium=social&utm_campaign=ctp-webfeature

⁴¹ European Commission (2008). Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. *Health effects of smokeless tobacco products*. Health and Consumer Protection Directorate. https://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf

⁴² Gupta PC, Arora M, Sinha DN, Asma S, Parascandola M (eds.); *Smokeless Tobacco and Public Health in India*. Ministry of Health & Family Welfare, Government of India; New Delhi; 2016. <https://www.mohfw.gov.in/sites/default/files/Final%20Version%20of%20SLT%20Monograph.pdf>

⁴³ European Commission (2017) Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG

⁴⁴ WHO (2012) WHO Global Report: mortality attributable to tobacco https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434_eng.pdf?sequence=1

⁴⁵ 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*. Récupéré à partir de : <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

⁴⁶ The Norwegian Directorate of Health (2017) Statistics Norway: 2017 data <https://www.ssb.no/en/helse/artikler-og-publikasjoner/snus-more-used-than-cigarettes>

Un milliard de vies en jeu

La réduction du risque tabagique est une réponse pragmatique et compatissante à l'une des plus grandes crises sanitaires auxquelles notre monde est confronté. Elle offre à des dizaines de millions de fumeurs, qui ne peuvent pas arrêter de fumer par d'autres moyens ou qui veulent continuer à consommer de la nicotine, la possibilité d'éviter des décès prématurés et des handicaps.

Plusieurs millions de consommateurs de nicotine ont déjà adopté des produits nicotinés à risque réduit, laissant derrière eux le tabac combustible, avec un coût négligeable pour les gouvernements et les contribuables. Si elle est intégrée dans la lutte contre le tabagisme, la réduction du risque tabagique pourrait contribuer de manière significative à l'arrêt du tabagisme.

Alors pourquoi la réduction du risque tabagique se heurte-t-elle à l'opposition de nombreux milieux, au lieu d'être adoptée et mise en œuvre à plus grande échelle ?

La résistance de l'OMS à la réduction du risque tabagique

Les dirigeants et les responsables politiques du monde entier se tournent vers l'OMS pour obtenir des conseils sur la manière de prendre soin de la santé de leurs populations ; son rôle est défini comme « l'autorité directrice et coordinatrice du travail sanitaire international »⁴⁷. Pour les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en particulier, dont les systèmes de santé sont encore en développement, l'OMS offre une source essentielle de soutien technique et politique et de contribution pratique et financière – et ses actions et son leadership dans de nombreux domaines de la santé ont sauvé des centaines de milliers de vies.

Cependant, la relation de l'OMS avec les stratégies de réduction des risques est complexe. L'organisation et les agences antidrogue des Nations unies ont résisté à la réduction des risques dans leur réponse à la propagation du VIH/sida et des virus à diffusion hématogène chez les personnes qui s'injectent des drogues. Ils ont cité des affirmations non prouvées (et maintenant démenties) selon lesquelles, par exemple, la fourniture de seringues propres ne faisait que tolérer la consommation de drogue, ou que la réduction des risques était en fait un cheval de Troie pour la légalisation des drogues.

La réduction des risques tabagiques est une réponse pragmatique et compatissante à l'une des plus grandes crises sanitaires auxquelles notre monde est confronté.



Image : Ryoji Iwata sur Unsplash

Jusqu'à présent, l'OMS est restée implacablement opposée à la réduction du risque tabagique par l'utilisation de produits nicotinés à risque réduit. L'organisation continue d'exhorter les signataires de la législation internationale relative à la lutte contre le tabagisme, la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), à interdire purement et simplement les produits du tabac. Le cheval de Troie présumé dans ce contexte est que la réduction des dommages causés par le tabac est une ruse des compagnies de tabac pour encourager les anciens fumeurs et les jeunes non-fumeurs, par le biais d'une nouvelle passerelle de produits, à revenir ou à passer au tabac.

Dans le septième rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2019), la réduction du risque tabagique est présentée comme « une stratégie manipulatrice de l'industrie du tabac », susceptible de « désinformer et d'induire en erreur les consommateurs et de semer la confusion parmi les gouvernements » et de perturber « les véritables initiatives d'aide au sevrage tabagique ».⁴⁸

Malheureusement, cette approche se reflète ensuite dans les efforts de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles. En décembre 2019, l'OMS a publié le

⁴⁷ WHO Constitution (1946).
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

⁴⁸ WHO (2019) *Seventh WHO report on the global tobacco epidemic*, p. 33.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>

rapport final de la Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles⁴⁹. Le rapport fait référence à la « compréhension commune » atteinte lors de l'Assemblée générale des Nations unies en 2018, selon laquelle « les progrès et les investissements réalisés à ce jour sont insuffisants » pour réduire les décès prématurés et les incapacités dus aux MNT d'ici 2030 (3.4 SDG).⁵⁰

En ce qui concerne le tabac – une des principales causes de maladies non transmissibles – le rapport final de la Commission ne propose rien d'autre que la réduction de la demande. Pour atteindre l'objectif de réduction d'un tiers des décès dus aux MNT dans la tranche d'âge 30 – 69 ans d'ici 2030 (SDG 3.4.1), la Commission prévoit qu'une réduction massive de 50 % de la prévalence du tabagisme dans le monde est nécessaire.

Mais aucun pays n'a jamais réussi à faire baisser de 50 % le nombre de fumeurs en recourant aux mesures antitabac habituelles. C'est impossible, d'autant plus que la Commission constate également que le programme MPOWER est actuellement pleinement mis en œuvre pour moins de 0,5 % de la population mondiale.⁵¹ La seule autre mention du tabac concerne « l'exclusion continue de l'industrie du tabac et des acteurs non étatiques qui œuvrent à promouvoir les intérêts de l'industrie du tabac conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) »^{52,53}. Toutefois, l'OMS n'essaie pas d'exclure les pays de la participation aux réunions de la CCLAT même si leurs gouvernements détiennent des parts substantielles dans l'industrie du tabac.



Image : Ray Reyes sur Unsplash

L'ampleur du problème et les limites des mesures actuelles de lutte antitabac montrent qu'il est urgent que la réduction du risque tabagique fasse partie de la solution.

Compte tenu de son rôle moteur et influent dans la politique de santé mondiale, les avantages de la réduction du risque tabagique dans la lutte contre les maladies non transmissibles – en particulier pour les 80 % de fumeurs qui vivent dans les pays à faibles et moyens revenus – ne pourront être pleinement réalisés que si l'OMS surmonte son antipathie à son égard.

La réduction des risques et la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

Un examen attentif de la CCLAT de l'OMS révèle qu'il existe, en fait, trois stratégies que la Convention définit comme faisant partie de la lutte antitabac :

« Aux fins de la présente Convention, on entend par « lutte antitabac » un ensemble de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des risques qui visent à améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et son exposition à la fumée du tabac. (C'est nous qui soulignons)

La Convention-cadre pour la lutte antitabac 2005, article 1d.⁵⁴

Depuis sa création, la CCLAT – le document fondamental de l'OMS pour lutter contre la crise du tabac – a reconnu que la « lutte antitabac » devrait inclure des stratégies de réduction des risques.

⁴⁹ La Commission indépendante (octobre 2017 - octobre 2019) a été convoquée pour "conseiller [le Directeur général] sur des recommandations à la fois audacieuses et pratiques sur la manière de transformer les nouvelles opportunités pour permettre aux pays d'accélérer les progrès vers la cible 3.4 des SDG sur les MNT". Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles, mandat (date de publication inconnue). <https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/NCDs-High-level-Commission-TORs.pdf?ua=1>

⁵⁰ WHO, *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases Final Report* (December 2019) <https://who.canto.global/b/JG898> (Password 689764)

⁵¹ WHO, *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases Final Report* (December 2019) <https://who.canto.global/b/JG898> (Password 689764)

⁵² WHO, *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases Final Report* (December 2019) <https://who.canto.global/b/JG898> (Password 689764)

⁵³ Article 5.3 de la CCLAT de l'OMS : En définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties s'efforcent de protéger ces politiques des intérêts commerciaux et autres intérêts de l'industrie du tabac, conformément à leur législation nationale. Convention-cadre de l'OMS (2005) pour la lutte antitabac. https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf

⁵⁴ WHO (2005) Framework Convention on Tobacco Control. https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf

L'OMS doit modifier l'équilibre pour intégrer une stratégie qu'elle approuve – apparemment – déjà.

Quand « le mieux est l'ennemi du bien »

Le « principe de précaution » codifie l'adage « prudence est mère de sûreté » pour les décideurs politiques de toutes sortes : il préconise l'adoption de mesures de précaution lorsque les preuves sont incertaines et les enjeux élevés.

Le monde de la santé publique mondiale est divisé sur la question de la réduction des risques tabagiques et pour beaucoup, le « principe de précaution » l'emporte. Invoquant l'incertitude qui règne sur toute une série de questions, telles que les effets nocifs à court et à long terme sur la santé des produits à base de nicotine plus sûrs, le risque d'une progression vers le tabagisme ou la dépendance à la nicotine chez les jeunes, ou la poursuite du tabagisme par le biais du double usage, de nombreux responsables de la santé publique préfèrent appliquer le principe de précaution plutôt que d'adopter des mesures de réduction des dommages causés par le tabagisme.

L'application rationnelle du principe de précaution est juste et appropriée dans de nombreux domaines de l'activité humaine. En matière de réduction des risques tabagiques, cependant, l'application du principe de précaution n'est pas rationnelle. Elle ne tient pas compte des enjeux extraordinairement élevés et bien documentés du statu quo — sept millions de vies perdues chaque année à cause de maladies liées au tabac. Elle rejette également une base de données internationales importante et en constante augmentation qui répond à de nombreuses préoccupations. Être extrêmement prudent quant aux risques potentiels, tout en ignorant les avantages potentiels énormes et probables, n'est pas une manière appropriée de mettre en œuvre le principe de précaution.

Dans la réduction des risques tabagiques, l'application du principe de précaution n'est pas rationnelle

Ce n'est pas parce que nous ne savons pas tout, que nous ne savons rien sur les produits à base de nicotine plus sûrs.

Une approche rationnelle de « l'industrie du tabac »

La suspicion raisonnée à l'égard de l'industrie du tabac et de ses motivations signifie que beaucoup ont du mal à accepter que le marché – et l'industrie qui a causé tant de problèmes – puisse faire partie de la solution.

Mais comme le marché de leurs produits diminue dans les pays à revenu élevé, en grande partie à cause de la mise en œuvre de mesures de lutte contre le tabagisme, l'industrie a reconnu le pouvoir perturbateur des produits innovants pour réduire ses bénéfices. Ils continuent à fabriquer et à vendre des cigarettes, mais beaucoup investissent également dans de nouveaux produits à risque réduit.

La recherche et le développement de produits visant à soutenir ce type d'innovation nécessitent des investissements importants et durables. Cet investissement n'est actuellement pas le fait de la philanthropie ou de la santé publique.

Une approche plus rationnelle consiste peut-être à accepter que « les entreprises peuvent adopter des pratiques commerciales et commercialiser des produits qui sont soit nuisibles à la santé, soit des produits innovants qui améliorent la santé ou remplacent des produits nuisibles à la santé. Parfois, les mêmes entreprises peuvent faire les deux ».⁵⁵

Une approche rationnelle de la nicotine

La réflexion de la santé publique a été dominée par le discours sur la lutte antitabac pendant des décennies, de sorte que tout usage du tabac est considéré comme un problème. La perspective à travers laquelle les professionnels ont considéré la question est « antitabac » depuis si longtemps qu'il est naturellement difficile d'abandonner cette vision pour adopter une position « neutre » sur l'utilisation de la nicotine sans combustion du tabac.

Mais l'objection à l'utilisation de la nicotine est-elle ancrée dans des constructions morales ou idéologiques plutôt que dans des préoccupations sanitaires d'ordre clinique ?⁵⁶

La santé publique mondiale a fait d'énormes progrès dans la lutte contre les maladies infectieuses ; deux d'entre elles ont été éradiquées, la variole et la peste bovine, et des programmes s'attaquent maintenant à la polio, au pian et au paludisme.

Cinq autres maladies infectieuses ont été identifiées comme potentiellement éradiquables. L'une d'entre elles est la rougeole. Pourtant, la prolifération de fausses nouvelles communiquées par des groupes anti-vaccins non professionnels

⁵⁵ Joint consultation submission to the WHO High Level Commission on NCDs by David Abrams, Clive Bates, Ray Niaura and David Sweanor (2018)
<https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/Ottawa-University.pdf?ua=1>

⁵⁶ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*, p.70.
<https://gsth.org/report/full-report>.

a eu un impact très réel sur des milliers de vies. Le mythe et la désinformation sur le vaccin antirougeole ont entraîné une augmentation des épidémies dans les pays à revenus élevés et faibles, inversant la tendance à l'éradication dans les pays à revenus élevés.

En revanche, les informations contre la réduction des risques tabagiques proviennent de sources officielles gouvernementales, médicales et de santé publique dans de nombreux pays et de l'OMS elle-même.

Il y a là un problème philosophique sous-jacent. Hormis les activistes malavisés, peu de gens pourraient soutenir que tout ne devrait pas être fait pour éradiquer une maladie mortelle contagieuse et infectieuse.

Mais lorsqu'il s'agit de maladies non transmissibles, qui sont souvent considérées dans les rangs de la santé publique comme le résultat de choix de mode de vie, la bataille peut être présentée en termes moraux plutôt qu'en termes de pragmatisme sanitaire. En matière de santé publique, les aspects agréables de la consommation de nicotine pour les consommateurs peuvent être difficiles à accepter pour certains.

Les personnes qui utilisent la nicotine dans des produits à base de nicotine plus sûrs et correctement réglementés le font sans se causer ou causer à la société un préjudice important.

La réponse à la crise mondiale des maladies liées au tabac pourrait être transformée si les responsables politiques séparaient la « consommation de nicotine » de la « consommation de tabac ».

« J'ai été surpris de voir à quel point l'envie de vapoter ou de fumer a disparu complètement dès que je suis passé au snus. C'est beaucoup plus agréable et la nicotine dure beaucoup plus longtemps. Je peux courir sans m'essouffler et sans sentir la cigarette maintenant ».

Utilisateur Snus ⁵⁷

Mythe médical, désinformation et embrouillamini médiatique

L'industrie du tabac a une longue histoire de duplicité flagrante sur les conséquences du tabagisme. Cette histoire, associée à une antipathie sous-jacente à l'utilisation non médicale de la nicotine, a conduit à la création d'une large coalition d'universitaires, de cliniciens, de militants antitabac et d'organismes gouvernementaux et médicaux qui s'unissent pour condamner la réduction des risques tabagiques. Leur campagne est souvent largement financée par des organismes philanthropiques et internationaux.

Des données indépendantes sur la réduction des risques et leurs auteurs ont été vilipendées, par exemple en déformant les preuves sur les dangers des vapeurs par rapport au tabagisme, et en contestant le rôle des produits à base de nicotine plus sûrs pour aider les fumeurs à passer du tabagisme à un produit plus sûr ou à un arrêt complet. La plupart des médias, qui ne s'intéressent qu'aux « mauvaises nouvelles », concentrent souvent leur attention sur ce sujet. Cela provoque la confusion et la méfiance tant chez les fumeurs que chez les professionnels de la santé.

Les décès et les maladies liés au vapotage aux États-Unis en 2019 — attribués à tort et de façon constante uniquement au vapotage de nicotine liquide — en sont un exemple. Les organismes d'enquête, et donc les grands médias, ont mis des mois à identifier et à communiquer clairement que la majorité des utilisateurs concernés vaporisaient des liquides de THC contenant des additifs nocifs pour la santé humaine s'ils étaient inhalés, notamment l'agent épaississant Vitamine E acétate.^{58,59} Certaines enquêtes ont montré que les fumeurs actuels sont plus nombreux à penser que le vapotage est aussi dangereuse que le tabagisme, avec pour conséquence inévitable qu'ils continuent à fumer du tabac.⁶⁰

La vérité qui dérange est que les partisans de la lutte antitabac qui s'opposent à l'accès à des produits à base de nicotine plus sûrs perpétuent paradoxalement la vente et l'utilisation de la chose précise qu'ils essaient d'éradiquer : la cigarette. Ils soutiennent l'industrie qu'ils s'efforcent de détruire, au détriment des préoccupations plus larges de santé publique. La vérité incontournable est que l'antipathie pour la réduction des risques tabagiques protège et soutient l'usage des cigarettes au risque beaucoup plus élevé.

⁵⁷ Membre Reddit BeatDukeAutomaton (décembre 2019), répondant à un fil conducteur comparant la consommation de snus à celle de cigarettes https://www.reddit.com/r/Snus/comments/ef3ssr/does_snus_help_relieve_stress_like_cigarettes_do/

⁵⁸ Blount, B., Karwowski, M., Shields, P. et al (2019) Vitamin E Acetate in Bronchoalveolar-Lavage Fluid Associated with EVALI *New England Journal of Medicine* (DOI: 10.1056/NEJMoa1916433) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1916433#article_Abstract

⁵⁹ Boyd, C. (2019) Vaping and lung disease: the CDC's lesson in how not to handle an illness outbreak. *Filter magazine*. <https://filtermag.org/vapes-and-lung-disease-the-cdcs-lesson-in-how-not-to-handle-an-illness-outbreak/>

⁶⁰ Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>

Réduction des risques tabagiques : protection de la santé et respect des droits de l'homme

La réduction des risques est une stratégie de santé publique fondée sur des données probantes et sur les droits de l'homme. Elle permet aux gens de faire des choix plus responsables et de vivre une vie plus saine.

Les 1,1 milliard de personnes qui fument du tabac chaque jour pour consommer de la nicotine ne doivent pas se voir refuser l'accès aux produits qui peuvent les aider à éviter une mauvaise qualité de vie, la maladie et une mort prématurée.

Où qu'elles vivent, les personnes qui consomment de la nicotine devraient avoir le droit d'accéder à des informations, des services et des produits susceptibles de réduire les méfaits qu'elles subissent, leur permettant ainsi de jouir d'une meilleure qualité de santé et de vie si elles le souhaitent. Comme tout le monde, les personnes qui consomment de la nicotine méritent de réaliser pleinement leur potentiel de santé.

Chaque gouvernement doit respecter les obligations qui lui incombent en vertu des conventions internationales auxquelles il participe, afin de mettre en place une politique, une réglementation et une législation qui permettent aux fumeurs de faire des choix plus sains. À l'heure actuelle, seuls quelques gouvernements autorisent et facilitent pleinement ces droits.

« En continuant à utiliser une e-cigarette, j'ai découvert que la teneur en nicotine [que j'utilise] est de plus en plus faible. Je suis maintenant non-fumeur et je ne reviendrai jamais en arrière ».

Paul ⁶¹

Les consommateurs veulent des produits à base de nicotine plus sûrs. Plusieurs millions de personnes ont déjà choisi de renoncer au tabac combustible – à un coût négligeable et avec des avantages importants pour les gouvernements et les contribuables.

Mais le potentiel de santé publique de la réduction des risques tabagiques ne peut être réalisé si les décisions de réglementation et de contrôle continuent d'être basées sur une couverture médiatique sensationnelle, une science défectueuse et une information publique trompeuse.

Si l'OMS veut atteindre ses objectifs ambitieux de lutte contre les maladies non transmissibles, elle doit reconnaître, adopter et communiquer les avantages de la

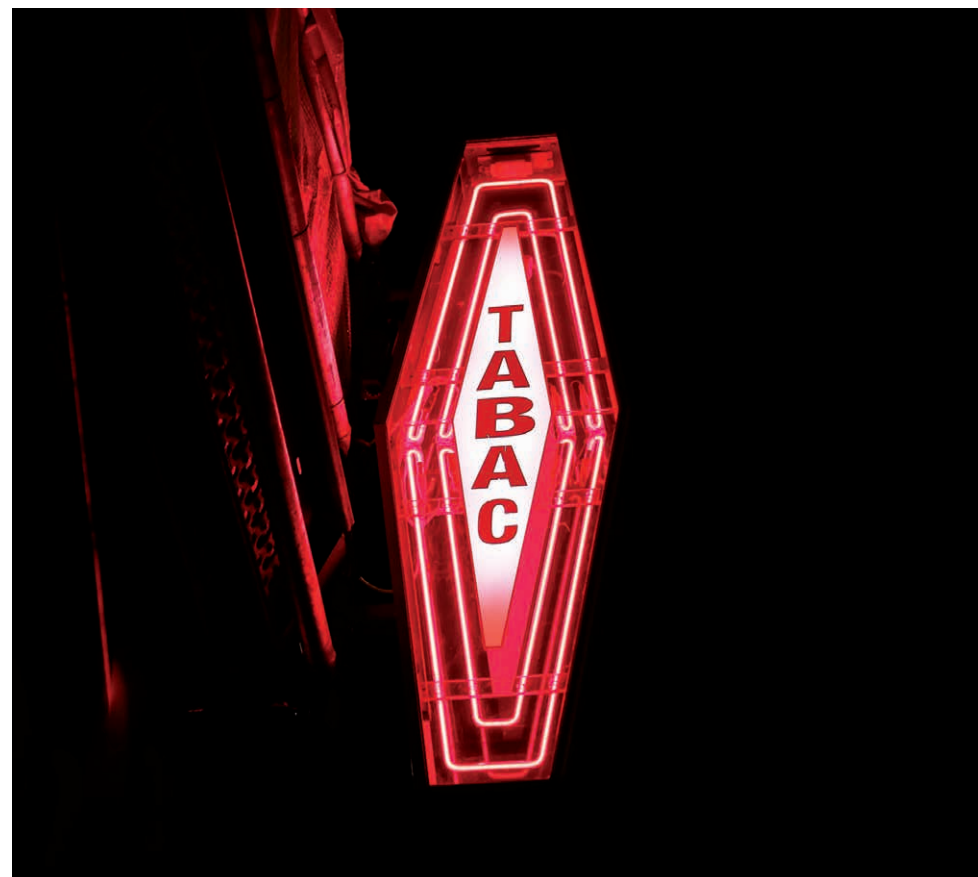


Image : Ray Reyes sur Unsplash

réduction des risques tabagiques aux gouvernements, aux décideurs politiques et au public.

Lorsque la réduction des risques tabagiques sera correctement intégrée dans la réponse à la crise sanitaire provoquée par le tabagisme, les décès et les maladies diminueront – et plus rapidement que les mesures de lutte antitabac ne le feront jamais seules.

La réduction des risques tabagiques protège la santé et fait respecter les droits de l'homme. Un milliard de vies sont en jeu.

⁶¹ Paul est un vapoteur britannique interviewé pour The Switch, une vidéo réalisée par la New Nicotine Alliance (NNA) et le National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCCT). Toutes les vidéos sont accessibles sur le site web de la NNA : <https://nnaalliance.org/nnaresources/switch-videos>



www.gsthr.org