

**SAUVER DES VIES**

**COMME LA SUÈDE**



**SMOKE FREE  
SWEDEN 2023**



**SMOKE FREE  
SWEDEN 2023**  
[www.smokefreesweden.org](http://www.smokefreesweden.org)



<b>À propos du rapport</b> .....	5
<b>Abréviations</b> .....	6
<b>Résumé analytique</b> .....	7

---

## **1. Introduction : Que signifie l'expression « sans fumée » ('Smoke Free') ?**

1.1 Une priorité de la politique de santé publique – « Sans fumée » .....	12
1.2 Pourquoi aspirer à devenir « sans fumée » ? .....	13
1.3 Produits à nocivité réduite - une issue de secours pour les fumeurs qui s'efforcent d'arrêter de fumer .....	15
1.4 Comment obtenir le statut « sans fumée » ? .....	16
1.5 Appel à une approche intégrée de la stratégie « Sans fumée » et « Fin de partie » .....	17

---

## **2. Maladies liées au tabac et décès prématurés : Analyse comparative des principaux paramètres de santé publique entre la Suède, l'Union européenne et certains autres pays**

2.1 Principales bases de données et mesures de santé publique relatives au tabagisme .....	18
2.1.1 Sources de données .....	18
2.1.2 Principaux indicateurs de santé publique .....	19
2.2 Performances de la Suède en matière de lutte antitabac comparées à celles de l'Union européenne (UE) .....	20
2.3 Performances de la Suède en matière de lutte antitabac comparées à celles de certains pays de l'UE .....	23
2.4 Étude de cas d'un pays sélectionné dans le cadre de la lutte antitabac : La Suède et la Belgique .....	25
2.5 Difficultés de comparaison entre la Suède et les pays à revenus faibles ou moyens, par exemple l'Afrique du Sud .....	27

### 3. Calcul de la « taille du prix » pour la santé publique

3.1 Analyse rétrospective et modélisation prospective .....	29
3.2 Modélisation prospective .....	29
3.2.1 Modèle de tabagisme et de vapotage (MTEV) - Levy et al. (2021) .....	29
3.2.2 Accélération de la fin du tabagisme - Yach (2020) .....	33
3.2.3 Modélisation de simulation par Warner & Mendez (2018) .....	35
3.2.4 Modélisation de la simulation par Lars Ramström (2019) .....	36
3.3 Modélisation rétrospective .....	37
3.4 Considérations de santé individuelle et choix du consommateur : Pourquoi les fumeurs sont passés à d'autres options de nicotine en Suède .....	39

---

<b>Conclusions</b> .....	40
--------------------------	----

<b>À propos des auteurs</b> .....	42
-----------------------------------	----

<b>Bibliographie</b> .....	45
----------------------------	----

### ANNEXE A

<b>Estimations rétrospectives, pays par pays, de la charge de santé publique attribuée au tabagisme par rapport à la prévalence du tabagisme (Suède par rapport à certains pays) .....</b>	<b>50</b>
--	-----------



<b>Liste des tableaux / Liste des figures</b> .....	<b>63</b>
---	-----------



## Juger un homme par ses questions plutôt que par ses réponses

Voltaire

# À propos du rapport

Même après des décennies de lutte antitabac, environ 1,3 milliard de personnes consomment encore du tabac. Le tabac tue jusqu'à la moitié de ses consommateurs, près de 8 millions de personnes meurent chaque année dans le monde pour des causes liées au tabac, et 200 millions d'années de vie sont perdues.

La santé publique mondiale s'est fixé comme objectif un avenir « sans fumée » d'ici 2040, où 5 % ou moins de la population adulte fume dans un pays donné. La plupart des pays sont loin d'avoir atteint cet objectif. Depuis la mise en place du traité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) il y a 18 ans, la demande de tabac a diminué, mais beaucoup trop lentement et, dans certains pays à revenu faible ou moyen (PRFM), elle n'a même pas diminué du tout.

Il existe une exception, la Suède. Le rapport précurseur de cette édition, intitulé « L'expérience suédoise, une feuille de route pour un monde sans fumée » ([voir lien](#)), explique comment les Suédois ont réussi là où d'autres ont échoué. Grâce à la manière suédoise de rendre les produits alternatifs sans fumée largement accessibles, acceptables et abordables, la prévalence du tabagisme dans ce pays est tombée à 5,6 %. En bref, la Suède a su combiner avec succès les stratégies de lutte antitabac et de réduction des risques.

C'est exactement ce que prévoit la Convention-cadre de l'OMS, dont l'Article 1(d), appelle à la « lutte antitabac », c'est-à-dire un ensemble de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des dommages 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.

Ce rapport de suivi est un appel à l'OMS et à la santé publique mondiale pour qu'ils étudient les stratégies de réduction des risques employées avec succès par la Suède. Plus important encore, développer des bases de données actualisées sur les décès imputables au tabac et des méthodes épidémiologiques solides pour calculer la « taille du prix » pour la santé publique.

Ce rapport présente des faits, des analyses et des calculs concernant le nombre de décès et d'années de vie corrigées de l'incapacité évitées en Suède, ainsi que les années de vie sauvées. Ces calculs présentent des limites importantes, notamment parce que les données de l'OMS sur les décès imputables au tabac sont obsolètes et que plusieurs hypothèses doivent être formulées pour déterminer la meilleure estimation des principaux paramètres de santé en Suède et pour établir des comparaisons avec d'autres pays. C'est pourquoi le présent rapport invite à critiquer la méthodologie et encourage le débat et le développement de bases de données et de méthodes plus précises.

Ce qui est incontestable, c'est que la Suède est sur le point de devenir le premier État membre de l'OMS à devenir « sans fumée » et que ses stratégies de lutte antitabac et de réduction des risques méritent d'être étudiées et reproduites. Cette stratégie convaincante pourrait modifier radicalement l'avenir d'innombrables fumeurs et sauver des millions de vies dans le monde.

## Remerciements

Les auteurs de ce rapport expriment leur gratitude à l'équipe de recherche et à tous les contributeurs du monde entier. La production du rapport a été coordonnée par le mouvement Smoke Free Sweden.

## Abréviations

<b>PNA</b>	Produits nicotiques alternatifs
<b>COP10</b>	10-ème session de la conférence des parties à la CCLAT
<b>CCLAT de l'OMS</b>	Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac
<b>MPOWER</b>	Surveillance du tabagisme, protection des personnes contre la fumée de tabac, arrêt du tabac, mise en garde contre les dangers du tabac, application des interdictions de la publicité pour le tabac, augmentation des taxes sur le tabac.
<b>PRFM</b>	Pays à revenu faible et moyen
<b>EVCI</b>	Espérance de vie corrigée de l'incapacité
<b>AVP</b>	Années de vie perdues
<b>AVI</b>	Années vécues avec une incapacité
<b>IDH</b>	Indice de développement humain
<b>PNUD</b>	Programme des Nations unies pour le développement
<b>BPCO</b>	Bronchopneumopathie chronique obstructive
<b>MNT</b>	Maladies non transmissibles
<b>IMES</b>	Institut de métrologie et d'évaluation de la santé
<b>CMM</b>	Charge mondiale de morbidité
<b>CDC</b>	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
<b>UE</b>	Union européenne
<b>SEDN</b>	Systèmes électroniques de délivrance de nicotine
<b>RRT</b>	Produits de réduction des risques
<b>RRT</b>	Réduction des risques associés au tabagisme
<b>TSN</b>	Thérapie de substitution nicotinique
<b>TC</b>	Tabac chauffé
<b>TSF</b>	Tabac sans fumée
<b>MTEV</b>	Modèle de tabagisme et de vapotage
<b>PCT</b>	Produit de chauffage du tabac
<b>PTC</b>	Produit de tabac chauffé
<b>PPP</b>	Partenariats public-privé
<b>AVAQ</b>	Année de vie ajustée en fonction de la qualité
<b>SAMRC</b>	Conseil sud-africain de la recherche médicale





SMOKE FREE  
SWEDEN 2023

## Résumé analytique

Ce rapport est un appel à l’OMS et à la santé publique mondiale pour qu’ils étudient les stratégies de réduction des risques employées avec succès par la Suède. Plus important encore, développer des bases de données actualisées sur les décès imputables au tabac et mettre au point des méthodes épidémiologiques solides pour calculer la « taille du prix » pour la santé publique.

Le rapport examine l’objectif de lutte antitabac « sans fumée » et les méthodes actuelles employées pour atteindre cet objectif. Il identifie également les sources de données pertinentes et les indicateurs de santé publique nécessaires pour mesurer le succès. La combinaison des stratégies de lutte antitabac et de réduction des risques de la Suède est examinée et comparée aux performances de l’UE en matière de lutte antitabac et à celles d’autres pays sélectionnés.

Les cadres actuels de modélisation de la simulation sont analysés et leur application à différents pays est notée. Enfin, une étude récente sur la perception des consommateurs en Suède montre l’importance d’une approche globale de la société et d’une compréhension approfondie du comportement des consommateurs pour relever avec succès le défi de l’épidémie de tabagisme.

### UNE POUSSÉE INTERNATIONALE VERS LE « SANS FUMÉE » :

le terme « sans fumée » est défini de manière générale comme une prévalence du tabagisme chez les adultes inférieure à 5 % et fait partie des stratégies du contrôle du tabac « fin de partie » de l’OMS et de plusieurs pays, dont l’Union européenne, les États-Unis, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et la Suède. Les efforts de sevrage tabagique dans le monde entier ont largement stagné ou se sont avérés moins efficaces, le tabagisme persistant dans de nombreux pays à revenu faible et moyen (PRFM) et au sein des groupes les plus vulnérables dans les pays à revenu plus élevé.

### LA RÉDUCTION DES RISQUES ASSOCIÉS AU TABAGISME EN TANT QUE PREUVE DE CONCEPT :

Les produits de réduction des risques (PRR) étant disponibles depuis plus de vingt ans, il existe une preuve de concept quant à leur capacité à remplacer les cigarettes et à réduire les risques pour les utilisateurs individuels. Alors que l’article 1(d) de la CCLAT<sup>4</sup> de l’OMS affirme l’inclusion de « stratégies de réduction des risques » dans le cadre d’une approche intégrée de la lutte antitabac, le discours politique relatif aux PRR reste controversé.

### LA COMBINAISON RÉUSSIE DE STRATÉGIES DE LUTTE ANTITABAC ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN SUÈDE :

En Europe, la Suède montre la voie en adoptant une approche intégrée de la lutte antitabac, complétée par des stratégies de réduction des risques. Si la prévalence de la consommation de nicotine est similaire à la moyenne de l’UE, la grande majorité de cette consommation se fait par le biais d’alternatives plus sûres et non combustibles. La prévalence du tabagisme en Suède (5,6 %) est près de cinq fois inférieure à la moyenne de l’UE (23 %). Par conséquent, la Suède a les taux de maladie et de mortalité liés au tabac les plus bas de l’UE.

## RECOMMANDATION

N°1

Comme en Suède, reconnaître la différenciation fondamentale entre les formes combustibles et non combustibles de tabac et de nicotine. Plaider en faveur de réglementations proportionnelles aux risques afin d’inciter les fumeurs adultes à arrêter de fumer ou à passer à des produits sans fumée moins nocifs.

## SAVING LIVES LIKE SWEDEN

### MALADIES LIÉES AU TABAC ET DÉCÈS PRÉMATURÉS : ANALYSE COMPARATIVE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTÉ PUBLIQUE ENTRE LA SUÈDE, L'UNION EUROPÉENNE ET CERTAINS AUTRES PAYS :

À l'aide des données du rapport mondial de l'OMS sur la mortalité attribuable au tabac et de l'étude sur la charge mondiale de morbidité réalisée par l'Institut de métrologie et d'évaluation de la santé (IMES), des quantifications et des comparaisons des meilleures estimations sont effectuées concernant les maladies et les décès prématurés liés au tabagisme dans différents pays.

**DÉCÈS ET EVCI :** La comparaison des taux de décès et l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) permet de tenir compte des différences entre les populations des pays lorsqu'il s'agit de comparer la mortalité et la morbidité imputables au tabagisme. Une EVCI est une mesure universelle qui correspond à la somme des années de vie perdues (AVP) et des années vécues avec une incapacité (AVI). Une EVCI équivaut à une année de vie en bonne santé perdue.

### LES PERFORMANCES DE LA SUÈDE EN MATIÈRE DE LUTTE ANTITABAC COMPARÉES À CELLES DE L'UNION EUROPÉENNE (UE) :

En examinant « toutes les causes de décès », si l'Union européenne avait le même taux de mortalité imputable au tabagisme que la Suède au cours de la période 2000-2019, 2,9 millions de décès auraient pu être évités. Dans le même temps, en examinant « toutes les causes » d'EVCI perdues, si l'Union européenne avait le même taux d'EVCI perdues attribuables au tabagisme que la Suède au cours des années 2000-2019, 108 millions d'EVCI perdues auraient pu être évitées.

## RECOMMANDATION

N°2

Dans le cadre de l'élaboration des stratégies de réduction des dommages visées à l'Article 1(d) de la CCLAT, plaider pour que la Suède fasse l'objet d'une étude de cas nationale de la part de l'OMS et des États membres. Le cas échéant, reproduire l'approche intégrée de la Suède en matière de lutte antitabac, complétée par des stratégies et des produits de réduction des risques.

### PRÉVENTION DES MALADIES ET DES DÉCÈS LIÉS AU TABAC EN SUÈDE :

L'incidence du cancer en Suède est inférieure de 41 % à celle des autres pays européens, ce qui correspond à un nombre total de décès par cancer inférieur de 38 %. 24 des 27 autres États membres de l'UE ont un taux de mortalité lié au tabac deux fois plus élevé que celui de la Suède, par rapport à la taille de la population. La Suède a un taux de mortalité de 39,6 % inférieur à la moyenne de l'UE pour toutes les maladies liées au tabac et a le plus faible nombre de décès attribués au cancer du poumon.

## RECOMMANDATION

N°3

Développer des sources de données et des mécanismes permettant d'évaluer l'impact sur la santé des politiques de proportionnalité des risques, telles que celles utilisées en Suède. Ces mécanismes devraient inclure la mesure de l'efficacité des politiques applicables à la tarification, à l'étiquetage, à la fiscalité, aux arômes, aux taux de nicotine et aux messages sanitaires.

### ÉTUDE DE CAS D'UN PAYS SÉLECTIONNÉ DANS LE CADRE DE LA LUTTE ANTITABAC - LA SUÈDE VS. LA BELGIQUE :

Récemment, la Belgique a interdit la catégorie des sachets de nicotine orale, l'un des produits à usage réduit utilisés par les consommateurs suédois. Cette mesure semble tout à fait inappropriée, étant donné que le produit le plus nocif, la cigarette, est toujours en vente libre. Si la Belgique avait le même taux de décès et d'EVCI liés au tabagisme que la Suède entre 2000 et 2019, 90 570 décès et 2,5 millions d'EVCI auraient pu être évités.

### CONSIDÉRER LES PRFM ET L'INTERACTION ENTRE LE TABAGISME ET LA TUBERCULOSE :

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès dans le monde, et il inflige des dommages disproportionnés aux groupes de population pauvres, vulnérables et marginalisés ; plus de 80 % des fumeurs vivent dans des pays à revenu faible ou moyen (PRFM). Compte tenu de la nécessité de rendre accessibles, abordables et acceptables les substituts nicotiques sans fumée, le modèle suédois devrait être considéré comme une aide à la lutte antitabac dans les PRFM.





## RECOMMANDATION N°4

Envisager de financer des recherches dans les PRFM afin d'identifier les réponses politiques optimales, y compris le modèle suédois, pour soutenir le sevrage tabagique et améliorer l'accès, l'accessibilité financière et l'acceptation des produits de réduction des risques associés au tabagisme.

### MODÉLISATION PROSPECTIVE - MODÉLISATION DE SIMULATION POUR CALCULER LE NOMBRE POTENTIEL DE DÉCÈS LIÉS AU TABAC ÉVITÉS ET LE NOMBRE D'ANNÉES DE VIE GAGNÉES :

Les modèles proposés par Levy et al., Warner et al., Ramström et Yach ont été notés. Le Modèle de tabagisme et de vapotage (MTEV) de Levy et al. prévoit que, selon les schémas actuels de prévalence du tabagisme et du vapotage aux États-Unis, entre 2013 et 2060, le résultat net du passage des fumeurs aux produits de vapotage avec nicotine se traduira par :

- 1,8 million de décès prématurés liés au tabagisme en moins
- 38,9 millions d'années de vie gagnées

Au Canada, entre 2012 et 2052, cela se traduirait par :

- 130 000 décès évités
- 3,5 millions d'années de vie sauvées

En Allemagne, entre 2013 et 2060, cela se traduirait par :

- 300 000 décès évités
- 4,7 millions d'années de vie sauvées

En Angleterre, entre 2012 et 2052, cela se traduirait par :

- 200 000 décès évités
- 5 millions d'années de vie évitées

Derek Yach a montré comment l'adoption généralisée des PRR permettrait de réduire considérablement le nombre de décès liés au tabac d'ici à 2060. Selon les estimations de Yach, le bénéfice potentiel pour la santé publique est de 3 à 4 millions de décès annuels liés au tabac en moins en l'es-

pace de quatre décennies. « Selon lui, il n'existe aucune autre question de santé publique pour laquelle les gains potentiels atteignent un tel ordre de grandeur ».

Warner et Mendez ont proposé un modèle dans lequel les auteurs prévoient que la population américaine gagnerait près de 3,3 millions d'années de vie d'ici 2070 grâce aux fumeurs qui passeraient à l'e-cigarette. Ils ont conclu : « Les bénéfices pour la santé publique dépasseront les coûts potentiels des nouveaux fumeurs induits par le vapotage ».

Sur la base du rapport mondial de l'OMS sur la mortalité imputable au tabac, Lars Ramström a estimé que, chez les hommes de plus de trente ans, 355 000 vies par an auraient pu être sauvées dans l'Union européenne si les autres pays de l'UE avaient atteint le même taux de mortalité lié au tabac que la Suède.

### MODÉLISATION RÉTROSPECTIVE :

- **Sauver des vies :** Une comparaison de la mortalité attribuée au tabac entre 2000 et 2019 en Suède et dans l'Union européenne (UE), utilisant les données de l'étude de l'IMES sur la charge mondiale de morbidité, a montré que potentiellement 2,9 millions de décès prématurés auraient pu être évités.
- **Éviter l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) :** En outre, le modèle suédois pourrait avoir un impact encore plus important sur l'évitement de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI). Si l'UE avait utilisé le modèle suédois, 108 millions d'EVCI auraient pu être évitées dans l'UE. En bref, la population fumeuse adulte de l'UE aurait pu mener une vie plus saine et plus productive, comme en Suède.

## RECOMMANDATION N°5

Entreprendre une modélisation de simulation prospective et rétrospective sur une base multinationale et pluridisciplinaire, afin d'estimer et de mieux comprendre les avantages des stratégies de réduction des risques en termes d'années de vie sauvées, d'évitement des décès prématurés liés au tabac et d'années de vie corrigées de l'incapacité. Il s'agit d'une force mobilisatrice dans le domaine de la santé publique, comme l'a montré la pandémie de Covid.

## APERÇU DES CONSOMMATEURS

- **Recherche sur la consommation :** Le choix du consommateur peut être un moteur de changement, comme cela a été prouvé en Suède. L'étude de Ipsos 2023 a montré que l'acceptabilité, le caractère abordable et l'accessibilité sont les principaux moteurs de la migration des consommateurs de la forme de tabac la plus nocive (les cigarettes) vers l'abandon ou des formes de nicotine moins nocives.
- **Les raisons de santé** pèsent beaucoup plus lourd, avec l'âge, dans le choix des Suédois de passer de la cigarette aux substituts nicotiques sans fumée.

### RECOMMANDATION

N°6

En soutien à la COP 10 de la CCLAT, promouvoir l'engagement des consommateurs et une approche globale de la société pour lutter contre l'épidémie de tabagisme, notamment en menant des études sur le comportement des consommateurs. Exploiter les connaissances des consommateurs suédois pour soutenir la lutte contre le tabagisme dans d'autres pays.

### RECOMMANDATION

N°7

Appel à toutes les parties prenantes de la lutte antitabac et de la réduction des risques à affirmer et à soutenir la déclaration politique des Nations unies issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (2011), qui appelle à un effort « de l'ensemble du gouvernement » et « de l'ensemble de la société ». En outre, « reconnaître que l'augmentation de la prévalence, de la morbidité et de la mortalité des maladies non transmissibles dans le monde peut être largement prévenue et contrôlée par une action collective et multisectorielle de tous les États membres et des autres parties prenantes concernées aux niveaux local, national, régional et mondial, et en augmentant la priorité accordée aux maladies non transmissibles dans la coopération au développement en renforçant cette coopération à cet égard ».



Tableau 1 :

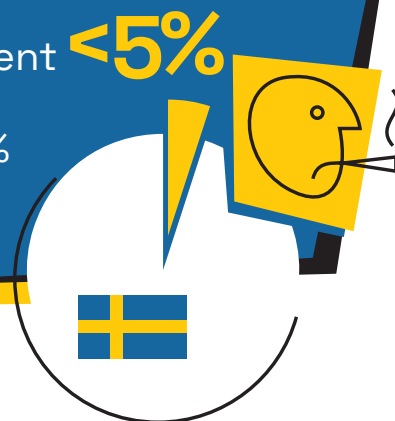
En prenant la Suède comme référence, le tableau ci-dessous montre l'impact transformateur qu'une baisse de la prévalence du tabagisme peut avoir sur la santé d'une nation en termes de décès évités et d'années de vie gagnées. Des données détaillées et élargies sont disponibles à l'Annexe 1.

Pays	Décès potentiels évités	Années de vie potentielles cumulées	EVCI potentielles évitées
Danemark	116 284	2 125 295	2 470 455
Pays-Bas	125 151	3 178 308	3 572 180
Italie	124 750	4 263 002	4 369 863
France	90 570	2 303 844	2 511 439
Allemagne	454 366	15 504 344	17 981 109
Royaume-Uni	680 808	13 477 253	15 856 067
Espagne	30 865	3 900 229	3 352 663
Pologne	442 020	16 829 681	17 498 524
Roumanie	251 205	10 530 736	10 479 915
Grèce	169 522	4 040 339	4 511 619
Bulgarie	249 280	7 660 410	8 109 450
Hongrie	251 124	7 942 192	8 494 164
<b>UE</b>	<b>2 890 004</b>	<b>103 436 746</b>	<b>107 978 932</b>

Introduction :

## QUE SIGNIFIE L'EXPRESSION « SANS FUMÉE » ?

La quête du « sans fumée » : pourquoi et comment la santé publique mondiale a fixé l'objectif ambitieux d'une prévalence du tabagisme de 5 % comme « fin de partie » du contrôle du tabac



### 1.1 Une priorité de la politique de santé publique - « Sans fumée »

#### Une priorité politique

Le 3 février 2021, la Commission européenne a lancé son très attendu « Plan européen pour vaincre le cancer »<sup>1,2</sup> - une initiative menée par la commission spéciale du Parlement européen sur la lutte contre le cancer (BECA). Doté d'un budget de 4 milliards d'euros, le plan s'articule autour de quatre piliers essentiels pour lutter contre le cancer : (1) la prévention ; (2) la détection précoce ; (3) le diagnostic et le traitement ; (4) la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et de ceux qui y ont survécu<sup>4</sup>. L'un des domaines d'action prioritaires du premier pilier de la prévention est « l'édification d'une Europe sans tabac »<sup>2</sup>, étant donné que la consommation de tabac reste la principale cause de cancer évitable (27 % de l'ensemble des cancers)<sup>3</sup>.

#### La signification de l'expression « sans tabac »

En pratique, qu'est-ce que cela signifie d'être « sans tabac » ? La réponse dépend en partie de la position de chaque pays sur les produits de réduction des risques (PRR), tels que les systèmes électroniques de délivrance de nicotine (SEDN), les sachets de nicotine orale, les produits du tabac chauffés (PTC) et le snus. Alors que l'article 1(d) de la CCLAT de l'OMS<sup>4</sup> affirme l'inclusion de « stratégies de réduction des risques » dans le cadre d'une approche intégrée de la lutte antitabac, le discours politique relatif aux PRR reste hétérogène<sup>5</sup>. Par exemple, alors que la Suède a réussi à faire du snus une alternative moins nocive aux cigarettes combustibles, la Belgique a publié en 2022 un décret interdisant la vente de sachets de nicotine<sup>6</sup>.



Néanmoins, la notion de « génération sans tabac » (GSN), approuvée par l'OMS, s'impose dans la plupart des pays comme un objectif à atteindre ; elle est définie comme une prévalence du tabagisme chez les adultes inférieure à 5 %, associée à une législation qui interdit la vente de produits du tabac aux personnes nées après une certaine date<sup>7</sup>, par exemple, à Singapour, la vente de tabac est interdite à : « une personne âgée de moins de 18 ans ou un citoyen né le 1er janvier 2000 ou après cette date »<sup>8</sup>.

### Une poussée internationale vers le programme « sans fumée »

Depuis l'observation de Michael Russell en 1976 selon laquelle « les gens fument pour la nicotine mais meurent à cause du goudron »<sup>9</sup>, un nombre croissant de preuves (voir la partie 1 du présent rapport) a démontré de manière concluante que les PRR non combustibles sont nettement moins nocives que les cigarettes combustibles<sup>10-13</sup>. C'est ainsi qu'est apparu un autre terme que « sans tabac », qui reconnaît comme il se doit le rôle joué par les PRR dans le remplacement des cigarettes combustibles, en plus des mesures traditionnelles de lutte antitabac MPOWER<sup>14</sup>. L'expression « sans fumée » est définie comme une prévalence du tabagisme chez les adultes inférieure à 5 %, ce qui implique que les PRR sont un ingrédient clé pour accélérer la réalisation de l'objectif d'une « fin de partie » pour les cigarettes combustibles<sup>5</sup>. Voici quelques exemples de politiques visant à obtenir le statut « sans fumée » (avec l'année cible) :

- L'UE : Le plan européen de lutte contre le cancer (2040)<sup>2</sup>
- États-Unis : Peuple en bonne santé (2030)<sup>15</sup>
- Nouvelle-Zélande : Aotearoa sans fumée (2025)<sup>16</sup>
- Angleterre : L'ambition 2030 sans tabac pour l'Angleterre (2030)<sup>17</sup>
- Suède : « Fin de partie » du tabac - Suède « sans fumée » (2025)<sup>18</sup>

## 1.2 Pourquoi aspirer au programme « sans fumée » ?

### Les risques du tabagisme pour les individus et la société

La fumée de tabac contient plus de 7 000 substances chimiques, dont 250 sont connues pour leur nocivité, y compris 70 substances cancérogènes<sup>19</sup>. Sur les 1,3 milliard de personnes qui fument dans le monde, plus de la moitié

en mourront prématurément ; chaque année, plus de 8 millions de décès prématurés sont imputables au tabagisme<sup>20</sup>. En outre, pour chaque décès prématuré, 30 personnes vivent avec une maladie grave liée au tabagisme qui limite leur qualité de vie<sup>21</sup>. Ces chiffres donnent un aperçu sombre des dommages individuels et sociétaux causés par les cigarettes combustibles.



Le terme « sans fumée » est défini  
comme moins de

**5%**

des adultes qui fument

# SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Tableau 2 : Facteurs d'incitation sélectionnés pour s'éloigner des risques individuels et sociétaux du tabac combustible.

Individuel	Considération	Sociétal
<p>Les effets néfastes du tabagisme sur la santé sont largement documentés ; à l'échelle mondiale, il s'agit de la principale cause de décès évitable. Par exemple, les personnes qui fument ont jusqu'à 30 fois plus de risques d'être atteintes d'un cancer du poumon<sup>22</sup> ; le risque de mortalité prématurée toutes causes confondues est plus que doublé chez les fumeurs<sup>23</sup>. L'impact délétère du tabagisme sur la qualité de vie est également bien établi, avec une relation dose-réponse entre le tabagisme et la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Xu et al. ont récemment démontré une perte moyenne de 8,1 années de vie corrigées de la qualité (AVAQ) chez les fumeurs<sup>24</sup>.</p>	<b>Santé</b>	<p>Alors que le tabagisme est souvent perçu comme une activité sociale et une raison fréquente de commencer à fumer, des résultats récents de l'étude longitudinale anglaise sur le vieillissement, représentative au niveau national, indiquent que le tabagisme prolongé accroît l'isolement social et la solitude. Même après ajustement en fonction de l'âge, du sexe et du statut socio-économique, les personnes qui fument ont des interactions sociales moins fréquentes avec leur famille et leurs amis, participent moins souvent à des activités communautaires et culturelles et sont plus susceptibles de vivre seules<sup>25</sup>. Compte tenu de la tendance mondiale au vieillissement de la population, il s'agit là d'une raison supplémentaire de passer à « sans fumée ».</p>
<p>Dans une méta-analyse de 2017 sur l'association entre la prévalence du tabagisme et le niveau de revenu, Casetta et al. ont constaté qu'un revenu plus faible était systématiquement associé à une prévalence du tabagisme plus élevée (OR 1,45 ; IC à 95 % 1,35-1,56)<sup>26</sup>. En outre, comme le tabagisme est concentré dans les groupes pauvres et vulnérables, il existe un cercle vicieux de dépendance à la cigarette et de pauvreté<sup>27</sup>.</p>	<b>Économie</b>	<p>À l'échelle mondiale, le tabagisme fait peser sur les économies plus de 1 000 milliards de dollars en coûts de santé et en perte de productivité chaque année. Ce fardeau économique affecte de manière disproportionnée les PFRM, puisque 80 % des personnes qui fument vivent dans ces pays<sup>27</sup>. Le résultat net est que les inégalités socio-économiques sont exacerbées, que la productivité économique est entravée et que la croissance du PIB est limitée<sup>28</sup>.</p>
<p>Voici deux exemples de dommages environnementaux causés aux individus par les cigarettes combustibles : (i) les incendies domestiques : Malgré la mise au point de cigarettes dites « antifeu », elles restent la première cause d'incendies domestiques mortels<sup>29,30</sup>, même dans les pays où la prévalence du tabagisme a diminué ces dernières années<sup>31</sup> ; (ii) la pollution par la fumée de tiers : il s'agit des résidus de fumée de longue durée qui persistent sur les surfaces à l'intérieur des habitations. L'accumulation des composants toxiques de la fumée pollue l'environnement intérieur, et les nourrissons y sont particulièrement vulnérables car ils passent beaucoup de temps à l'intérieur<sup>32</sup>.</p>	<b>Environnement</b>	<p>Les mégots de cigarettes sont la forme de pollution plastique la plus répandue dans le monde. Chaque année, 5,6 trillions de cigarettes sont fumées, dont les deux tiers sont jetés de manière inappropriée<sup>33</sup>. Cela représente 766,6 millions de kilogrammes de déchets toxiques chaque année ; il s'agit des déchets plastiques les plus fréquemment trouvés lors des nettoyages de plages<sup>34</sup>. Les effets néfastes sur l'environnement sont évidents : par exemple, les fuites de microplastiques dans l'écosystème marin et l'accumulation de microplastiques dans le réseau alimentaire. L'OMS et le PNUE se sont associés pour s'attaquer à ce problème urgent dans le cadre de la campagne « Mers propres »<sup>34</sup>.</p>
<p>Les risques directs du tabagisme passif pour l'individu sont indiscutables. Une méta-analyse (compilant les résultats de 24 études) a révélé une augmentation significative du risque de maladie chez les personnes exposées au tabagisme passif : 66 % pour la BPCO, 35 % pour les accidents vasculaires cérébraux et 27 % pour les cardiopathies ischémiques<sup>35</sup>. Les bébés et les nourrissons sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes du tabagisme passif, qui est impliqué dans 60 % des cas de mort subite du nourrisson (également connue sous le nom de mort subite du nourrisson)<sup>36</sup>.</p>	<b>Jeunesse</b>	<p>Pour réaliser l'ambition d'une « fin de partie » sans fumée, la société doit éliminer progressivement la consommation de cigarettes combustibles à chaque génération. Il est prouvé que le tabagisme des parents est l'une des principales raisons de l'initiation des jeunes au tabac ; les enfants dont les parents fument sont 4x plus susceptibles de commencer à fumer eux-mêmes<sup>37</sup>. Il est intéressant de noter que les enfants dont les parents ont arrêté de fumer ne sont pas plus susceptibles de fumer que les enfants dont les parents n'ont jamais fumé<sup>38</sup>.</p>



## 1.3 Produits de réduction des risques (PRR) : Une issue de secours pour les fumeurs qui luttent pour arrêter de fumer

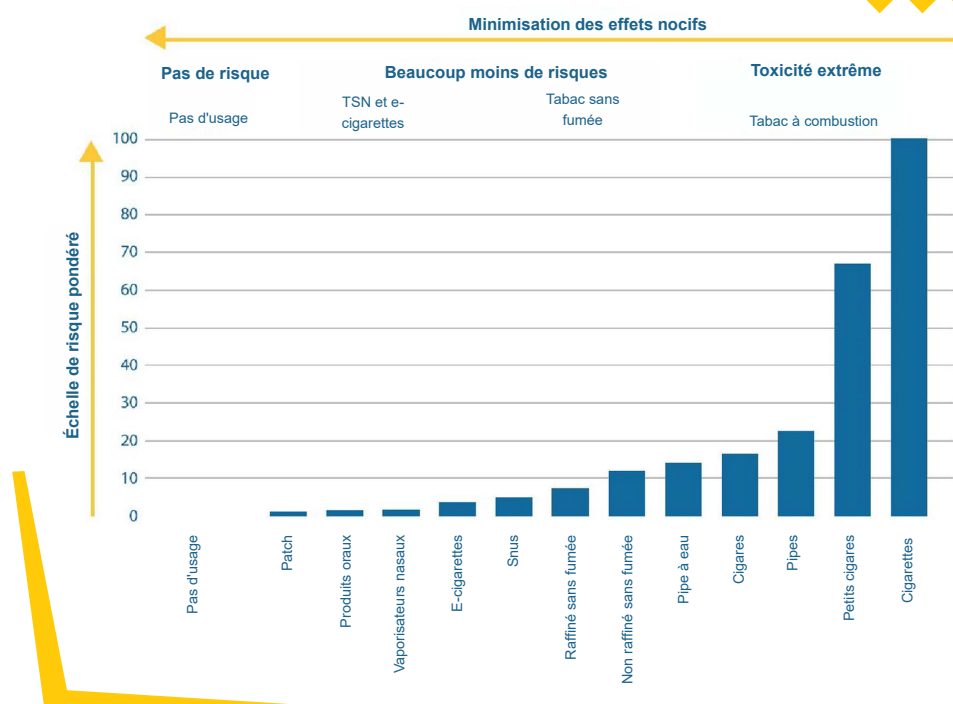
Les décideurs politiques et les consommateurs sont très désireux de s'éloigner des effets nocifs des cigarettes combustibles. Sept adultes fumeurs sur dix souhaitent arrêter de fumer et trois quarts d'entre eux regrettent d'avoir commencé à fumer<sup>39</sup>. Sur les 44 % qui tentent d'arrêter de fumer, seuls 4 à 7 % y parviennent<sup>20</sup> ... le nombre moyen de tentatives d'arrêt avant d'y parvenir est de 30<sup>40</sup>.

Les produits de réduction des risques (PRR) offrent une issue de secours. En supprimant l'élément de combustion, ces alternatives sans fumée sont manifestement moins nocives que les cigarettes et permettent de fournir de la nicotine sans le goudron. Malheureusement, la nicotine elle-même reste une molécule largement incomprise ; dans une étude américaine récente portant sur 1058 médecins, la grande majorité d'entre eux étaient "tout à fait d'accord" pour dire que la nicotine contribue directement au développement des maladies cardiovasculaires (83%), de la BPCO (81%) et du cancer (81%)<sup>41</sup>. Ces perceptions erronées se reflètent dans la population des consommateurs - en 2020, Rajkumar et al. ont mené une étude internationale sur les adultes (n=54 627) qui fument, utilisent des PRR ou ont déjà fumé ou utilisé des PRR au cours des cinq dernières années. Ils ont constaté que 89 % des consommateurs actuels pensent que la nicotine est nocive et que 78 % d'entre eux estiment qu'elle est la cause principale des cancers liés au tabac<sup>42</sup>.

### LA VÉRITÉ SUR LA NICOTINE ET LES ALTERNATIVES PLUS SÛRES

Le Prof. Dr. Neal L. Benowitz, médecin de renommée mondiale et expert prééminent en pharmacologie de la nicotine, a déclaré : « La nicotine joue un rôle mineur, voire nul, dans les maladies induites par le tabagisme »<sup>20</sup> Le Dr. Colin Mendelsohn est un autre médecin passionné par la dissipation des mythes sur la nicotine et l'aide aux fumeurs pour qu'ils cessent de fumer. Dans un chapitre intitulé « Busting the Myths about Nicotine » de son livre récemment publié, le Dr. Mendelsohn fait la synthèse d'un ensemble de preuves solides démontrant que la nicotine ne provoque pas de cancer, de maladie pulmonaire ou de maladie cardiaque<sup>43</sup>. Par conséquent, en passant des cigarettes combustibles aux substituts nicotiques sans fumée, les gains potentiels en matière de santé publique sont remarquables. Comme l'a déclaré le Royal College of Physicians dans son rapport phare « Nicotine Without the Smoke »<sup>44</sup> : « (...) la nicotine elle-même n'est pas particulièrement dangereuse. Si la nicotine pouvait être fournie sous une forme acceptable et efficace en tant que substitut de la cigarette, des millions de vies pourraient être sauvées ».

**Figure 1 :** La nocivité pondérée du tabac combustible par rapport aux alternatives non combustibles, placée sur le « continuum de minimisation de la nocivité » par Abrams et al.<sup>45</sup>



## 1.4 Comment obtenir le statut « sans fumée » ?

### DIFFÉRENTES APPROCHES DE LA « FIN DE PARTIE »

Depuis l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) par l'OMS en 2003<sup>46</sup>, diverses stratégies « fin de partie » ont été proposées pour éliminer progressivement la consommation de tabac<sup>47</sup>. Elles peuvent être classées en trois catégories :

- **Les mesures MPOWER de la CCLAT :** elles comprennent les espaces publics sans fumée, l'aide au sevrage, les étiquettes d'avertissement, les emballages neutres, l'interdiction de la publicité, les campagnes de santé publique et l'augmentation des taxes sur les produits du tabac<sup>14</sup>.
- **La proposition « Génération sans tabac » (GST) :** elle interdit la vente de produits du tabac aux personnes nées après une certaine date, par exemple, à Singapour, aux citoyens nés le 1er janvier 2000 ou après<sup>8</sup>.
- **Réduction des risques grâce à des produits alternatifs à base de nicotine :** Pour les fumeurs qui luttent pour arrêter de fumer, donner accès à des alternatives moins nocives (PRR), par exemple les e-cigarettes, les sachets de nicotine orale, le snus et les produits du tabac chauffés. Cette approche n'est actuellement pas adoptée par la CCLAT de l'OMS, bien qu'elle soit inscrite à l'article 1(d) du traité original<sup>4</sup>.

Toutes les approches susmentionnées s'accordent sur le fait que les dommages liés au tabac restent inacceptables. Si les mesures MPOWER ont permis de réduire les taux de tabagisme, de nombreux pays développés où elles ont été mises en œuvre se trouvent aujourd'hui à un plateau de prévalence du tabagisme de 15 à 25 %<sup>47</sup> - loin de l'ambition d'un monde sans tabac de moins de 5 %. En effet, comme Bonita et Beaglehole l'ont récemment commenté, « la lutte antitabac ne fonctionne pas pour la plupart des pays du monde. (...) La stratégie manquante dans les politiques de l'OMS et de la CCLAT est la réduction des risques »<sup>48</sup>.

### ACCÉLÉRATION DE LA FIN DU TABAGISME

Le Dr. Derek Yach, ancien directeur exécutif des maladies non transmissibles à l'OMS, qui a joué un rôle central dans l'élaboration de la CCLAT, a également appelé à une modification du statu quo. Dans un document intitulé « Accelerating an end to smoking » (« Accélération de la fin du tabagisme »)<sup>5</sup>,



Yach note que la mise en œuvre des mesures MPOWER laisse à désirer, par exemple, seuls 23 pays dans le monde fournissent des services de désaccoutumance au tabac au niveau des meilleures pratiques. L'appel à l'action lancé par Yach trouve un écho chez Bonita et Beaglehole : « Pour réduire les taux de mortalité et de morbidité d'ici vingt ans, nous devons envisager de nouvelles stratégies pour accélérer l'arrêt de la consommation chez les adultes. En particulier, nous devons adopter des tactiques empathiques qui encouragent les fumeurs à arrêter de fumer ou à changer de mode de consommation - y compris l'utilisation de produits de réduction des risques (PRR) »<sup>5</sup>.

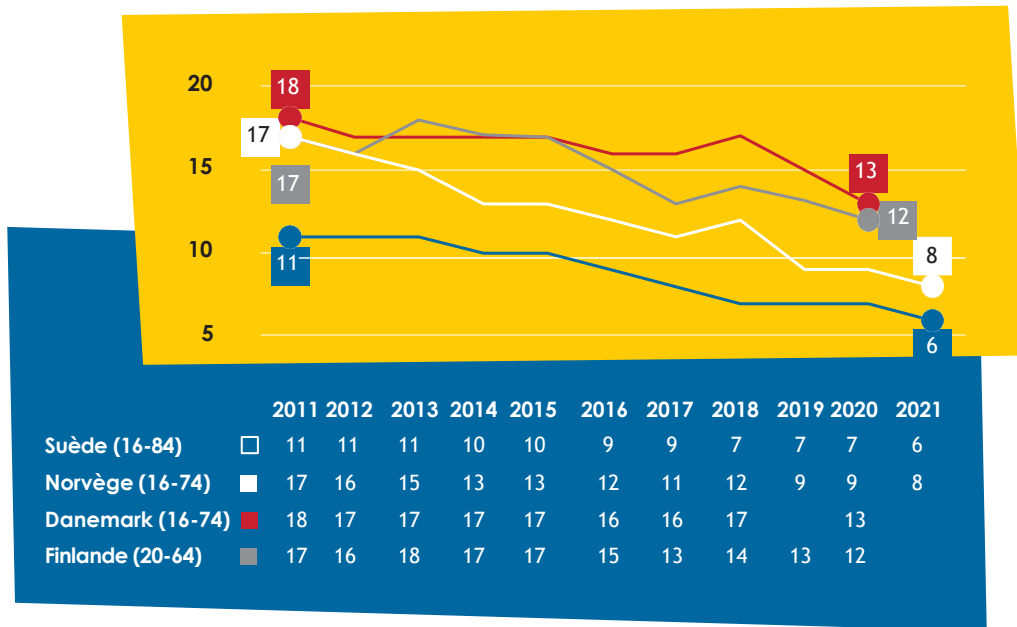
### REDUCTION DES RISQUES ASSOCIÉS AU TABAGISME : PREUVE DE CONCEPT

Comme les PRR sont disponibles depuis plus de vingt ans, il existe des preuves de leur capacité à remplacer les cigarettes et à réduire les dommages pour les utilisateurs individuels. Dans une étude récemment publiée par le Dr. Karl Fagerström, la prévalence du tabagisme dans les pays où l'adoption des PRR est relativement élevée a été comparée à celle des pays voisins où les PRR sont moins répandus : « Les données indiquent que les pays où l'adoption des produits nicotiques de substitution est élevée ont été en mesure d'atteindre des taux de tabagisme plus faibles »<sup>49</sup>. Pour prendre l'exemple des pays nordiques, la Suède et la Norvège (où le snus et la nicotine orale sont disponibles) sont loin devant leurs voisins, le Danemark et la Finlande (où ces PRR sont interdits), pour ce qui est de parvenir à une société sans fumée<sup>49</sup> :





Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien en Suède et en Norvège (où le snus est disponible) par rapport au Danemark et à la Finlande (où le snus est interdit)<sup>49</sup>



## 1.5 Appel en faveur d'une stratégie intégrée « sans fumée » et « fin de partie »

L'objectif ultime de toute stratégie « fin de partie » devrait être de réduire au minimum les maladies liées au tabac et les décès prématurés. Chacune des trois approches (politiques traditionnelles de lutte antitabac MPOWER, génération sans tabac et réduction des risques) a ses mérites et ses limites pour atteindre l'objectif « sans fumée » d'une prévalence du tabagisme inférieure à 5%. Prises isolément, il est peu probable qu'elles atteignent cet objectif. Toutefois, en intégrant les idées de chacune de ces stratégies, une feuille de route pragmatique et réaliste vers la « fin de partie du tabagisme » est en vue<sup>5, 47-49</sup>.

Une révolution fondée sur la science et menée par les consommateurs est nécessaire pour accélérer la fin du tabagisme. En combinant des mesures MPOWER strictes pour le

tabac combustible avec un cadre réglementaire et fiscal qui incite les fumeurs à passer à des substituts nicotiques plus sûrs, l'ambition de devenir un pays sans fumée est tout à fait réalisable.

En Europe, la Suède montre la voie en adoptant cette approche intégrée. Si la prévalence de la consommation de nicotine est comparable à la moyenne de l'UE, la grande majorité de cette consommation se fait par le biais d'alternatives plus sûres et non combustibles<sup>50</sup> ; la prévalence du tabagisme en Suède (5,6 %) est près de cinq fois inférieure à la moyenne de l'UE (23 %)<sup>51</sup>. En conséquence, la Suède a les taux de maladie et de mortalité liés au tabac les plus bas de l'UE<sup>52</sup>.

# MALADIES LIÉES AU TABAC ET DÉCÈS PRÉMATURÉS :



Analyse comparative des principaux indicateurs de santé publique entre la Suède, l'Union européenne et certains autres pays

## 2.1 Principales bases de données et mesures de santé publique relatives au tabagisme

### 2.1.1 Sources de données

Pour quantifier et comparer les maladies et les décès prématurés liés au tabagisme dans différents pays, il faut utiliser des données représentatives au niveau national provenant de sources fiables. Les deux principales sources de données pour ce chapitre sont les suivantes :

a) **Le rapport mondial de l'OMS sur la mortalité attribuable au tabac<sup>53</sup>** : bien que ce rapport ait été publié en 2012, il cite des données collectées en 2004. Il s'agit du rapport le plus récent de l'OMS en la matière.

b) **L'étude de la Charge mondiale de morbidité (CMM) de l'Institut de métrologie et d'évaluation de la santé (IMES)<sup>54</sup>** :

Avec plus d'un milliard de points de données dans plus de 200 pays, ce projet de recherche collaborative mené par l'université de Washington est l'effort scientifique le plus important et le plus détaillé pour compiler des données d'observation sur les mesures de la santé. Il est très respecté par les communautés scientifiques et politiques ; plus de 400 publications évaluées par des pairs ont été publiées depuis 2010 sur la base des données de l'IMES. Dans ce chapitre, la CMM présente l'avantage supplémentaire de compiler des données plus récentes (de 1990 à 2019) que le rapport de l'OMS susmentionné.



## 2.1.2 Principaux indicateurs de santé

Les principales mesures de santé citées dans ce chapitre sont les décès dus au tabagisme et l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) liées à :

- Toutes causes confondues
- Maladies non transmissibles (MNT)
- Tous les cancers
- Cancers des voies respiratoires (trachée, bronches, poumons)
- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Maladies cardiovasculaires
- Infections des voies respiratoires inférieures

### Décès et EVCI

En comparant les taux de mortalité et les EVCI, les différences entre les populations des pays sont prises en compte dans la comparaison de la mortalité et de la morbidité imputables au tabagisme. Une EVCI est une mesure universelle qui correspond à la somme des années de vie perdues (AVP) et des années vécues avec une incapacité (AVI). Une EVCI équivaut à une année de vie en bonne santé perdue<sup>54</sup>.

Figure 3 : Explication schématique de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI)<sup>55</sup>

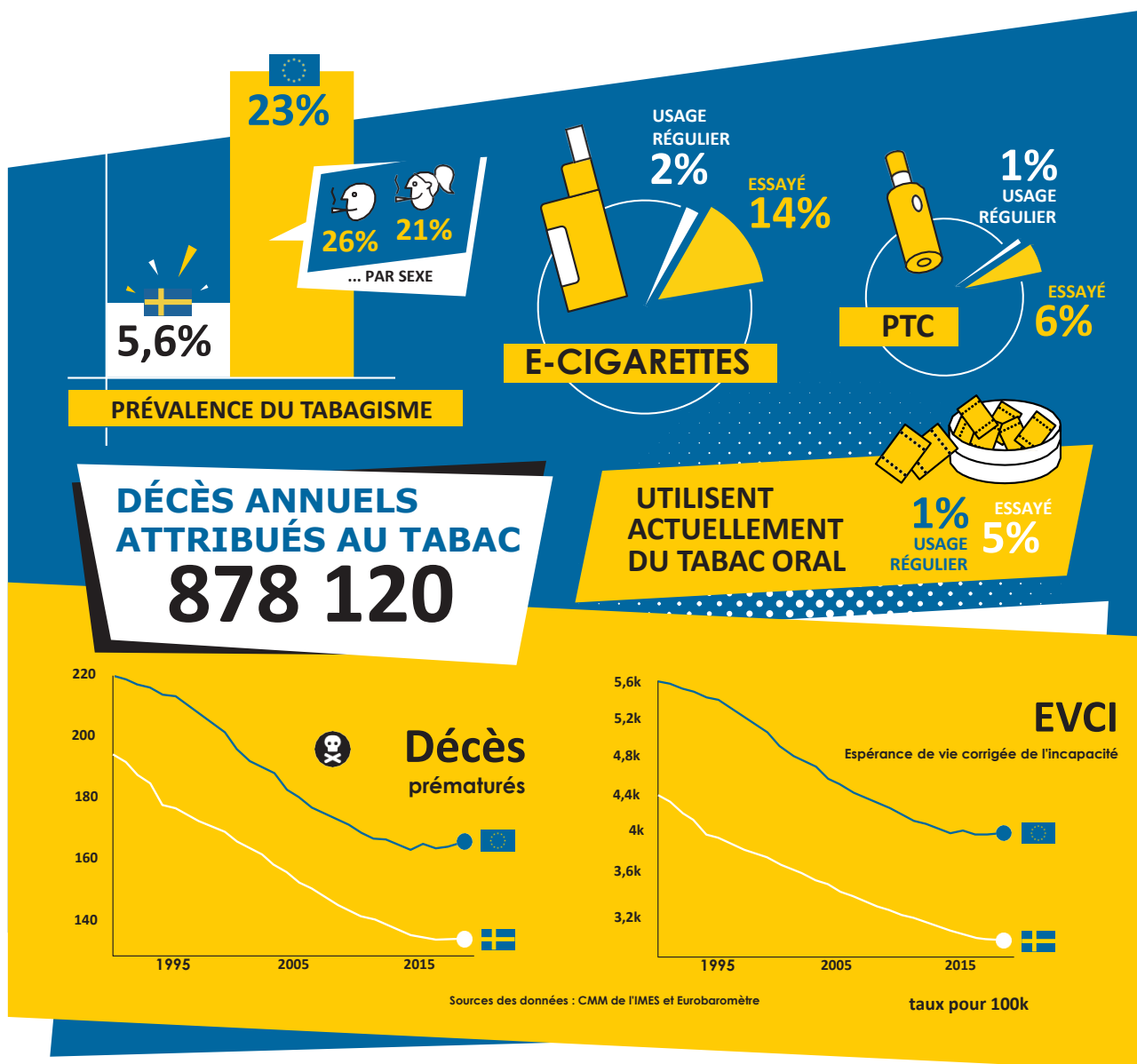


Le coût économique par EVCI a été récemment calculé par Daroudi et al.<sup>56</sup> à partir des données de l'IMES pour des pays ayant différents niveaux d'indice de développement humain (IDH). Le coût estimé par EVCI évitée était de 998 USD, 6522 USD, 23 782 USD et 69 499 USD dans les pays à IDH faible, moyen, élevé et très élevé. À l'avenir, il sera donc possi-

ble de quantifier et de comparer les coûts humains et économiques potentiels du tabagisme entre les pays. Sur les 27 pays de l'UE, 26 sont classés dans la catégorie « IDH très élevé » et un (la Bulgarie) dans la catégorie « IDH élevé »<sup>57</sup>.

## 2.2 Les performances de la Suède en matière de lutte antitabac comparées à celles de l'Union européenne (UE)

Tout d'abord, les performances de la Suède seront comparées aux performances moyennes de l'Union européenne au cours des 20 années entre 2000 et 2014<sup>54</sup>. On peut ainsi calculer le nombre potentiel de décès, d'EVCI et de coûts économiques qui auraient pu être évités. Cette présentation sera suivie de représentations visuelles de données sur la santé qui reflètent le succès de la Suède, par rapport à d'autres pays de l'UE sélectionnés, dans la mise en place d'un environnement sans fumée.



**SI L'UNION EUROPÉENNE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :**

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

**2 890 004**

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

**103 436 746**

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**107 978 932**

Figure 4 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'UE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>



**Tableau 3 :** Comparaison de la morbidité attribuée au tabac entre 2000 et 2019 en Suède et dans l'UE, sur la base des données de la CMM de l'IMES.<sup>54</sup> La colonne en bleu « UE (si évaluée comme la Suède) » est un chiffre hypothétique calculé à l'aide de l'équation suivante : (nombre réel d'EVCI perdues dans l'UE/taux d'EVCI perdues dans l'UE) multiplié par le taux d'EVCI perdues de la Suède. Toutes causes confondues, si l'UE avait le même taux de perte d'EVCI imputable au tabagisme que la Suède au cours de ces 20 années, 108 millions d'EVCI perdues auraient pu être évitées.

### Décès imputables au tabagisme : Suède vs UE (2000-2019)

Cause du décès	Décès dus au tabagisme, taux pour 100k (2000-2019)		Décès dus au tabagisme, nombre (2000-2019)		Décès qui auraient pu être évités, nombre
	Suède	UE	UE (réel)	UE (si évalué comme pour la Suède)	
Maladies non transmissibles (MNT)	139,9	167,6	16 870 287	14 082 789	2 787 499
Tous les cancers	56,0	79,6	8 020 071	5 637 051	2 383 020
Cancers des voies respiratoires	28,4	44,0	4 434 576	2 858 811	1 575 765
BPCO	18,9	23,2	2 336 499	1 906 782	429 717
Maladies cardiovasculaires	52,7	55,2	5 541 923	5 294 089	247 834
Infections des voies respiratoires inférieures	5,0	5,9	595 510	503 637	91 873
Toutes causes confondues	145,8	174,5	17 562 390	14 672 386	<b>2 890 004</b>



## Taux de mortalité attribuable au tabagisme par cause : Suède vs UE (2000-2019)

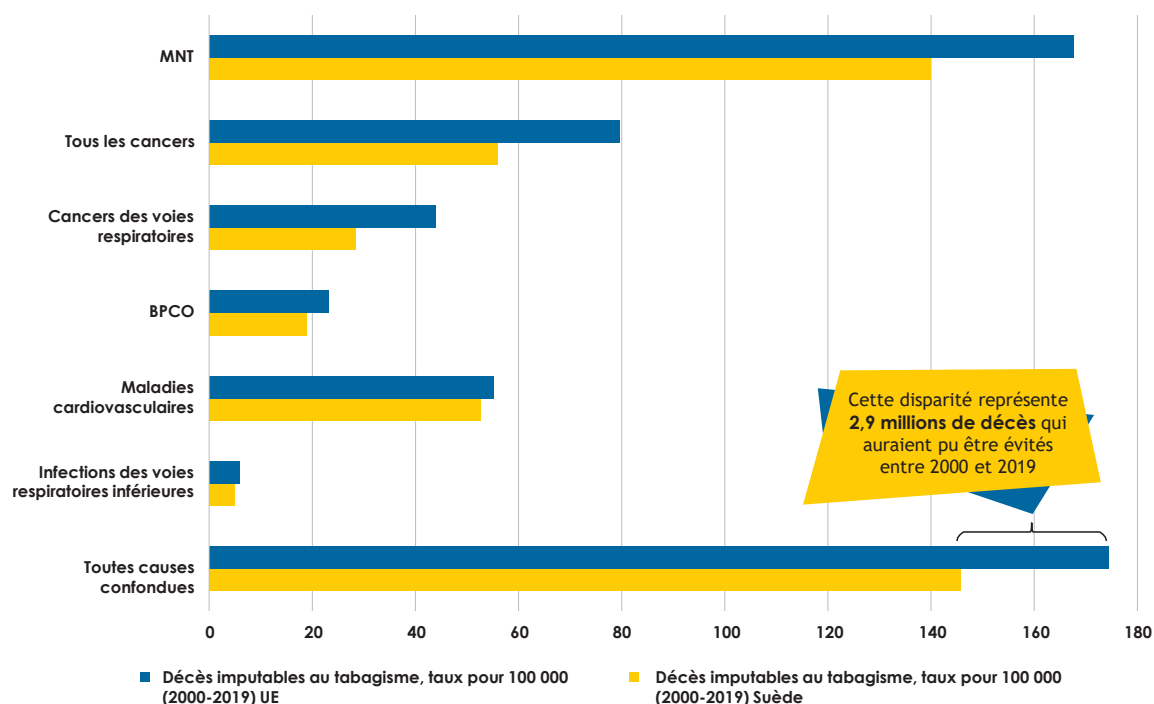


Figure 5 : Diagramme à barres empilées représentant les données du Tableau 3. Toutes les données sont utilisées avec l'autorisation de la CMM de l'IMES.<sup>54</sup>

## Perte d'EVCI imputable au tabagisme : Suède vs UE (2000-2019)

Cause de la perte d'une EVCI	EVCI imputables au tabagisme, taux pour 100 000 (2000-2019)		EVCI imputables au tabagisme, nombre (2000-2019)		EVCI perdues qui auraient pu être évitées
	Suède	UE	UE (réel)	UE (si évalué comme pour la Suède)	
MNT	3 211,7	4 238,6	426 581 452	323 185 122	103 396 330
Tous les cancers	1 093,1	1 749,8	176 247 374	110 085 240	66 162 134
Cancers des voies respiratoires	558,1	961,2	96 833 104	56 220 730	40 612 374
BPCO	485,5	527,1	53 109 026	48 925 974	4 183 052
Maladies cardiovasculaires	1 032,8	1 275,2	128 079 066	103 732 113	24 346 954
Infections des voies respiratoires inférieures	64,3	99,4	9 997 373	6 459 388	3 537 985
Toutes causes confondues	3 307,2	4 379,6	440 763 826	332 836 144	107 927 682

Tableau 4 : Comparaison de la morbidité attribuée au tabac entre 2000 et 2019 en Suède et dans l'UE, sur la base des données de l'étude de l'IMES sur la charge mondiale de morbidité<sup>53</sup>. La colonne en bleu « L'UE (si évaluée comme la Suède) » est un chiffre hypothétique calculé par l'équation suivante : (nombre réel d'EVCI perdues dans l'UE / taux d'EVCI perdues dans l'UE) multiplié par le taux d'EVCI perdues de la Suède. Toutes causes confondues, si l'Union européenne avait le même taux de perte d'EVCI attribuable au tabagisme que la Suède au cours de ces 20 années, 108 millions d'EVCI perdues auraient pu être évitées.



## Perte d'EVCI attribuable au tabagisme, par cause : Suède vs UE (2000-2019)

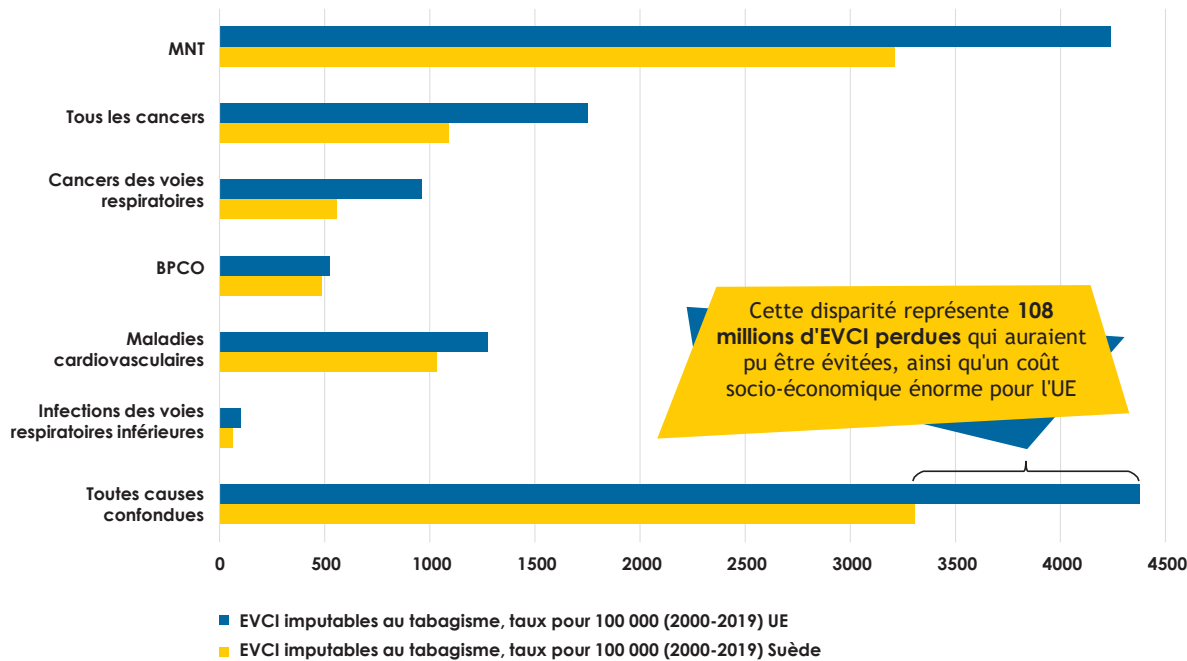


Figure 6 : Diagramme à barres empilées représentant les données du tableau 4. Toutes les données sont utilisées avec l'autorisation de la CMM de l'IMES.<sup>54</sup>

## 2.3 Comparaison des performances de la Suède en matière de lutte antitabac avec celles de certains pays de l'UE (sur la base des données de l'OMS)

### Les données de l'OMS et de l'OCDE corroborent celles de l'IMES

Les données de l'IMES (figures 3 et 4) sont corroborées par les données de l'OMS, qui montrent une tendance similaire dans les pays européens en ce qui concerne la morbidité et la mortalité liées au tabagisme. Examinez les graphiques ci-dessous produits par la Commission Snus<sup>58</sup> à partir de données de l'OCDE<sup>59</sup> et du rapport mondial 2012 de l'OMS sur la mortalité attribuable au tabac<sup>55</sup>. La partie gauche (figure 7) montre le pourcentage d'hommes âgés de plus de 30 ans qui fument quotidiennement. La partie droite (figure 8) montre le taux de mortalité chez les hommes âgés de plus de 30 ans attribuable au tabac. Il est à noter que la Suède surpasse toutes les autres nations de l'UE dans ces

domaines, avec des taux de tabagisme et des taux de décès dus au tabagisme plus de deux fois inférieurs à la moyenne de l'UE :

### La Suède a les taux de cancer les plus bas de l'UE

En plus des données ci-dessus tirées du rapport 2012 de l'OMS, des données plus récentes du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS montrent que la Suède a le taux de mortalité le plus bas chez les hommes, tous cancers confondus (voir la figure 9 ci-dessous). Plus précisément, l'incidence du cancer du poumon y est la plus faible d'Europe pour les deux sexes (17,7 pour 100 000). Le taux de mortalité par cancer du poumon en Suède (14,4 décès pour 100 000) est donc le plus bas de l'Union européenne<sup>60</sup>.

# SAVING LIVES LIKE SWEDEN

### Prévalence du tabagisme

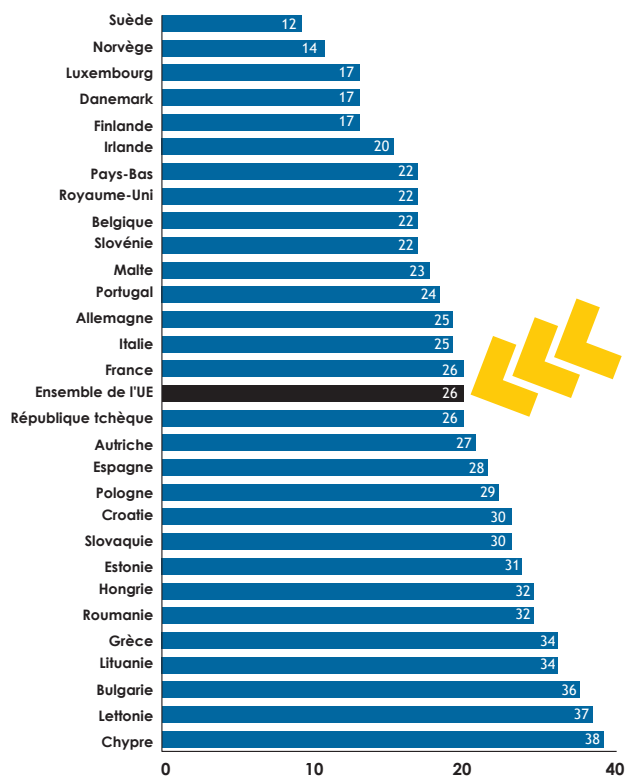


Figure 7 : Pourcentage d'hommes âgés de plus de 30 ans qui fument quotidiennement<sup>58</sup>.

### Mortalité liée au tabagisme

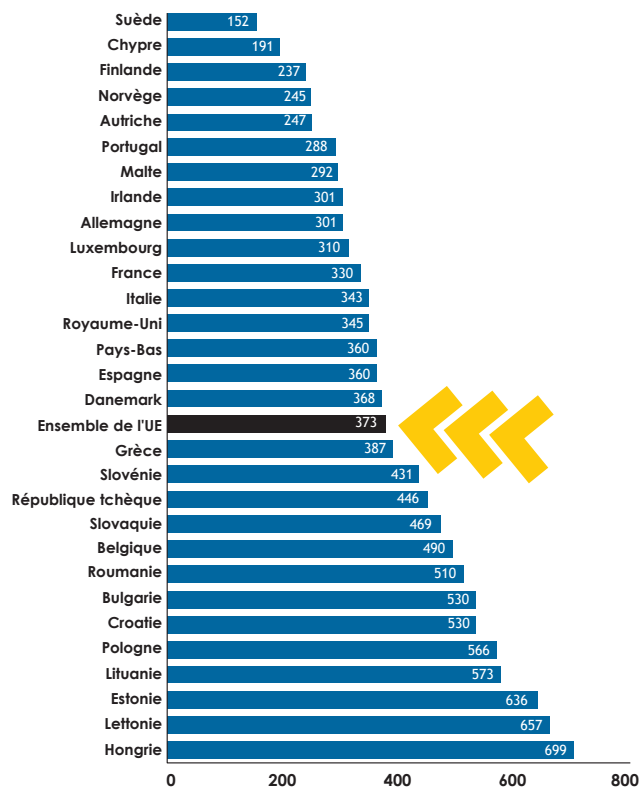


Figure 8 : Taux de mortalité attribuable au tabac chez les hommes âgés de plus de 30 ans pour 100 000 habitants<sup>53</sup>.

## Taux de mortalité normalisés selon l'âge en 2020 pour tous les cancers, Région européenne de l'OMS

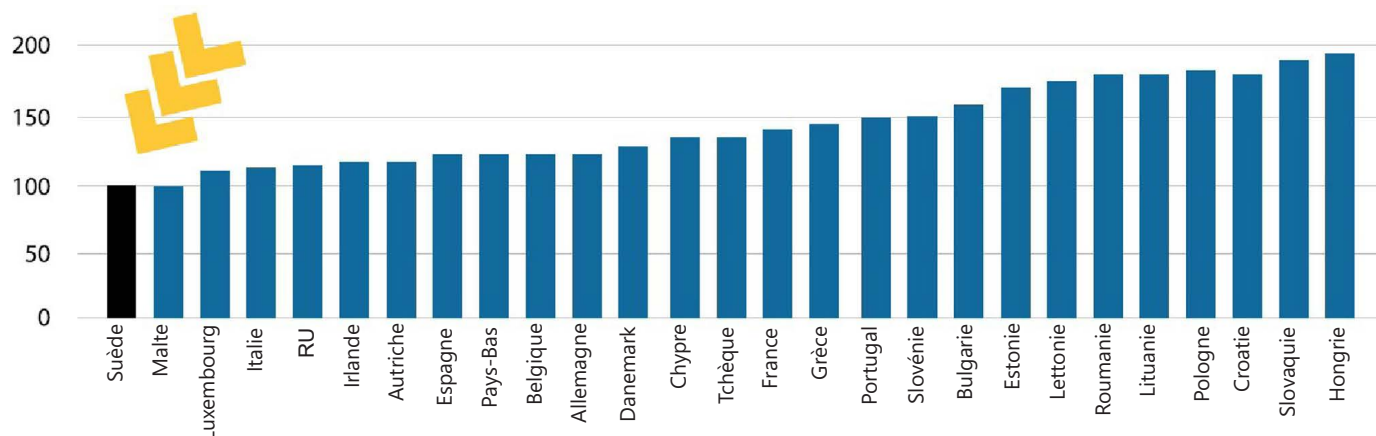


Figure 9 : Selon les données du CIRC 2020 de l'OMS, la Suède a le taux de mortalité le plus bas d'Europe chez les hommes, tous cancers confondus<sup>60</sup>.





## 2.4 Étude de cas d'un pays sélectionné dans le cadre de la lutte antitabac : La Suède et la Belgique

Récemment, le ministre belge de la Santé, Frank Vandebroucke, a demandé l'interdiction des sachets de nicotine : « Les sachets de nicotine, tout comme les cigarettes électroniques et le vapotage, peuvent être un tremplin vers le tabagisme à un âge précoce. C'est pourquoi nous optons avec détermination pour leur interdiction »<sup>61</sup>. Cette approche contraste fortement avec le modèle suédois, qui considère les produits de réduction des risques comme un moyen de se détourner des combustibles beaucoup plus nocifs.

Souvent, les disparités entre les pays en matière de prévalence du tabagisme et de maladies liées au tabagisme s'expliquent à juste titre par des différences socio-économiques. Cependant, la Suède et la Belgique ont de nombreux points communs :

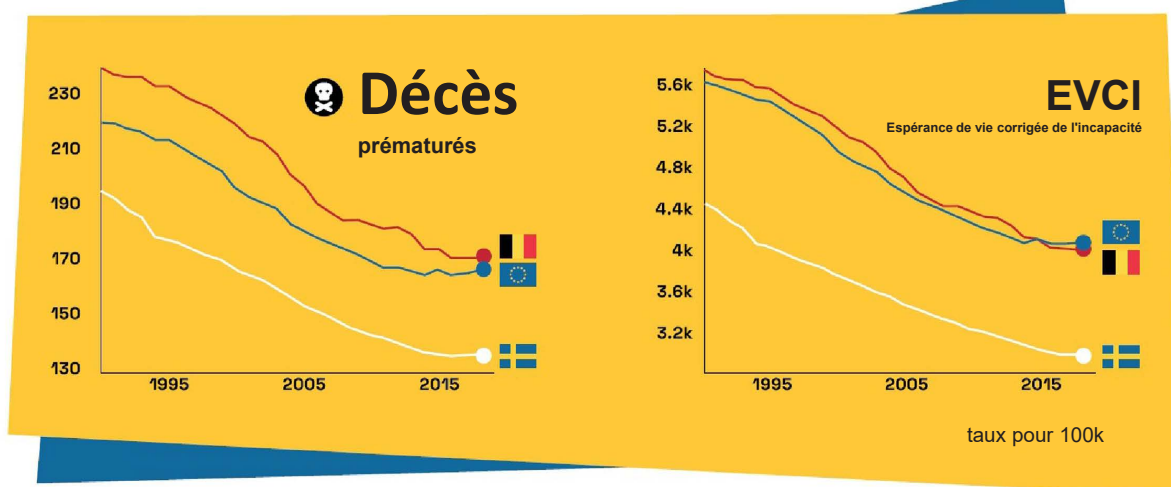
- **Revenu :** Les deux pays sont classés comme pays à « haut revenu » par la Banque mondiale<sup>62</sup>.
- **Structure par âge :** Pyramides des âges très similaires<sup>63</sup>.
- **Égalité :** Indices de Gini presque identiques : Belgique 0,26, Suède 0,27<sup>64,65</sup>.
- **Dépenses publiques :** Les deux pays sont dans le top 5 des pays de l'OCDE pour les dépenses publiques en pourcentage du PIB - la Belgique est troisième avec

52%, et la Suède est cinquième avec 49%.

- **Taille de la population :** Belgique 11,6 millions, Suède 10,4 millions<sup>63</sup>.
- **PIB :** Similaire - Belgique 594 milliards de dollars US, Suède 636 milliards de dollars US<sup>64,65</sup>.
- **Contexte politique/historique :** La Suède et la Belgique sont toutes deux des monarchies constitutionnelles dotées d'un gouvernement parlementaire<sup>66</sup>.

Les similitudes susmentionnées font de la Suède et de la Belgique des candidats idéaux pour une comparaison en ce qui concerne la question des méfaits du tabagisme. Sur la base des données disponibles, comment se comparent-elles ?

**Prévalence du tabagisme :** Selon les données de l'Eurobaromètre, la Suède est nettement plus performante que la Belgique dans le but de vivre sans fumée. En 2020, la Belgique (21 %) avait une prévalence du tabagisme trois fois supérieure à celle de la Suède (7 %)<sup>67</sup>. Par conséquent, les taux de mortalité et de morbidité liés au tabagisme sont inévitablement plus élevés en Belgique, comme le montrent les données de l'IMES (figure 10).



**Figure 10 :** Comparaison des décès et des EVCI liés au tabagisme entre la Suède, la Belgique et l'UE, sur la base des données CMM de l'IMES<sup>54</sup>. Si la Belgique avait le même taux de décès et d'EVCI liés au tabagisme que la Suède entre 2000 et 2019, 90 570 décès et 2,5 millions d'EVCI auraient pu être évités.

## SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Les preuves de l'approche suédoise en matière d'interdiction de fumer étant de plus en plus nombreuses, des membres respectés du Parlement européen (MPE) ont plaidé pour son adoption dans le reste de l'Union dans leurs discours publics au Parlement européen en décembre 2022 :

- **Membre du Parlement européen (MPE), élu en 2022, représentant le parti Sweden Democrats :** « Pour promouvoir la santé publique et traiter les problèmes de santé liés au tabac à long terme, le Service national de santé du Royaume-Uni a encouragé les gens à utiliser des e-cigarettes au lieu de produits du tabac traditionnels. Cette initiative s'inscrit dans le cadre d'une campagne de santé publique menée de longue date par le gouvernement, dont l'objectif est que le pays soit entièrement sans fumée d'ici à 2030. Nous observons une tendance similaire en Suède. Les sachets de nicotine sont populaires et, avec le snus, ils ont permis de réduire considérablement le nombre de fumeurs. La Suède a la plus faible proportion de fumeurs de l'UE, avec seulement 6 % de fumeurs quotidiens. La moyenne de l'UE est d'environ 18 %. Une Suède sans tabac semble donc être une perspective de plus en plus réaliste. À la lumière de ce qui précède :
- La Commission a-t-elle étudié l'évolution de la situation au Royaume-Uni et en Suède ?
- La Commission a-t-elle envisagé le risque d'augmentation du nombre de fumeurs en Europe en cas d'augmentation de la taxe sur les sachets de nicotine et les e-cigarettes ?

La Commission envisage-t-elle de promouvoir des alternatives aux cigarettes, telles que les sachets de nicotine et les e-cigarettes, en vue de réduire le tabagisme en Europe ? »<sup>68</sup>

- **Membre du Parlement européen (MPE), élue en 2019 et représentant le Parti chrétien-démocrate, Suède :** « Avec seulement 5,6 % de la population qui fume quotidiennement, la Suède a la plus faible proportion de fumeurs de cigarettes en Europe, et de loin. En outre, la proportion de fumeurs en Suède continue de diminuer et l'utilisation de sachets de nicotine a joué un rôle important dans cette évolution. D'autres pays ont choisi une voie différente. La Belgique, par exemple, poursuit son projet d'interdiction des sachets de nicotine. Ils ont informé la Commission de leurs intentions à l'été 2022 et ont déclaré qu'ils voulaient interdire ces produits jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'ils sont un instrument utile pour réduire les taux de tabagisme.
- La Commission estime-t-elle que le fait que les États membres adoptent des réglementations différentes pour les nouveaux produits à base de nicotine, tels que les sachets de nicotine, constitue un problème pour le marché unique ?
- Que doivent prendre en considération les États membres lorsqu'ils imposent une nouvelle réglementation sur les produits à base de nicotine ? »<sup>69</sup>





## 2.5 Difficultés de comparaison entre la lutte antitabac suédoise et celle des pays à revenu faible ou moyen (PRFM), par exemple l’Afrique du Sud

En comparant la Suède aux PRFM, certaines variables rendent les comparaisons avec le modèle suédois difficiles. Par exemple, l’interaction entre le tabagisme et la tuberculose. La tuberculose sévit toujours en Afrique du Sud, avec environ 852 cas pour 100 000 habitants<sup>70</sup>, contre 4 pour 100 000 habitants en Suède<sup>71</sup>. Cela a un effet significatif sur tous les indicateurs liés au tabac, comme indiqué ci-dessous.

### CONSIDÉRER LES PRFM : L’INTERACTION ENTRE LE TABAGISME ET LA TUBERCULOSE

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès dans le monde, et il inflige des dommages disproportionnés aux groupes de population pauvres, vulnérables et marginalisés ; plus de 80 % des fumeurs vivent dans des pays à revenu faible ou moyen (PRFM)<sup>72</sup>. De même, la principale cause de décès due à une seule maladie infectieuse dans le monde

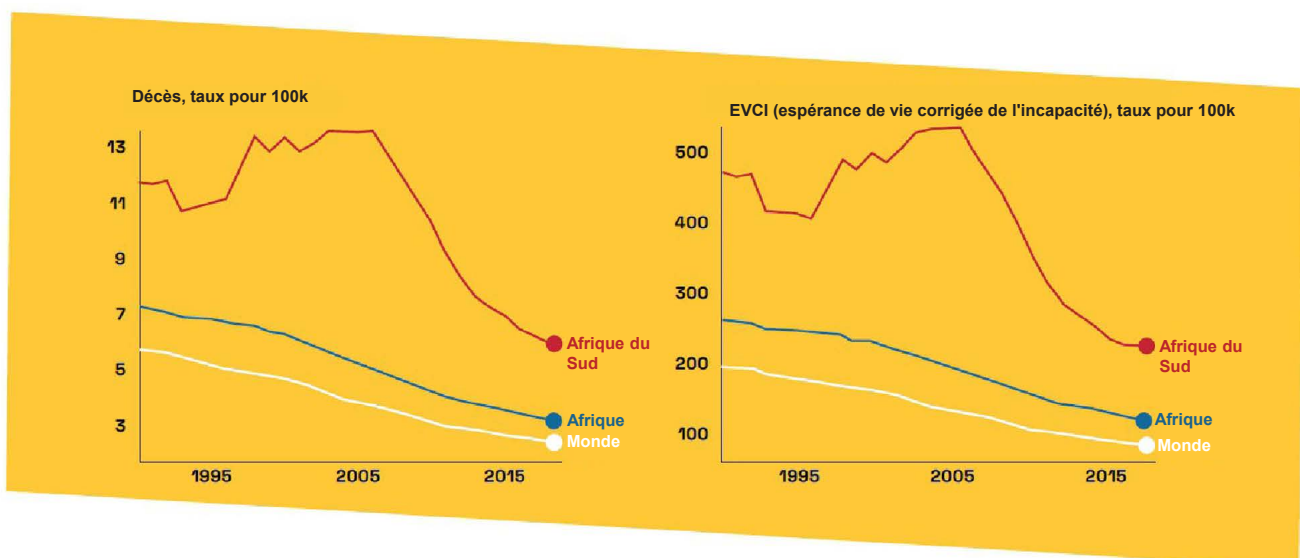
est la tuberculose (TB), et plus de 95 % des cas de TB et des décès surviennent dans les PRFM<sup>73</sup>. La synergie néfaste entre le tabagisme et la tuberculose est bien documentée :

- Le tabagisme multiplie par 4,5 le risque de contracter la tuberculose<sup>74</sup>.
- Le traitement de la tuberculose est 24 % moins efficace chez les fumeurs<sup>75</sup>.
- Les enfants exposés à la fumée secondaire sont deux fois plus susceptibles de contracter la tuberculose<sup>76</sup>.

### TABAGISME ET TUBERCULOSE EN AFRIQUE DU SUD

Compte tenu de ce qui précède, l’Afrique du Sud est un pays intéressant à étudier, car 60 % des personnes vivant

### Le coût humain du tabagisme sur la tuberculose en Afrique du Sud



**Si l’Afrique du Sud avait le même taux de décès et d’EVCI dus au tabagisme que la moyenne africaine, potentiellement 80 000 décès et 3 millions d’EVCI auraient pu être évités entre 1990 et 2019.**

Figure 11 : Graphiques montrant les décès dus à la tuberculose attribués au tabagisme et les EVCI en Afrique du Sud par rapport aux moyennes africaine et mondiale. Toutes les données sont utilisées avec l’autorisation de la CMM de l’IMES<sup>54</sup>.

## SAVING LIVES LIKE SWEDEN

avec la tuberculose sont des fumeurs et le pays se classe au troisième rang mondial, après l'Inde et la Chine, en termes de nombre de cas annuels de tuberculose<sup>77</sup>. L'enquête mondiale sur le tabac chez les adultes (GATS) a été récemment mise en œuvre en 2021 par le Conseil sud-africain de la recherche médicale (SAMRC) ; elle a révélé une charge sanitaire et économique importante imputable au tabac. Elle a révélé une prévalence globale du tabagisme de 25,8 % (41,2 % des

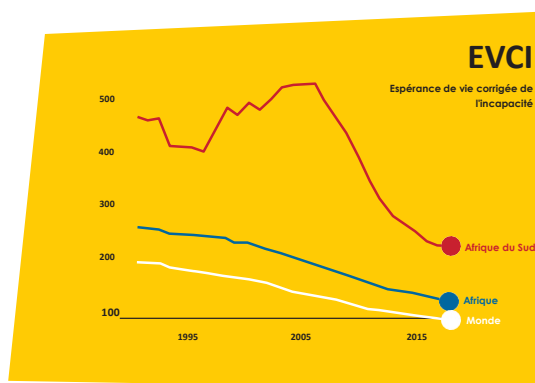
hommes et 11,5 % des femmes), avec des dépenses élevées en cigarettes manufacturées malgré des niveaux de pauvreté élevés<sup>78</sup>. Il est intéressant de noter que les effets néfastes du tabagisme sont bien connus et que plus de deux tiers des fumeurs actuels ont l'intention d'arrêter de fumer ou y songent. Ainsi, en utilisant les données de l'IMES, quels sont les coûts humains et économiques potentiels du tabagisme et de la tuberculose en Afrique du Sud (figures 11 et 12) ?

### Le coût économique potentiel du tabagisme sur la tuberculose en Afrique du Sud

Selon les Nations unies, l'Afrique du Sud a un indice de développement humain (IDH) de **0,713**, ce qui est considéré comme « élevé ».

En utilisant les données de l'Institut de métrologie et d'évaluation de la santé (Institute for Health Metrics and Evaluation), Daroudi et al. ont calculé que le coût par EVCI évitée pour les pays à « l'IDH élevé » s'élevait à **23 782 dollars**.

3 millions d'EVCI due à la tuberculose attribuée au tabagisme auraient pu être évitées entre 1990 et 2019.  $3 \text{ millions} \times 23\,782 \$ = 71 \text{ milliards de dollars}$  (= **2,4 milliards de dollars par an**).



**Si l'Afrique du Sud avait le même taux d'EVCI due à la tuberculose attribuée au tabagisme que la moyenne africaine, 3 millions d'EVCI auraient pu être évitées entre 1990 et 2019.**



**2,4 milliards de dollars par an  
= 44 milliards de ZAR**

**Figure 12** : L'Afrique du Sud est classée dans la catégorie « IDH élevé » par l'ONU<sup>57</sup>. Si l'on suppose que le coût de chaque EVCI perdue est de 23 782 dollars, conformément aux conclusions de Daroudi et al.<sup>56</sup>, le tabagisme pourrait coûter à l'Afrique du Sud 2,4 milliards de dollars supplémentaires chaque année dans sa lutte contre la tuberculose, par rapport à la moyenne africaine. Données EVCI de la CMM l'IMES<sup>54</sup>.



## CHAPITRE 3

# CALCULER LA « TAILLE DU PRIX » POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Modèles actuellement disponibles pour prédire les bénéfices pour la santé publique de l'adoption de stratégies de réduction des risques associés au tabagisme au niveau de la population

## 3.1 Analyse rétrospective et modélisation prospective

Ce rapport analyse les principaux indicateurs de santé afin d'établir des comparaisons entre la Suède, l'UE et certains autres pays. Pour ce faire, nous avons principalement analysé rétrospectivement les données de l'IMES pour la période 2000-2019. Mais que se passerait-il s'il était possible de prédire de manière prospective les effets de l'adop-

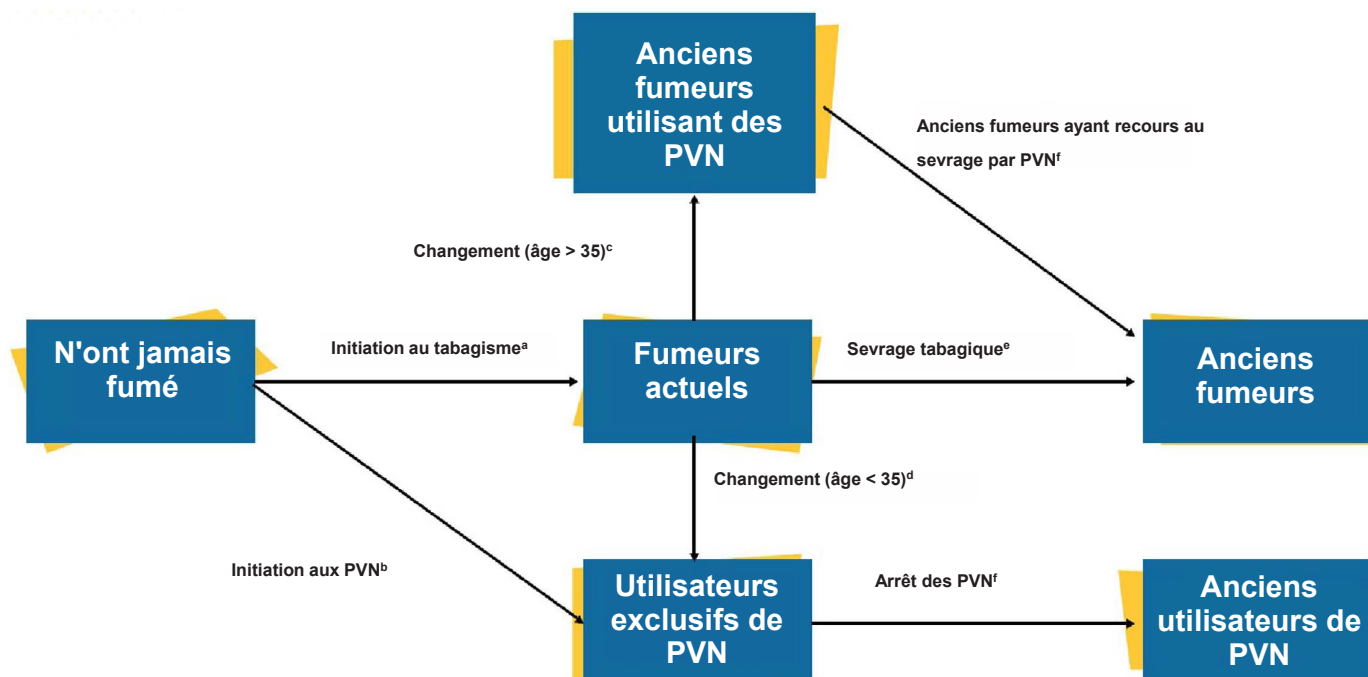
tion de stratégies de la RRT au niveau de la population ? Depuis que la popularité mondiale des produits sans fumée à base de nicotine s'est accrue au cours des deux dernières décennies, de nombreux modèles ont été proposés. Ce chapitre résume quatre modèles évalués par des pairs et basés sur des données réelles.

## 3.2 Modélisation prospective

### 3.2.1 Modèle de tabagisme et de vapotage (MTEV) – Levy et al. (2021)

Le Professeur David Levy est professeur d'oncologie à la faculté de médecine de l'université de Georgetown, spécialisé dans la santé de la population. Avec plus de 200 publications évaluées par des homologues, il a développé des modèles de simulation de la politique du tabac pour plus

de 40 pays<sup>79</sup>. L'un des plus récents est le Modèle de tabagisme et de vapotage (MTEV) qui simule les implications futures sur la santé publique de l'introduction de produits de vapotage avec nicotine (PVN) au niveau de la population. Bien que ce modèle ait été appliqué à de nombreux pays, la



**Figure 13 :** Graphique reproduit de Levy et al.<sup>80</sup> décrivant les états de transition entre les utilisateurs des catégories de produits dans leur parcours vers le sevrage tabagique et/ou des PVN.

publication initiale concerne les États-Unis<sup>80</sup>, mais le même modèle a également été appliqué à d'autres pays tels que le Canada, l'Angleterre, l'Allemagne et l'Australie.

#### a) Paramètres et résultats validés

Le modèle MTEV simule ce qui se passerait si les fumeurs d'un pays passaient à des produits de vapotage avec nicotine. Cela évalue la prévalence du tabagisme et du vapotage au fil du temps, les taux de sevrage tabagique avec et sans l'aide des PVN, ainsi que les décès et les années de vie perdues (AVP) imputables au tabagisme et au vapotage. Le modèle a d'abord été validé pour les années 2013 à 2018 en comparant les prédictions du modèle concernant la prévalence actuelle du tabagisme aux futurs taux de prévalence du tabagisme tirés de la National Health Interview Survey (NHIS) des États-Unis. Des analyses de sensibilité approfondies ont révélé l'existence d'un modèle robuste et fiable permettant de prédire comment les PVN pourraient à l'avenir influencer sur les décès imputables au tabagisme et les AVP.<sup>80</sup>

#### b) Un modèle accessible au public

L'un des principaux avantages du modèle MTEV est que sa méthodologie est transparente et qu'il est accessible au public sur le site web de l'université de Georgetown, accompagné d'un guide de l'utilisateur du MTEV<sup>81</sup>. En tant que tel, ce modèle validé peut être appliqué aux ensembles de données d'autres pays par des utilisateurs expérimentés.

#### c) Modélisation des incidences des vapes à la nicotine sur la santé publique pour la période 2013-2060

Le MTEV prévoit que, selon les tendances actuelles de la prévalence du tabagisme et du vapotage aux États-Unis, le résultat net du passage des fumeurs aux produits de vapotage à base de nicotine se traduira par:<sup>80</sup>

- **1,8 million de décès prématurés liés au tabagisme en moins**
- **38,9 millions d'années de vie gagnées**



# États-Unis



POPULATION :

**330 mln**



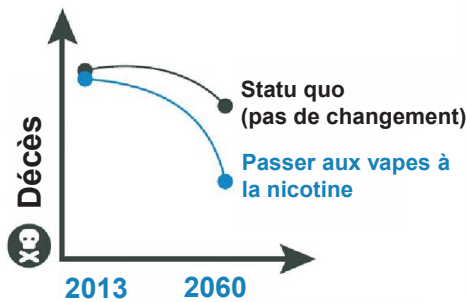
PRÉVALENCE DU TABAGISME :

**14%**



PRÉVALENCE DU VAPOTAGE :

**3%**



Si les fumeurs adultes aux États-Unis passaient aux produits de vapotage avec nicotine

**1,8 million de** décès évités

**38,9 millions** d'années de vie sauvées

de 2013 à 2060

Figure 14 : Que se passerait-il si les fumeurs adultes aux États-Unis passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 1,8 million de décès seraient évités et 38,9 millions d'années de vie gagnées.



# Canada



POPULATION :

**38 mln**



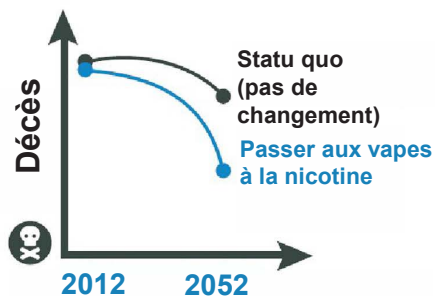
PRÉVALENCE DU TABAGISME :

**15%**



PRÉVALENCE DU VAPOTAGE :

**9%**



Si les fumeurs adultes au Canada passaient aux produits de vapotage avec nicotine

**130 000** décès évités

**3,5 millions** d'années de vie sauvées

de 2012 à 2052

Figure 15 : Que se passerait-il si les fumeurs adultes au Canada passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 130 000 décès seraient évités et 3,5 millions d'années de vie gagnées.

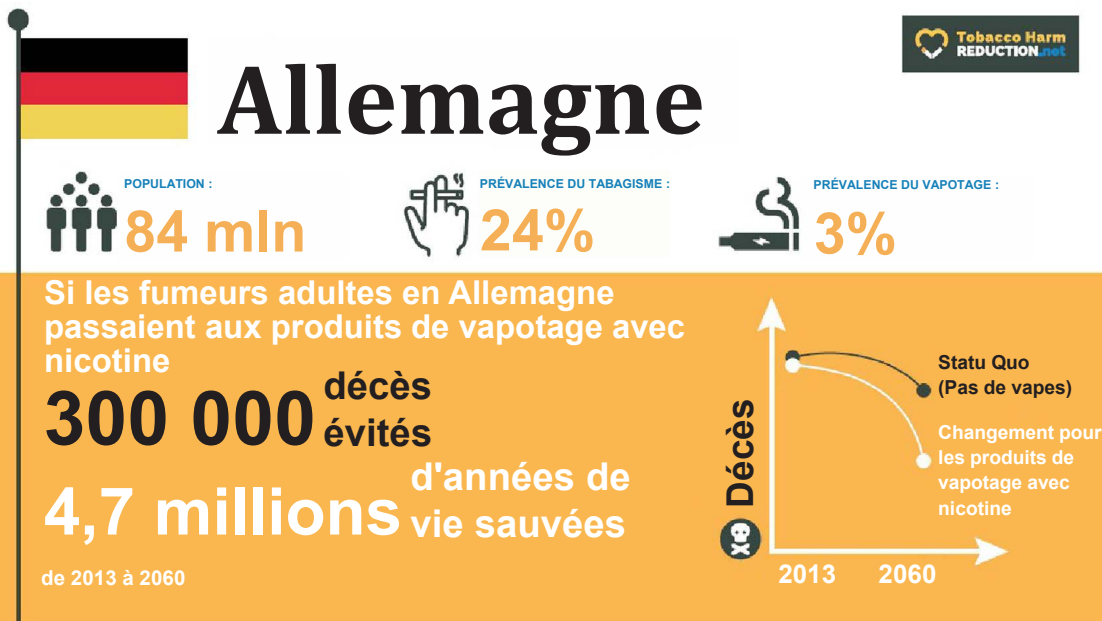


Figure 16 : Que se passerait-il si les fumeurs adultes en Allemagne passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 300 000 de décès seraient évités et 4,7 millions d'années de vie gagnées.

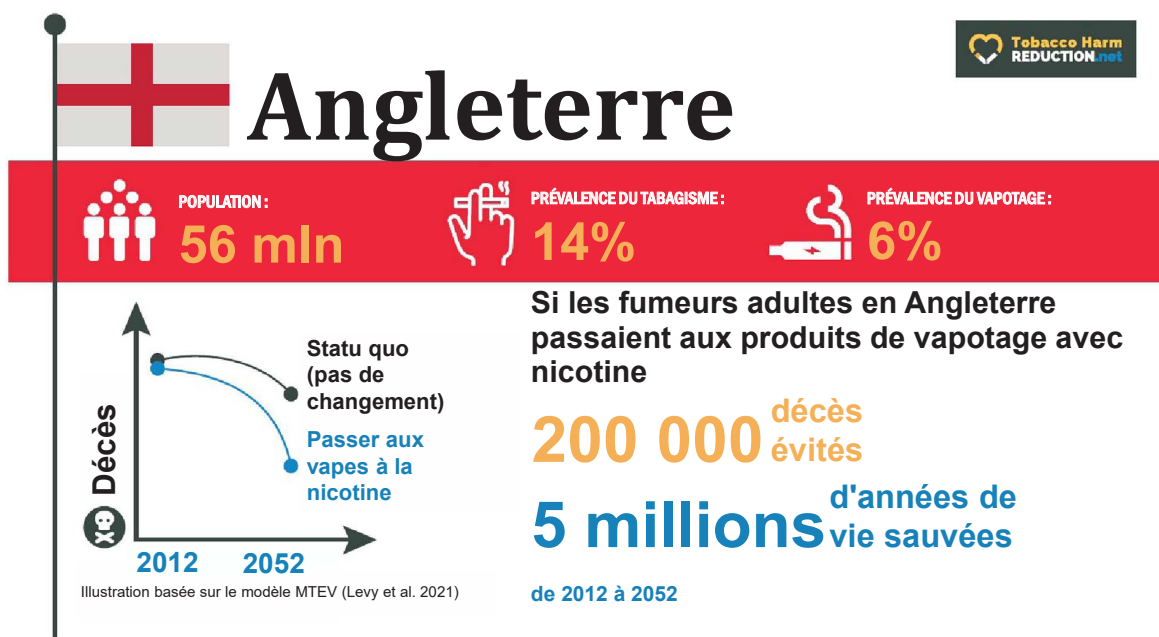


Figure 17 : Que se passerait-il si les fumeurs adultes en Angleterre passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 200 000 de décès seraient évités et 5 millions d'années de vie gagnées.





# Australie



POPULATION:

**26,17 mln**



PRÉVALENCE DU TABAGISME:

**14,5%**



PRÉVALENCE DU VAPOTAGE:

**1,2%**

L'utilisation des produits de vapotage avec nicotine est actuellement fortement restreinte, car selon la législation de l'État australien, il est « illégal de posséder, de fournir ou de vendre des e-cigarettes contenant de la nicotine, sauf dans des circonstances spécifiques et lorsqu'elles sont fournies ou accessibles sur ordonnance »

Si les fumeurs adultes en Australie passaient aux produits de vapotage avec nicotine

**104 200** décès évités

**2,05 millions** d'années de vie sauvées

de 2017 à 2080



KEY RESEARCH: Levy et al. (2022); The Australia SAVM: The Potential Impact of Increasing Access to Nicotine Vaping Products: Key data points: [gsth.org](http://gsth.org). Pour en savoir plus sur cette étude, consultez le site [www.thr.net/updates#AUS\\_lives\\_saved](http://www.thr.net/updates#AUS_lives_saved)

Figure 18 : Que se passerait-il si les fumeurs adultes en Australie passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 104 200 de décès seraient évités et 2,05 millions d'années de vie gagnées.

## 3.2.2 Accélération de la fin du tabagisme – Yach (2020)

Le Dr. Derek Yach a été directeur exécutif pour les maladies non transmissibles à l'Organisation mondiale de la santé et a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Fort d'une brillante carrière en épidémiologie, le Dr. Yach a publié en 2020 un article de référence intitulé « Accelerating an end to smoking: a call to action on the eve of the FCTC's COP9 »<sup>5</sup>. L'article de M. Yach présente le contexte géopolitique dans lequel s'inscrit la lenteur des progrès réalisés dans la réduction des taux de tabagisme dans le monde au cours des 20 dernières années, avant d'aborder le postulat clé de l'article : « Pour réduire les taux de mortalité et de morbidité dans les deux décennies à venir, nous devons envisager de nouvelles stratégies pour accélérer le sevrage tabagique chez les adultes. En particulier, nous devons adopter des tactiques empathiques qui encouragent les fumeurs à arrêter de fumer ou à changer de mode de consommation - y compris l'utilisation de produits de réduction des risques (PRR) ».

### La CCLAT : « Figée dans le temps ».

Si le principe de la réduction des risques est explicitement inscrit et encouragé à l'article 1(d) du traité original de la CCLAT en 2003<sup>4</sup>, il n'est pas clairement précisé quels sont les produits de réduction des risques (PRR) qui en font partie. Yach note que cela est dû en partie à l'époque à laquelle le traité a été rédigé : « À l'exception du snus, la gamme de technologies nicotiques disponibles aujourd'hui n'existait pas il y a 20 ans. L'absence persistante d'intégration des PRR dans une approche intégrée du sevrage tabagique illustre la manière dont la CCLAT reste « essentiellement figée dans le temps »<sup>5</sup>.

# SAVING LIVES LIKE SWEDEN

## Méthodologie du Dr. Yach pour l'estimation des tendances de la mortalité liée au tabac

Yach a résumé les prévisions de décès liés au tabac entre 2020 et 2060, en se basant sur les éléments suivants :

- Projections élaborées par des chercheurs des secteurs public et privé
- Rapports publiés sur l'utilisation des produits de réduction des risques
- Données sur le déplacement bien établi des cigarettes combustibles associé à l'absorption de PRR.

Les projections de Yach partent du principe « très prudent » qu'une baisse de 90 % des expositions nocives associées aux PRR par rapport aux cigarettes se traduirait par une réduction de 60 % du taux de mortalité réel. En outre, ses projections ne tiennent pas compte de l'amélioration rapide des taux de détection et des résultats des cancers liés au tabac, tels que le cancer du poumon, qui est respon-

able de plus d'un tiers des décès annuels liés au tabagisme<sup>5</sup>.

## Projections pour 2020-2060

Si l'ensemble des recommandations de la CCLAT de l'OMS est mis en œuvre, le nombre annuel de décès liés au tabac passera de 7 millions en 2020 à 10 millions au début des années 2030. Par la suite, le nombre de décès diminuera lentement, comme le montre la figure 19 ci-dessous (« status quo »). Toutefois, ce lent déclin peut être accéléré en adoptant les PRR à grande échelle et en catalysant l'innovation pour ces nouveaux produits afin qu'ils produisent des taux de sevrage tabagique sur un an d'environ 50 % (« RMT+sevrage »). Selon les estimations de Yach, le bénéfice potentiel pour la santé publique est de 3 à 4 millions de décès annuels liés au tabac en moins en l'espace de quatre décennies ; « il n'existe aucune autre question de santé publique pour laquelle les gains potentiels approchent cet ordre de grandeur » :

## Estimation de l'évolution des décès liés au tabac entre 2020 et 2060

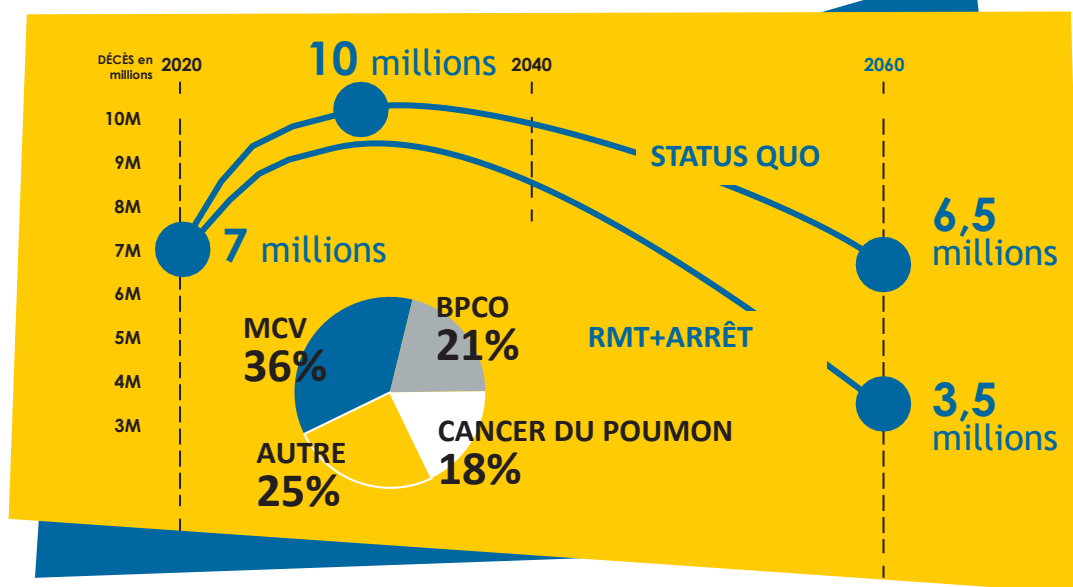


Figure 19 : Projections de Yach montrant comment l'adoption généralisée des PRR permettrait de réduire considérablement le nombre de décès liés au tabac d'ici à 2060<sup>5</sup>.



### 3.2.3 Warner & Mendez (2018)

Le Professeur Kenneth E. Warner a publié plus de 300 articles sur les aspects économiques et politiques du tabac et de la santé. Outre sa brillante carrière universitaire à l'école de santé publique de l'université du Michigan, il a été conseiller auprès de la Banque mondiale, de l'OMS, du Surgeon General des États-Unis, de la FDA et président de la Society for Research on Nicotine and Tobacco (Société pour la recherche sur la nicotine et le tabac). De même, son collègue, le Professeur David Mendez, est un professeur respecté de gestion et de politique de la santé, spécialisé dans l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme et de leur impact sur la santé de la population, à l'aide de modèles de simulation. Mendez a partagé son expertise au niveau international, notamment avec le CDC, l'Institut de médecine, le NASEM, la FDA et l'OMS. En 2018, Warner et Mendez ont co-publié un article intitulé : « E-cigarettes : Comparing the Possible Risks of Increasing Smoking Initiation with the Potential Benefits of Increasing Smoking Cessation »<sup>82</sup>.

#### **Le vapotage est désormais l'aide au sevrage tabagique la plus populaire au Royaume-Uni et aux États-Unis**

Warner et Mendez notent que si les raisons de fumer sont nombreuses, les e-cigarettes sont désormais l'aide la plus couramment utilisée dans les tentatives de sevrage tabagique aux États-Unis. De même, au Royaume-Uni, plus d'un tiers des fumeurs déclarent que, même s'ils ne vapotent plus, ils ont utilisé des e-cigarettes pour les aider à arrêter de fumer<sup>82</sup>. Cela corrobore un grand nombre de

données synthétisées par l'examen systématique vivant de la collaboration Cochrane, qui démontre que les taux de réussite du sevrage tabagique sont plus élevés chez les personnes qui utilisent des e-cigarettes avec nicotine qu'avec des thérapies de remplacement de la nicotine<sup>12</sup>.

#### **Modèle de simulation testé et éprouvé**

À l'aide d'un modèle qu'ils utilisent avec succès depuis 1995, Warner et Mendez ont affiné leur simulation pour comparer les effets du vapotage sur le sevrage tabagique et l'initiation au tabac aux États-Unis en termes de nombre d'années de vie sauvées ou perdues jusqu'en 2070. Le scénario de référence part de l'hypothèse prudente que le vapotage augmente chaque année de 2 % l'initiation au tabagisme et de 10 % le sevrage tabagique.

#### **Résultat : Années de vie gagnées**

Avec les hypothèses de base ci-dessus, les auteurs ont prévu que la population américaine gagnerait près de 3,3 millions d'années de vie d'ici à 2070 grâce aux fumeurs qui passeraient à l'e-cigarette. Ils ont conclu : « Les avantages pour la santé publique dépasseront les coûts potentiels des nouveaux fumeurs induits par le vapotage ». Ce point de vue a été corroboré par un article fondamental co-publié par quinze anciens présidents de la Society for Tobacco and Nicotine Research :



**Bien que les données suggèrent que le vapotage augmente actuellement le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer, l'impact pourrait être beaucoup plus important si la communauté de la santé publique accordait une attention sérieuse au potentiel du vapotage pour aider les fumeurs adultes, si les fumeurs recevaient des informations précises sur les risques relatifs du vapotage et du tabagisme, et si les politiques étaient conçues en gardant à l'esprit les effets potentiels sur les fumeurs. Ce n'est pas le cas ».**

**- Balancing Consideration of the Risks & Benefits of E-Cigarettes (2021), Balfour et al.<sup>83</sup>**

### 3.2.4 Méthode de Lars Ramström (2019)

Lars Ramström PhD a fondé l'Institut d'études sur le tabac en 1991, après avoir été directeur général de l'Association nationale pour le tabagisme et la santé, où il a travaillé pendant 24 ans. Il est fréquemment engagé en tant qu'examinateur pour des revues scientifiques et en tant que conseiller spécial pour de nombreux comités d'experts, y compris l'OMS<sup>84</sup>.

En 2017, dans le cadre du rapport de la Commission suédoise du Snus, Ramström et al. ont démontré la différence entre le niveau actuel de la mortalité liée au tabac dans les pays de l'UE et le niveau qui aurait été atteint si tous les autres pays de l'UE avaient adopté les mêmes habitudes de consommation de tabac qu'en Suède. Les calculs du rapport<sup>58</sup> sont basés sur les données du rapport mondial de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : Mortalité attribuable au tabac<sup>53</sup>. Le traitement des données a été effectué par l'Institutet för Tobaksstudier (Institut d'études sur le tabac) et une compilation des données a été mentionnée dans le rapport. Le groupe étudié était constitué d'hommes âgés de plus de trente ans dans chaque pays et était lié à plusieurs groupes de maladies. Le rapport montre que la Suède a le taux de mortalité lié au tabac le plus bas de tous les pays de l'UE par rapport à la taille de sa population. Par rapport à la Suède, les taux de mortalité liés au tabac sont plus de deux fois plus élevés par rapport à la taille de la population dans 24 des 27 autres États membres de l'UE.

Au total et chez les hommes (de plus de 30 ans), 355 000 vies par an auraient pu être sauvées si les autres pays de l'UE avaient égalé le taux de mortalité lié au tabac de la Suède<sup>58</sup>.

La Suède a clairement le taux de mortalité lié au tabac le plus bas de l'UE par rapport à la taille de sa population, bien que la consommation quotidienne de nicotine chez les hommes soit au même niveau que dans les autres pays d'Europe. En d'autres termes, le taux de mortalité lié au tabac aurait été plus faible dans l'UE aujourd'hui si les substituts nicotiques à faible nocivité tels que le snus avaient été autorisés au sein de l'Union au cours des dernières décennies.

En 2019, Ramström a compilé les données de l'étude Global Burden of Disease de l'IMES<sup>54</sup> pour comparer les taux de mortalité imputables au tabac en Suède et dans le reste de

l'Union européenne<sup>52</sup>.

#### Méthodologie

Les comparaisons des données de mortalité de différents pays pouvant donner des impressions trompeuses en raison des différences de répartition par âge, les ensembles de données suivants ont été utilisés pour tenir compte de ce facteur.<sup>52</sup>

- Données standardisées par âge pour l'ensemble de la population masculine
- Données standardisées par âge pour l'ensemble de la population féminine
- Hommes âgés de 45 à 49 ans

Les données de mortalité de la Suède ont été comparées aux données moyennes de l'UE pour huit causes de décès attribuées au tabac : mortalité totale, cancers des voies respiratoires, cancers de la bouche, cancers du larynx, cancers du pancréas, cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et BPCO.

#### Différences de résultats entre les hommes et les femmes suédois

Alors que le tabagisme est plus répandu que l'usage du snus chez les femmes, l'usage du snus domine le tabagisme chez les hommes. Cela se reflète dans les données sur la mortalité en 2019 présentées ci-dessous : les hommes suédois ont le taux de mortalité et de cancers liés au tabac le plus bas de l'UE, tandis que les femmes semblent avoir des taux proches de la moyenne européenne. Ces données suggèrent que l'abandon des cigarettes au profit de substituts nicotiques non combustibles chez les hommes suédois a eu des effets bénéfiques sur la santé publique.



## Taux de mortalité pour 100 000 attribuables au tabac en Suède et dans le reste de l'Union européenne en 2019 / Total Toutes causes confondues

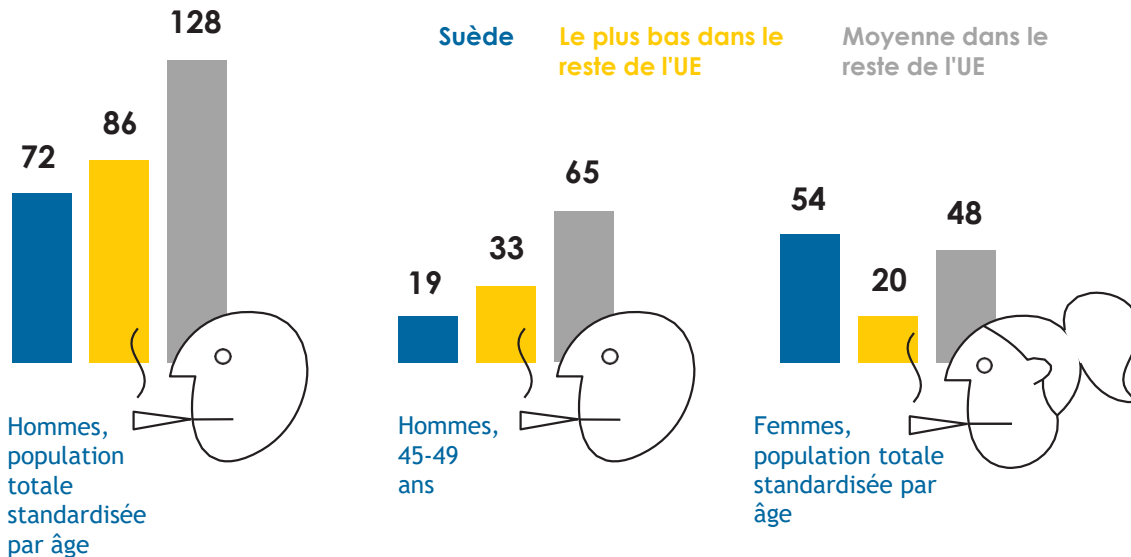


Figure 20 : La Suède a la mortalité masculine liée au tabac la plus faible de l'UE, selon la compilation de Ramström<sup>52</sup> des données de l'IMES sur la CMM<sup>54</sup>.

## 3.3 Modélisation rétrospective

### EXPLICATION DES COMPARAISONS PAR PAYS

Prévalence du tabagisme par rapport aux non-combustibles

Dans l'annexe A, 12 pays ont été sélectionnés pour être comparés à la Suède - la moitié d'entre eux ayant une prévalence du tabagisme égale ou inférieure à la moyenne de l'UE (23%), et l'autre moitié supérieure à la moyenne de l'UE. Les statistiques concernant la prévalence du tabagisme, la répartition des fumeurs par sexe et la prévalence de l'utilisation de produits non combustibles (e-cigarettes, produits du tabac chauffés (PTC) et tabac oral (y compris la nicotine orale et le snus)) proviennent de « L'Eurobaromètre spécial 506 : Attitudes des Européens à l'égard du tabac et des cigarettes électroniques »<sup>85</sup> de la Commission européenne, dont les données datent de 2020. Cette analyse se concentrera sur les consommateurs « actuels » de tabac et/ou de produits non combustibles, plutôt que sur les consommateurs « anciens » ou « occasionnels ». Les pays sélectionnés sont les suivants :

#### Prévalence du tabagisme ≤ Moyenne UE

- Danemark
- Pays-Bas
- Italie
- Belgique
- Allemagne
- Royaume-Uni

- Espagne
- Pologne
- Roumanie
- Grèce
- Bulgarie
- Hongrie

#### Prévalence du tabagisme > Moyenne UE

# SAVING LIVES LIKE SWEDEN

## INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN

L'indice de développement humain (IDH) de chaque pays est affiché sous son nom. L'IDH, créé par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), est une mesure

synthétique des résultats moyens dans trois dimensions clés du développement humain : une vie longue et saine, le savoir et un niveau de vie décent<sup>57</sup> :

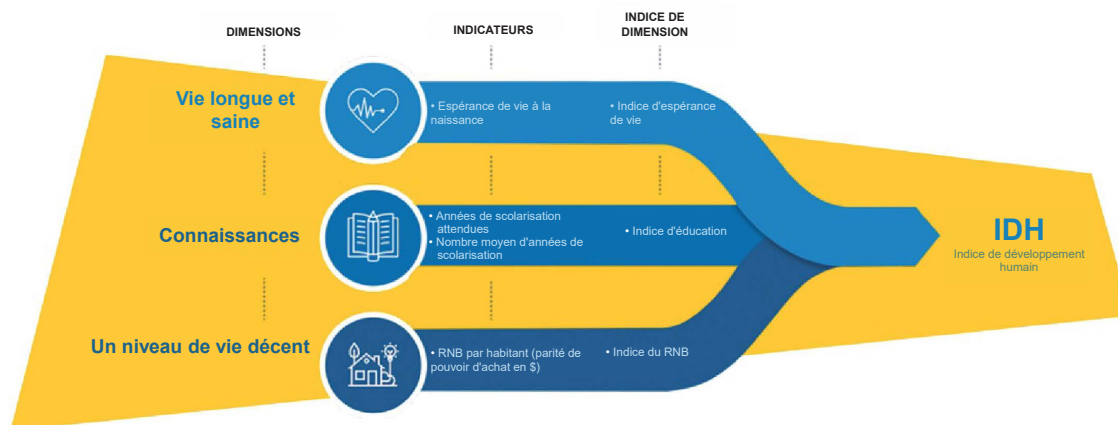


Figure 21 : Indice de développement humain (IDH) expliqué<sup>57</sup>

Plus l'IDH calculé est proche de 1 000, plus le pays est développé. L'IDH de chaque pays est classé comme suit :

- 0,800-1,000 - « très élevé »
- 0,700-0,799 - « élevé »
- 0,550-0,699 - « moyen »
- 0,000-0,550 - « faible »

## DÉCÈS, AVP ET EVCI IMPUTABLES AU TABAGISME

L'étude sur la charge mondiale de morbidité (CMM) de l'Institut de métrologie et d'évaluation de la santé (IMES) est un projet de recherche collaboratif dirigé par l'université de Washington<sup>54</sup>. Il s'agit de l'effort scientifique le plus important et le plus détaillé pour compiler des données d'observation sur les paramètres de santé. Il est très respecté par les communautés scientifiques et politiques ; plus de 400 publications évaluées par des pairs ont été publiées depuis 2010 sur la base des données de l'IMES. Les données de cette étude seront utilisées pour quantifier et comparer les décès et les EVCI imputables au tabagisme dans chaque pays au cours des vingt années entre 2000 et 2019.

En comparant les taux de mortalité, les années de vie perdues (AVP) et les EVCI, les différences entre les populations des pays sont prises en compte dans la comparaison de la mortalité et de la morbidité imputables au tabagisme. Une EVCI est une mesure universelle qui correspond à la somme

des années de vie perdues (AVP) et des années vécues avec une incapacité (AVI). Une EVCI équivaut à une année de vie en bonne santé perdue<sup>54</sup>.

## ÉCONOMIES POTENTIELLES

Le coût économique par EVCI a été récemment calculé par Daroudi et al.<sup>56</sup> à partir des données de l'IMES pour des pays ayant différents niveaux d'indice de développement humain (IDH). Le coût estimé par EVCI évitée était de :

- 998 USD - IDH faible
- 6522 USD - IDH moyen
- 23 782 USD - IDH élevé
- 69 499 USD - IDH très élevé

À l'avenir, il sera possible de quantifier et de comparer les coûts économiques potentiels du tabagisme entre les pays. Sur les 27 pays de l'UE, 26 sont classés dans la catégorie « IDH très élevé » et un (la Bulgarie) dans la catégorie « IDH élevé »<sup>57</sup>. Sur les 27 pays de l'UE, 26 sont classés dans la catégorie « IDH très élevé » et un (la Bulgarie) dans la catégorie « IDH élevé »<sup>57</sup>.

- Décès potentiels évités
- Années de vie potentielles cumulées
- Espérance de vie corrigée potentiellement de l'incapacité



## 3.4 Santé individuelle et choix du consommateur : Pourquoi les fumeurs ont-ils opté pour d'autres options de nicotine en Suède

Outre les modèles de simulation fondés sur les données relatives à la santé de la population, il est possible de tirer de nombreux enseignements des choix individuels en matière de santé et de consommation. Un récent sondage d'opinion<sup>84</sup> réalisé par Ipsos et commandé par We Are Innovation a révélé que les Suédois qui passent aux produits nicotiques alternatifs (PNA), tels que le snus, les sachets de nicotine, le vapotage et le tabac chauffé, sont principalement motivés par des préoccupations d'ordre sanitaire. L'étude intitulée

« L'opinion des Suédois sur les alternatives à la cigarette. L'Usage of alternative nicotine products among former cigarette smokers » met en lumière les raisons qui ont poussé les anciens fumeurs suédois à se tourner vers les PNA et les facteurs qui influencent leur prise de décision. Selon le sondage Ipsos, la combinaison de mesures strictes de lutte contre le tabagisme et de la promotion de produits à base de nicotine plus sûrs a incité les consommateurs à passer des cigarettes traditionnelles aux PNA.

### Les raisons de santé pèsent de plus en plus lourd avec l'âge

Quatre consommateurs sur cinq âgés de 65 ans ou plus placent les considérations de santé en tête de leurs préoccupations.

#### Raisons - Groupes d'âge

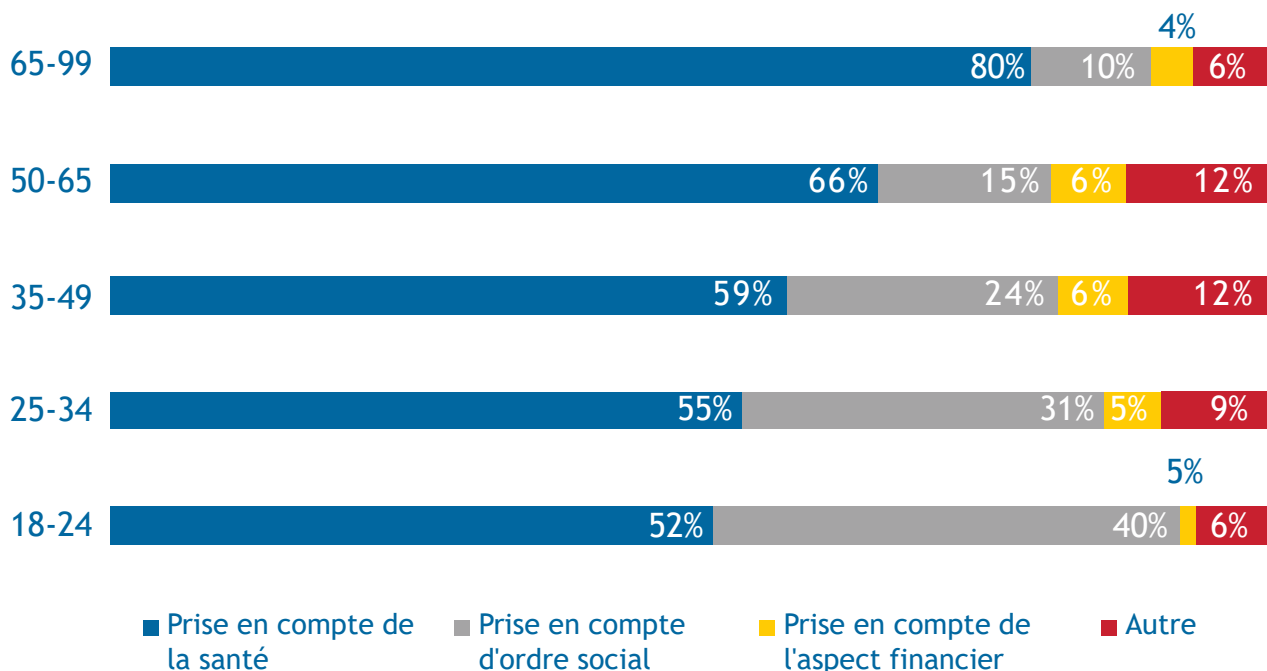


Figure 22 : Le sondage « We are Innovation » réalisé par IPSOS a révélé que « les Suédois qui ont opté pour les PNA sont principalement motivés par les préoccupations en matière de santé. Ceci est suivi par des considérations sociales, financières et autres<sup>86</sup> »

## Conclusions

L'étude de cas suédoise est un exemple de l'efficacité de la lutte antitabac, si elle est complétée par des stratégies solides de réduction des risques. C'est pourquoi la prévalence du tabagisme a diminué plus rapidement que dans n'importe quel autre pays du monde.

Dans notre premier rapport, intitulé « Feuille de route pour une société sans tabac », nous avons montré que si le reste de l'Europe adoptait le modèle suédois de réduction des méfaits du tabac et encourageait les fumeurs à passer à une gamme de substituts nicotiques sans fumée, au cours de la prochaine décennie, plus de 3,5 millions de décès prématurés pourraient être évités.

Dans ce rapport de suivi, nous avons développé les modèles permettant de calculer la « taille du prix » pour la santé publique. Parallèlement, les éléments constitutifs de l'étude de cas suédoise ont été analysés :

### ASPECTS POLITIQUES

- **Une réglementation proportionnelle aux risques :** Actuellement, dans tous les pays sauf quelques-uns comme la Suède, la politique de réglementation du tabac est contradictoire et ne repose pas sur les meilleures données scientifiques. Souvent, on assiste à une recherche d'éléments probants orientée vers la politique, plutôt qu'à une politique solidement fondée sur des éléments probants. En fin de compte, la politique publique doit permettre aux fumeurs persistants d'arrêter de fumer ou de passer à des substituts nicotiques sans fumée. Soutenues par la recherche et le développement de produits antitabac innovants, les politiques proportionnelles aux risques sont le meilleur moyen d'atteindre cet objectif.
- **Évaluation de l'impact :** Les gouvernements devraient mettre au point des mécanismes permettant d'évaluer l'impact des politiques proportionnelles aux risques sur le sevrage tabagique et le passage des cigarettes combustibles à des alternatives sans fumée.
- **Incitations :** Comme l'a montré l'enquête auprès des consommateurs, la manière dont le risque est communiqué est importante, l'étiquetage, la taxation et les arômes devraient être réglementés de manière à inciter







les fumeurs à arrêter de fumer ou à passer à des substituts de la nicotine plus sûrs, tout au long du continuum des dommages.

## ASPECTS SCIENTIFIQUES

- **Études rétrospectives et prospectives :** Doivent être encouragées pour mieux quantifier et qualifier le potentiel de la lutte antitabac et de la réduction des risques. L'objectif premier de la santé publique est de prévenir les maladies et les décès prématurés. Le calcul des décès potentiels, des EVCI évitées et des années de vie sauvées est une force galvanisante pour toutes les parties prenantes.
- **Sauver des vies :** Une comparaison de la mortalité attribuée au tabac entre 2000 et 2019 en Suède et dans l'Union européenne (UE), utilisant les données de l'étude de l'IMES sur la charge mondiale de morbidité, a montré que potentiellement 2,9 millions de décès prématurés auraient pu être évités.
- **Prévenir l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) :** En outre, le modèle suédois pourrait avoir un impact encore plus important sur la prévention de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI). Si l'UE avait utilisé le modèle suédois, 108 millions d'EVCI auraient pu être évitées dans l'UE. En bref, la population de l'UE aurait pu mener une vie plus saine et plus productive, comme en Suède.
- **Prévenir les maladies :** Les données de l'OMS montrent clairement que l'incidence du cancer en Suède est inférieure de 41 % à celle des autres pays européens, ce qui correspond à un niveau de décès par cancer inférieur de 38 %. La Suède a un taux de mortalité de 39,6 % inférieur à la moyenne de l'UE pour toutes les maladies liées au tabac.
- **Les études de cas par pays pourraient jouer un rôle bénéfique :** Par exemple, si la Belgique avait le même taux de décès et d'EVCI liés au tabagisme que la Suède entre 2000 et 2019, 90 000 décès et 2,5 millions d'EVCI auraient pu être évités.

## PRISE EN COMPTE DES CONSOMMATEURS

- **Recherche sur la consommation :** Le choix du consommateur peut être un moteur de changement, comme cela a été prouvé en Suède. L'étude d'Ipsos a montré que l'acceptabilité, le caractère abordable et l'accessibilité sont des facteurs clés de la migration des consommateurs de la forme la plus nocive de consommation

de tabac (les cigarettes) vers l'arrêt ou le passage à des alternatives nicotiques non combustibles.

- **L'engagement des consommateurs :** Une approche globale de la société est nécessaire pour résoudre les problèmes liés au tabagisme. Des études à grande échelle sur la perception des consommateurs et l'attention portée aux expériences réelles des personnes les plus touchées par les méfaits du tabagisme, celles qui ont réussi à arrêter de fumer et celles qui sont passées à des produits moins nocifs, requièrent une recherche sur les consommateurs bien conçue et inclusive.
- **Politiques de prévention pour les jeunes :** Pour prévenir l'initiation des jeunes au tabac et aux produits de réduction des risques et leur utilisation, il faut mettre en place des restrictions globales en matière de marketing et d'utilisation par les jeunes. Ces politiques doivent être distinctes de celles qui encouragent les fumeurs adultes à arrêter de fumer ou à passer à des produits moins nocifs.
- **Lutter contre la désinformation et développer une communication plus précise sur les risques liés à la réduction des méfaits du tabac :** Identifier et combattre les sources de désinformation et encourager les messagers et les messages de confiance, afin de garantir la transmission d'informations exactes aux consommateurs.

## INNOVATION TECHNOLOGIQUE

- **Des produits sans fumée innovants :** La Suède a prudemment adopté des technologies et des produits innovants qui fournissent de la nicotine sans les dangers pour la santé causés par la combustion du tabac. Avec le soutien d'une recherche approfondie, le développement de cette technologie doit être encouragé.
- **Les pays à revenu faible et moyen sont plus vulnérables :** Plus de 80 % des décès liés au tabagisme dans le monde surviennent dans les PRFM. Les efforts visant à réduire la prévalence du tabagisme dans les PRFM doivent être accélérés. En outre, la synergie néfaste entre le tabagisme et la tuberculose doit être prise en compte dans les pays endémiques. Dans les PRFM, il est urgent d'améliorer l'accès, le caractère abordable et l'acceptabilité par les consommateurs des produits de sevrage tabagique et des produits de réduction des risques associés au tabagisme.

## À propos des auteurs

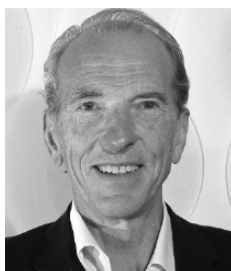


**LE DR DELON HUMAN** est un médecin de famille spécialisé, un défenseur de la santé mondiale, un auteur publiant, un conférencier international et un consultant en soins de santé spécialisé dans la stratégie de santé mondiale, la réduction des risques et la communication en matière de santé. Il est l'ancien secrétaire général de l'Association médicale mondiale, de l'Alliance internationale des aliments et des boissons et cofondateur de l'Alliance africaine pour la réduction des risques (AHRA). Il a conseillé trois directeurs généraux de l'OMS et le secrétaire général des Nations unies sur les stratégies mondiales en matière de santé publique.



**LE DR ANDERS MILTON** est un médecin qui a une grande expérience du service public, un consultant très demandé dans le secteur des soins de santé et un ancien président de l'AMM. Il est actuellement propriétaire et directeur général de Milton Consulting et président de la Commission Snus. Il est président du conseil d'administration de trois fondations qui travaillent dans le domaine de l'éducation des enfants et des adolescents et de plusieurs entreprises à but lucratif dans le domaine des sciences de la vie.

Le curriculum vitae du Dr Milton comprend également des postes de président et de directeur général de l'Association médicale suédoise (AMS) et de président de la Croix-Rouge suédoise, de la Fondation du peuple et de la défense et de la Confédération suédoise des associations professionnelles (CSAP).



**LE PROF. KARL FAGERSTRÖM** est psychologue et membre fondateur de la Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT). Il est actuellement rédacteur en chef adjoint de Nicotine & Tobacco Research (Recherche sur la nicotine et le tabac). Il a reçu la médaille de l'Organisation mondiale de la santé en 1999 pour son travail remarquable dans la lutte contre le tabagisme. En 2013, il a reçu le prix de la science clinique de la Society for Research on Tobacco and Nicotine.



**LE DR. JACQUES LE HOUZEC** (France), neuroscientifique de formation à Paris, travaille sur la nicotine et le sevrage tabagique depuis 40 ans. Il est consultant en santé publique et en dépendance tabagique et spécialiste du sevrage tabagique. Il est également directeur d'Amzer Glas - CIMVAPE, un organisme de formation et de certification basé en France.



**LE PROF. DR. MIHAELA RĂESCU** (dentiste) enseigne la prévention bucco-dentaire à la faculté de médecine dentaire de l'université « Titu Maiorescu » de Bucarest, en Roumanie, depuis 2003 et est professeur titulaire depuis 2015. En plus d'être une praticienne active et un médecin spécialiste, le Dr. Răescu est l'auteur et le co-auteur de nombreuses études et publications et a été invitée comme oratrice à diverses conférences professionnelles.



**LE DR. FRANCIS P. CRAWLEY** (Louvain, Belgique) est un philosophe spécialisé dans l'éthique, l'intégrité et la méthodologie de la recherche, ainsi que dans l'éthique et le droit des données et de l'intelligence artificielle. Il est directeur exécutif de l'Alliance pour les bonnes pratiques cliniques – Europe et de l'Initiative stratégique pour le développement des capacités en matière d'évaluation éthique (SID-CER). Il est l'ancien secrétaire général du Forum européen pour les bonnes pratiques cliniques (EFGCP), où il a également exercé les fonctions de responsable de l'éthique et de président du groupe de travail sur l'éthique.

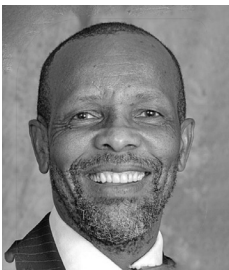
Il est « Boursier mondial dans le programme de développement des médicaments (GFMD) » et actuellement membre du groupe de travail sur l'éthique de la Fédération internationale des associations de médecins pharmaceutiques et de médecine pharmaceutique (IFAPP).



**LE PROF. HALINA CAR**, responsable du département de pharmacologie expérimentale et du département de pharmacologie clinique de l'université médicale de Białystok, en Pologne. Professeure à la faculté de médecine de l'université Lazarski à Varsovie, Pologne. Médecin spécialisé dans les maladies internes et la pharmacologie clinique. Consultante en pharmacologie clinique de la province de Podlachie. Membre du comité des sciences physiologiques et pharmacologiques de l'Académie polonaise des sciences, membre de l'équipe chargée de l'évaluation des bourses d'études scientifiques par le ministre de la Santé, membre du conseil d'administration de la Société polonaise de pharmacologie, membre de la Société polonaise des neurosciences, membre de la Société médicale polonaise. Auteur de plus de 300 publications et de 6 brevets, dont un brevet européen.



**LE PROF. ANDRZEJ SOBCZAK** est diplômé de l'université de technologie de Gdansk. Il a obtenu les diplômes suivants : master de science en chimie (1974) ; docteur de philosophie en chimie (1979) ; docteur de science (habilitation) en médecine/biologie médicale (2006) ; professeur titulaire de médecine (2013). Depuis plus d'une douzaine d'années, il s'intéresse à l'impact de la fumée de tabac sur l'organisme du fumeur et à la sécurité de l'utilisation de produits du tabac innovants (cigarettes électroniques, chaufferettes, sachets de nicotine) dans le cadre des stratégies de réduction des dommages causés par le tabagisme. Promoteur du premier doctorat en Pologne sur les cigarettes électroniques (« Exposure of electronic cigarette users to selected toxic compounds », L. Kośmider, 2016). Il est l'auteur de plus de 200 publications, dont plus de 80 sur la liste de Philadelphie. Il a publié des articles dans des revues prestigieuses, telles que : Tobacco Control ; Nicotine & Tobacco Research ; Thorax ; Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention ; Circulation journal ; European Journal of Public Health ; International Journal of Public Health ; Addiction Biology ; Journal of Applied Toxicology ; Atherosclerosis. Ses travaux ont été cités plus de 5 000 fois. Deux fois lauréat du prix du ministre de la santé (2009, 2019) et de plusieurs prix du recteur de l'université de médecine de Silésie pour son activité scientifique.



**LE DR. KGOSI LETLAPE** est un ophtalmologue sud-africain, membre fondateur de l'Alliance africaine pour la réduction des risques (AHRA), ancien président du Conseil des professions de santé et président du Conseil médical et dentaire d'Afrique du Sud. Il est l'actuel président de l'Association médicale africaine et de l'Association des conseils médicaux d'Afrique. Il a également été président du conseil d'administration de l'Association médicale sud-africaine (SAMA) et président de l'Association médicale mondiale (AMM), l'organe représentatif mondial des médecins. Il a été admis comme membre du Collège des chirurgiens d'Afrique du Sud en avril 1988 et comme membre du Collège royal des chirurgiens d'Édimbourg pour l'ophtalmologie en mai 1988. Il a la particularité d'être le premier Africain noir à obtenir le titre d'ophtalmologiste à Southfield, en Afrique du Sud, et le premier à devenir président de l'AMM.



**JESSICA PERKINS** a obtenu son diplôme de chimie à l'université de Southampton et a travaillé en tant que scientifique dans le département R&D d'une entreprise multinationale. Ses travaux ont porté sur la mise en œuvre, le développement et l'essai de dispositifs analytiques permettant de caractériser les aérosols provenant de produits à risque réduit, dans l'industrie du tabac et de la nicotine. Elle est ensuite devenue développeuse de produits innovants, où elle s'est concentrée sur la science des matériaux et le développement de dispositifs dans la catégorie des produits du tabac chauffés. Jessica est aujourd'hui une militante de la réduction des risques et dirige plusieurs plateformes de plaidoyer (dont THR.net) qui communiquent sur la science de la réduction des risques.



**LE DR. DIEGO VERRASTRO** est un chirurgien généraliste, spécialisé dans la médecine d'urgence, la chirurgie abdominale mini-invasive, l'échographie et l'obésité. Il est également porte-parole de RELDAT, le réseau latino-américain pour la réduction des dommages liés au tabac. À ce titre, il a appelé à poursuivre le débat sur les mérites de la réduction des risques en Amérique latine, en attirant l'attention sur les exemples fournis par d'autres pays, notamment le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et la Suède.



**SCOTT D. BALLIN, JD**, a passé plus de 50 ans à s'occuper de questions liées au tabac et à la santé publique. Il a travaillé sur un large éventail de questions relatives au tabac et à la nicotine, allant des réformes de l'étiquetage des cigarettes et des produits du tabac sans fumée à la réglementation de la FDA sur le tabac et la nicotine, en passant par les droits d'accise, les lois sur la pureté de l'air intérieur, les réformes de l'agriculture du tabac, la réduction des risques associés au tabagisme et l'engagement des parties prenantes. Pendant plus de dix ans, il a été vice-président et conseiller législatif de l'Association américaine de cardiologie, membre du comité directeur et président à deux reprises de la Coalition sur le tabagisme ou la santé (AHA, ACS, ALA), qui a été la première coalition nationale véritablement active dans le mouvement de lutte contre le tabagisme.



**FEDERICO N. FERNÁNDEZ** est directeur exécutif de Somos Innovación, un réseau de plus de 30 groupes de réflexion et ONG qui se consacrent à la recherche de solutions innovantes à des problèmes en Europe et en Amérique latine. Il est également fondateur et président de la Fundación Internacional Bases, une organisation qui pense globalement et agit localement sur les questions liées aux libertés individuelles et à l'économie de marché. La Fundación Internacional Bases est également responsable de l'organisation de l'Escuela Austríaca, un congrès axé sur l'économie, Federico N. Fernández étant le président du comité d'organisation. Ses écrits ont été publiés dans un grand nombre de médias en Europe et en Amérique latine. Il est également l'auteur de plusieurs articles universitaires et a coédité des livres.



**LE DR. MAREWA GLOVER** est l'une des principales chercheuses néo-zélandaises dans le domaine de la lutte antitabac. Elle travaille depuis 30 ans à la réduction des dommages liés au tabagisme. Elle est reconnue au niveau international pour son action en faveur de la réduction des risques associés au tabagisme et a été finaliste du New Zealander of the Year Supreme Award en 2019, en reconnaissance de sa contribution à la réduction du tabagisme en Nouvelle-Zélande.

Le Dr. Glover a présidé de nombreux comités et organisations, dont End Smoking NZ, une ONG indépendante qui a milité en faveur d'une approche de réduction des risques avant même l'introduction des cigarettes électroniques. En 2018, le Dr. Glover a créé le Centre d'excellence en recherche : Indigenous Sovereignty & Smoking qui est un programme international de recherche visant à réduire les méfaits du tabac chez les peuples autochtones du monde entier. [www.coreiss.com](http://www.coreiss.com) Le Centre d'excellence en recherche : Indigenous Sovereignty and Smoking (le Centre) a été créé grâce à une subvention de la Foundation for a Smoke-Free World, Inc. (« FSFW »), une fondation privée américaine à but non lucratif de type 501(c)3. Le travail du Centre, selon les termes de la convention de subvention avec la FSFW, est indépendant de la FSFW sur le plan éditorial. Le travail du Centre et les opinions qu'il exprime relèvent de la seule responsabilité de l'auteur et ne doivent en aucun cas être considérés comme reflétant les positions de la FSFW.



**LE DR. JOHN R. 'JACK' FOWLE III** est le directeur de Science to Inform, LLC, un consultant indépendant qui conseille ses clients sur l'utilisation de la science pour éclairer les décisions concernant les risques environnementaux et dans le développement et l'utilisation de solutions alternatives à l'expérimentation animale. Avant 2012, il était directeur adjoint de la division des effets sur la santé de l'Agence américaine de protection de l'environnement (EPA) au sein de l'Office of Pesticide Programs (OPP) à Washington, DC. Il était chargé de diriger les activités d'évaluation des risques sanitaires soutenant la ré-homologation des pesticides existants et de gérer l'intégration de nouvelles approches toxicologiques dans les évaluations des risques pour la santé humaine de l'OPP. Avant l'OPP, il était directeur de la division de neurotoxicologie de l'EPA, ainsi que directeur adjoint de laboratoire au Laboratoire national de recherche sur les effets sur la santé et l'environnement (NHEERL) à Research Triangle Park, en Caroline du Nord, où il a contribué à développer des alternatives aux approches animales et à établir le programme de toxicologie computationnelle de l'agence. Il a été directeur adjoint du Conseil consultatif scientifique de l'EPA et conseiller scientifique du sénateur américain Daniel Patrick Moynihan. Depuis qu'il a pris sa retraite de l'EPA, il siège au conseil d'administration de l'Institute of In Vitro Sciences à Gaithersburg, dans le Maryland, est président du conseil d'administration de l'Evidence Based Toxicology Consortium et est rédacteur en chef d'AltTox. Il est conseiller de l'American Society for Cellular and Computational Toxicology et ancien président de la section In Vitro and Alternative Methods Specialty de la Society of Toxicology. Il a obtenu son baccalauréat et son doctorat en génétique à l'université George Washington, à Washington, D.C., et il est toxicologue certifié.



# Bibliographie

1. Trillet-Lenoir V. Europe's Beating Cancer plan - BECA Committee final report [Internet]. European Parliament. 2021 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://www.europarl.europa.eu/legislative-train/theme-promoting-our-european-way-of-life/file-europe-s-beating-cancer-plan>
2. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan: Communication from the Commission to the European Parliament and the Council [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Mar 1]. Available from: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer-plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf)
3. World Health Organization Regional Office for Europe. European Tobacco Use: Trends Report 2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 1]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf)
4. World Health Organisation. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Article 1(d) [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>
5. Yach D. Accelerating an end to smoking: a call to action on the eve of the FCTC's COP9. *Drugs Alcohol Today*. 2020 May 21 ;20(3):173–89.
6. Service Public Fédéral Santé Publique de Belgique. Royal Decree prohibiting the manufacture and placing on the market of nicotine pouches and cannabinoid pouches [Internet]. Brussels; 2022 Jun [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/tris/en/search/?trisaction=search.detail&year=2022&num=417>
7. World Health Organization Regional Office for Europe. Tobacco-Free Generations: Protecting children from tobacco in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen; 2017 [cited 2023 Mar 1]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/343376/20170428\\_WHO-TobaccoFreeGeneration-DRAFT09.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/343376/20170428_WHO-TobaccoFreeGeneration-DRAFT09.pdf)
8. Khoo D, Chiam Y, Ng P, Berrick AJ, Koong HN. Phasing-out tobacco: proposal to deny access to tobacco for those born from 2000. *Tob Control*. 2010 Oct 1;19(5):355–60.
9. Russell MA. Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. *Br Med J* [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2021 Dec 6];1(6023):1430. Available from: [/pmc/articles/PMC1640397/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC1640397/?report=abstract)
10. Human D, Milton A, Rataemane S, Letlape K, Magero J, Fagerström K. An Introduction to Oral Nicotine Delivery Systems: Oral Nicotine Commission 2020 Report [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 12]. Available from: [https://healthdiplomats.com/THR\\_Downloads/Oral\\_Nicotine\\_Delivery\\_Systems.pdf](https://healthdiplomats.com/THR_Downloads/Oral_Nicotine_Delivery_Systems.pdf)
11. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, et al. Estimating the harms of nicotine-containing products using the MCDA approach. *Eur Addict Res*. 2014 Apr 16;20(5):218–25.
12. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 Oct 14 [cited 2021 Dec 7];10(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33052602/>
13. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, et al. E-cigarettes are less harmful than smoking. *The Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1160–2.
14. World Health Organisation. MPOWER Measures: Tobacco Control [Internet]. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
15. Nargis N. Healthy People Countdown 2030: reaching 5% cigarette smoking prevalence among US adults through state cigarette excise tax increases. *Tob Control*. 2021 Nov 5;tobacco-control-2021-056755.
16. Aotearoa Ministry of Health. Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar

# SAVING LIVES LIKE SWEDEN

- 1]. Available from: <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-aotearoa-2025-action-plan>
17. Balogun B. The Smokefree 2030 Ambition for England [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9655/CBP-9655.pdf>
18. Tobaksfakta. The Swedish Government aims at Smoke Free Sweden 2025 [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://tobaksfakta.se/the-swedish-government-aims-at-smoke-free-sweden-2025/>
19. NIH National Cancer Institute. What harmful chemicals does tobacco smoke contain? [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 7]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>
20. tobaccoharmreduction.net. An Advocate's Guide to Tobacco Harm Reduction [Internet]. 1st ed. thr.net; 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: 1. <https://media.thr.net/strapi/d5b691d-7b57a532da30f41f52dd63dcc.pdf>
21. Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheets: Smoking and Cigarettes [Internet]. CDC. 2023 [cited 2023 Mar 3]. Available from: [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/fast\\_facts/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm)
22. Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Risk Factors for Lung Cancer? [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 6]. Available from: [https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic\\_info/risk\\_factors.htm#:~:text=People%20who%20smoke%20cigarettes%20are,the%20risk%20of%20lung%20cancer.](https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm#:~:text=People%20who%20smoke%20cigarettes%20are,the%20risk%20of%20lung%20cancer.)
23. Lariscy JT, Hummer RA, Rogers RG. Cigarette Smoking and All-Cause and Cause-Specific Adult Mortality in the United States. *Demography*. 2018 Oct 1;55(5):1855–85.
24. Xu X, Fiacco L, Rostron B, Homsy G, Salazar E, Levine B, et al. Assessing quality-adjusted years of life lost associated with exclusive cigarette smoking and smokeless tobacco use. *Prev Med (Baltim)*. 2021 Sep;150:106707.
25. Philip KE, Bu F, Polkey MI, Brown J, Steptoe A, Hopkinson NS, et al. Relationship of smoking with current and future social isolation and loneliness: 12-year follow-up of older adults in England. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2022 Mar;14:100302.
26. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016 Sep 27;ntw266.
27. U.S. National Cancer Institute, World Health Organisation. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. Monograph 21. [Internet]. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH; 2016 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>
28. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018 Jan;27(1):58–64.
29. Bonander C, Jakobsson N, Nilson F. Are fire safe cigarettes actually fire safe? Evidence from changes in US state laws. *Injury Prevention*. 2018 Jun;24(3):193–8.
30. National Fire Protection Association. Home Fires Started by Smoking [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.nfpa.org/News-and-Research/Data-research-and-tools/US-Fire-Problem/Smoking-Materials>
31. London Fire Brigade. Smoking remains the top cause of fatal fires despite a fall in the number of smokers [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.london-fire.gov.uk/news/2019-news/october/smoking-remains-the-top-cause-of-fatal-fires-despite-a-fall-in-the-number-of-smokers/>
32. World Health Organization. Tobacco and its environmental impact: an overview [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255574/9789241512497-eng.pdf>



33. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control Secretariat. Tobacco has a negative impact on the environment [video online]. 2022 [cited 2023 Mar 8]. Available from: [https://www.youtube.com/watch?v=A\\_JVz02PwAl](https://www.youtube.com/watch?v=A_JVz02PwAl)
34. World Health Organization, United Nations Environment Programme. UNEP, Secretariat of the WHO FCTC partner to combat microplastics in cigarettes [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/01-02-2022-unesp-secretariat-of-the-who-fctc-partner-to-combat-microplastics-in-cigarettes>
35. Fischer F, Kraemer A. Meta-analysis of the association between second-hand smoke exposure and ischaemic heart diseases, COPD and stroke. *BMC Public Health*. 2015 Dec 1;15(1):1202.
36. The Lullaby Trust. Smoking during pregnancy or after birth increases the risk of SIDS [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.lullabytrust.org.uk/safer-sleep-advice/smoking/>
37. UK Government Department of Health & Social Care. Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>
38. Gilman SE, Rende R, Boergers J, Abrams DB, Buka SL, Clark MA, et al. Parental Smoking and Adolescent Smoking Initiation: An Intergenerational Perspective on Tobacco Control. *Pediatrics*. 2009 Feb 1;123(2):e274–81.
39. Action on Smoking and Health. ASH and Breathe 2025 response to Advancing our health: prevention in the 2020s. [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://ash.org.uk/about/submissions>
40. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P, Philipneri A, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*. 2016 Jun 9;6(6):e011045.
41. Steinberg MB, Bover Manderski MT, Wackowski OA, Singh B, Strasser AA, Delnevo CD. Nicotine Risk Misperception Among US Physicians. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Mar 31];36(12):3888–90. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-06172-8>
42. Rajkumar S, Adibah N, Paskow MJ, Erkkila BE. Perceptions of nicotine in current and former users of tobacco and tobacco harm reduction products from seven countries. *Drugs Alcohol Today*. 2020 Sep 10;20(3):191–206.
43. Mendelsohn C. The Healthy Truth About Vaping [Internet]. 1st ed. 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://colinmendelsohn.com.au/book/>
44. Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction [Internet]. London; 2016 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>
45. Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS. Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives. *Annu Rev Public Health*. 2018 Apr 1;39(1):193–213.
46. Yach D. WHO Framework Convention on Tobacco Control. *The Lancet*. 2003 Feb;361(9357):611.
47. van der Eijk Y. Development of an integrated tobacco end game strategy. *Tob Control*. 2015 Jul;24(4):336–40.
48. Beaglehole R, Bonita R. Tobacco control: getting to the finish line. *The Lancet*. 2022 May;399(10338):1865.
49. Fagerström K. Can alternative nicotine products put the final nail in the smoking coffin? *Harm Reduct J*. 2022 Dec 1;19(1):131.
50. Human D, Farsalinos K, Milton A, Fagerström K, Glover M. Smoke Free Sweden 2023: Launch Event [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=CcnF0mXiV3o>
51. European Commission. Eurobarometer Dataset: Special Eurobarometer 506 [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 22]. Available from: [https://data.europa.eu/data/datasets/s2240\\_506\\_eng?locale=en](https://data.europa.eu/data/datasets/s2240_506_eng?locale=en)
52. Ramström L. Tobacco-related mortality Sweden & EU easier readable charts. Institute for Tobac-

# SAVING LIVES LIKE SWEDEN

- co Studies [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 22]; Available from: [https://www.researchgate.net/publication/345643346\\_Tobacco-related\\_mortality\\_SwedenEU\\_easier\\_readable\\_charts](https://www.researchgate.net/publication/345643346_Tobacco-related_mortality_SwedenEU_easier_readable_charts)
53. World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564434>
54. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study [Internet]. IHME GBD Tool. 2019 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.healthdata.org/gbd>
55. Wikipedia. Schematic representation of DALY [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/Disability-adjusted\\_life\\_year#/media/File:DALY\\_disability\\_affected\\_life\\_year\\_infographic.svg](https://en.wikipedia.org/wiki/Disability-adjusted_life_year#/media/File:DALY_disability_affected_life_year_infographic.svg)
56. Daroudi R, Akbari Sari A, Nahvijou A, Faramarzi A. Cost per DALY averted in low, middle- and high-income countries: evidence from the global burden of disease study to estimate the cost-effectiveness thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2021 Dec 4;19(1):7.
57. United Nations Development Program. Human Development Index [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
58. The Snus Commission. Snus Saves Lives: A study of snus and tobacco-related mortality in the EU [Internet]. 2017 [cited 2023 May 2]. Available from: [https://snusforumet.se/wp-content/uploads/2017/05/Snuskommissionen\\_rapport3\\_eng\\_PRINT.pdf](https://snusforumet.se/wp-content/uploads/2017/05/Snuskommissionen_rapport3_eng_PRINT.pdf)
59. OECD. Health at a Glance: Europe 2016 [Internet]. OECD; 2016 [cited 2023 May 2]. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en)
60. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. IARC Data on Cancer Incidence and Mortality Rates [Internet]. 2020 [cited 2023 May 2]. Available from: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=15&type=1&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmssc=0&include\\_nmssc\\_other=0&projection=natural-earth&color\\_palette=default&map\\_scale=quantile&map\\_nb\\_colors=5&continent=who\\_EURO&show\\_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=15&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=0&include_nmssc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=who_EURO&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D)
61. Belga. Belgium's Health Minister wants nicotine pouches banned. *The Brussels Times* [Internet]. [cited 2023 May 2]; Available from: <https://www.brusselstimes.com/health/359085/belgiums-health-minister-wants-nicotine-pouches-banned>
62. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking: 2000-2025, Second Edition. [Internet]. 2018 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>
63. United Nations. Data Portal: Population Division [Internet]. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://population.un.org/dataportal/home>
64. OECD. Government at a glance 2021 - country fact sheet: Belgium [Internet]. 2021 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.oecd.org/gov/gov-at-a-glance-2021-belgium.pdf>
65. OECD. Government at a glance 2021 - country fact sheet: Sweden. 2021 [cited 2023 May 2]; Available from: <https://www.oecd.org/gov/gov-at-a-glance-2021-sweden.pdf>
66. Wikipedia. List of European Union member states by political system [Internet]. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_European\\_Union\\_member\\_states\\_by\\_political\\_system](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_European_Union_member_states_by_political_system)
67. European Union. Eurobarometer: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2020 [cited 2023 May 2]; Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
68. Johan Nissinen. Parliamentary question - E-003907/2022 - Promotion of e-cigarettes and nicotine pouches to curb smoking in Europe [Inter-





- net]. European Parliament. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-003907\\_EN.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-003907_EN.html)
69. Sara Skyttedal. Parliamentary question - P-004082/2022 - European approaches to nicotine pouches [Internet]. European Parliament. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2022-004082\\_EN.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2022-004082_EN.html)
70. Ayles H, Mureithi L, Simwinga M. The state of tuberculosis in South Africa: what does the first national tuberculosis prevalence survey teach us? *Lancet Infect Dis*. 2022 Aug;22(8):1094–6.
71. World Bank. Incidence of Tuberculosis (per 100,000 people) - Sweden [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://data.world-bank.org/indicator/SH.TBS.INCD?locations=SE>
72. World Health Organisation. Fact Sheet: Tobacco [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
73. Stubbs B, Siddiqi K, Eelsey H, Siddiqi N, Ma R, Romano E, et al. Tuberculosis and Non-Communicable Disease Multimorbidity: An Analysis of the World Health Survey in 48 Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 2;18(5):2439.
74. Padrão E, Oliveira O, Felgueiras Ó, Gaio AR, Duarte R. Tuberculosis and tobacco: is there any epidemiological association? *European Respiratory Journal*. 2018 Jan 25;51(1):1702121.
75. Khan AH, Sulaiman SAS, Hassali MA, Khan KU, Ming LC, Mateen O, et al. Effect of smoking on treatment outcome among tuberculosis patients in Malaysia; a multicenter study. *BMC Public Health*. 2020 Dec 4;20(1):854.
76. Jafta N, Jeena PM, Barregard L, Naidoo RN. Childhood tuberculosis and exposure to indoor air pollution: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2015 May 1;19(5):596–602.
77. Brunet L, Pai M, Davids V, Ling D, Paradis G, Lenders L, et al. High prevalence of smoking among patients with suspected tuberculosis in South Africa. *European Respiratory Journal*. 2011 Jul 1;38(1):139–46.
78. South African Medical Research Council. First national Global Adult Tobacco Survey highlights the huge burden of tobacco use in SA [Internet]. 2022 [cited 2023 May 4]. Available from: <https://www.samrc.ac.za/press-releases/first-national-global-adult-tobacco-survey-highlights-huge-burden-tobacco-use-sa>
79. Georgetown University. Professor David Levy - Global Health Institute [Internet]. 2023 [cited 2023 May 11]. Available from: <https://globalhealth.georgetown.edu/people/david-levy>
80. Levy DT, Tam J, Sanchez-Romero LM, Li Y, Yuan Z, Jeon J, et al. Public health implications of vaping in the USA: the smoking and vaping simulation model. *Popul Health Metr* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Dec 6];19(1):1–18. Available from: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-021-00250-7>
81. Georgetown University, University of Michigan, Center for the Assessment of Tobacco Regulations. Register to download the SAVM Model [Internet]. 2023 [cited 2023 May 12]. Available from: [https://tcors.umich.edu/Resources\\_Download.php?FileType=SAV\\_Model](https://tcors.umich.edu/Resources_Download.php?FileType=SAV_Model)
82. Warner KE, Mendez D. E-cigarettes: Comparing the Possible Risks of Increasing Smoking Initiation with the Potential Benefits of Increasing Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019 Jan 1;21(1):41–7.
83. Ramström L. Institute for Tobacco Studies [Internet]. [cited 2023 Jun 5]. Available from: <http://www.tobaccostudies.com/>
84. European Commission. Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes [Internet]. 2021 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
85. We Are Innovation, IPSOS. Swedes' Views on the Alternatives to Cigarettes: Usage of Alternative Nicotine Products Among Former Cigarette Smokers [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://weareinnovation.eu/documents/wai-sweden-poll-safer-nicotine.pdf>

## **Annexe A :**

**Estimations rétrospectives, pays par pays, de la charge de santé publique attribuée au tabagisme par rapport à la prévalence du tabagisme**  
(Suède par rapport à certains pays)

# SI LE DANEMARK AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

**116 284**

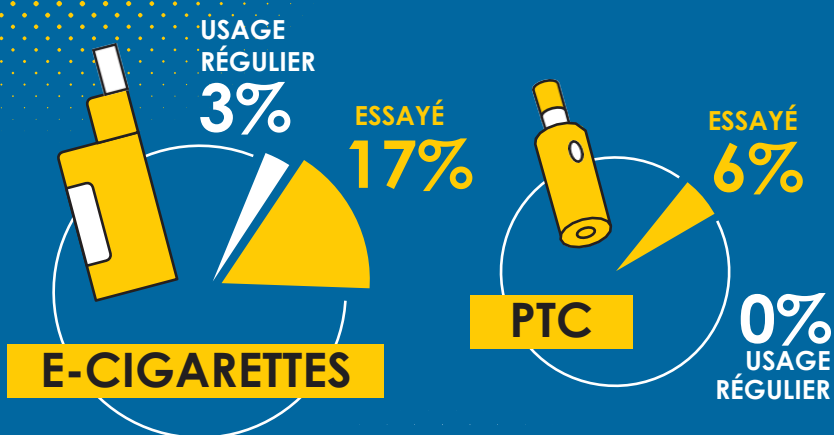
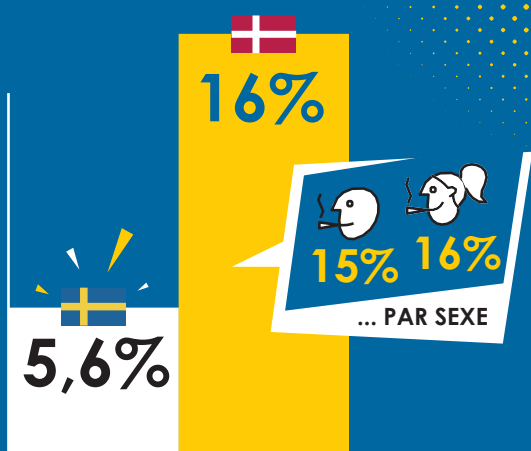
ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

**2 125 295**

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**2 470 455**

## DANEMARK



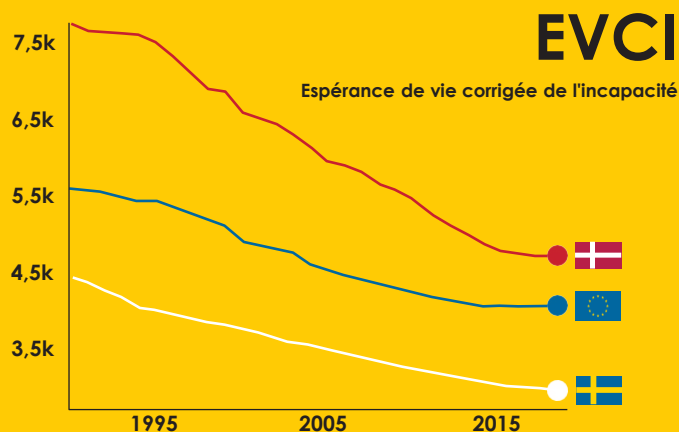
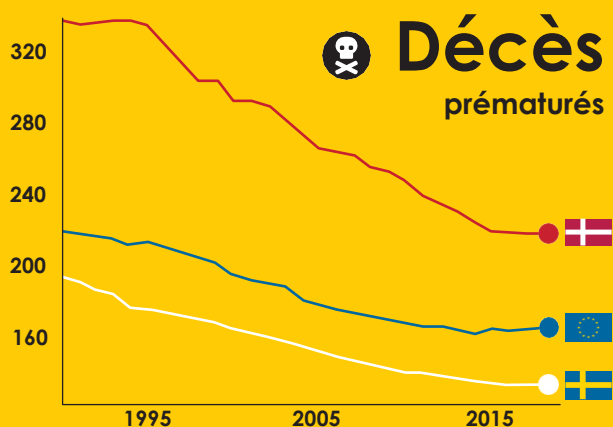
### PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC

**13 877**

UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL

**2%**



taux pour 100k

Figure A.1 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si le DANEMARK avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI LES PAYS-BAS AVAIENT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

125 151

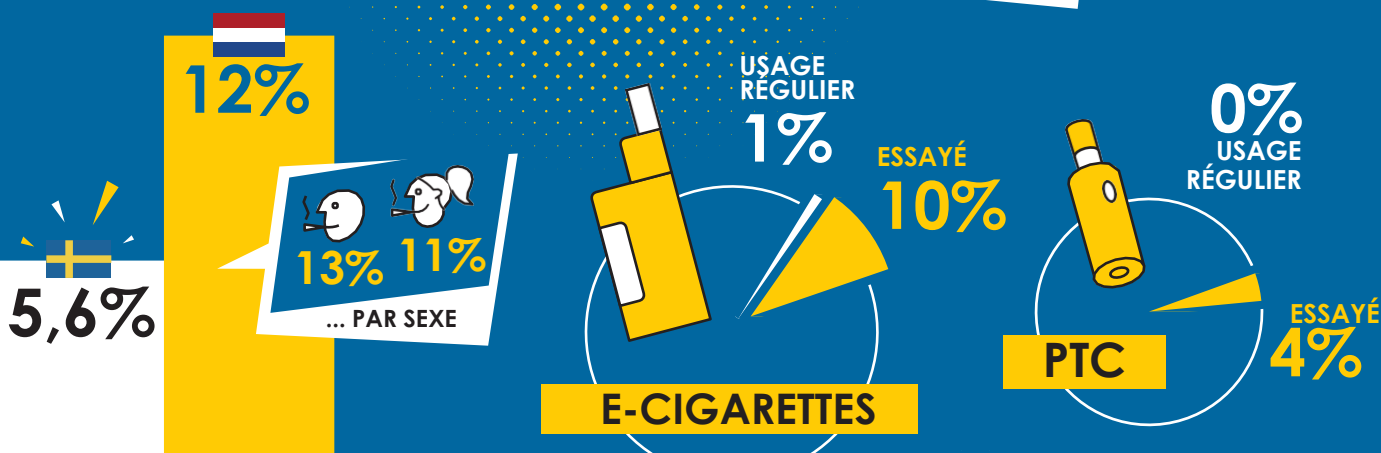
ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

3 178 308

EVCİ POTENTIELLES PRÉVENUES

3 572 180

## PAYS-BAS



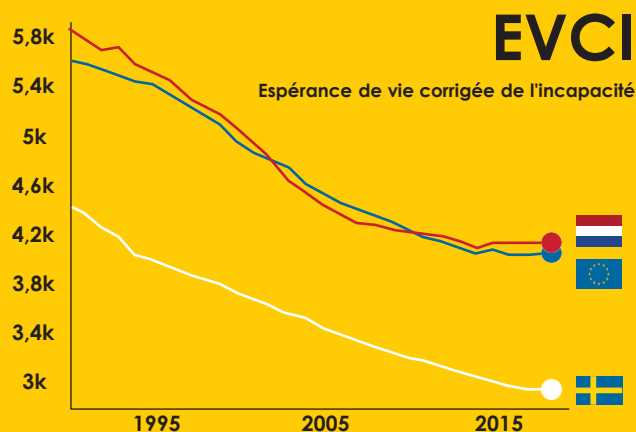
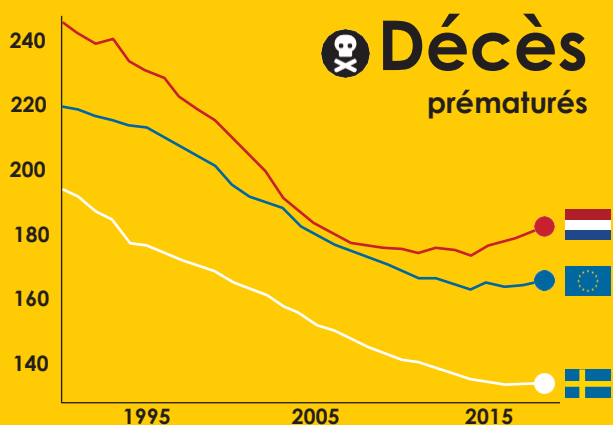
### PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC

30 366

UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL

0%



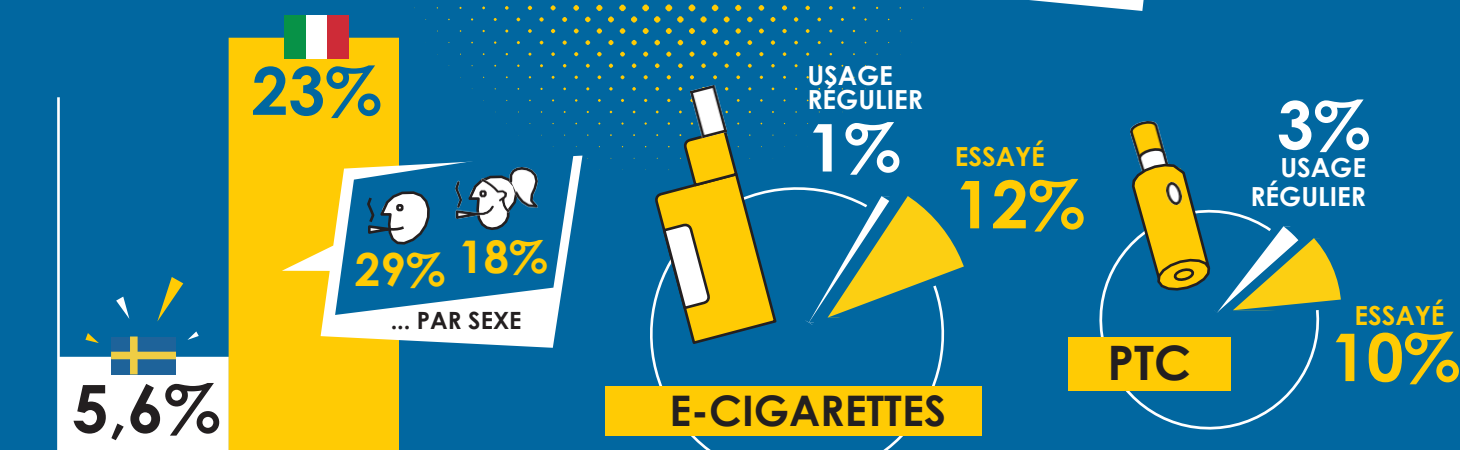
taux pour 100k

Figure A.2 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCİ évités si les PAYS-BAS avaient le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI L'ITALIE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉES **124 750**      ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES **4 263 002**      EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES **4 369 863**

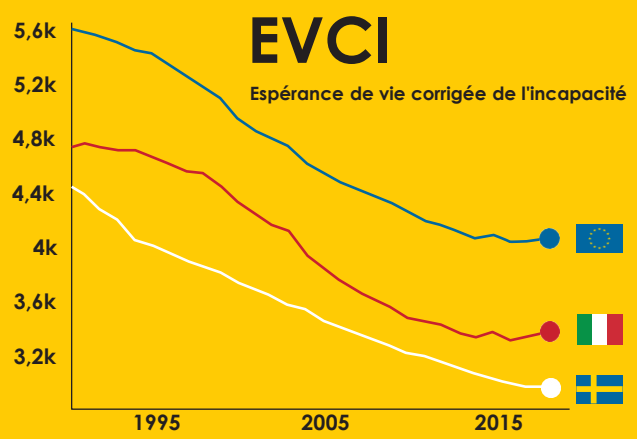
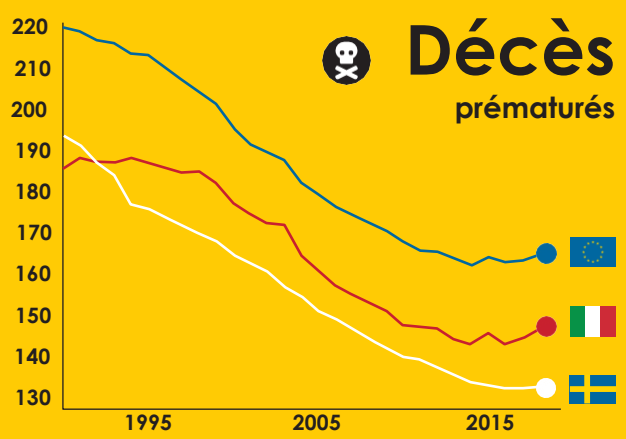
## ITALIE



### PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC  
**92 682**

UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL **1%**



taux pour 100k

Figure A.3 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'ITALIE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI LA BELGIQUE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

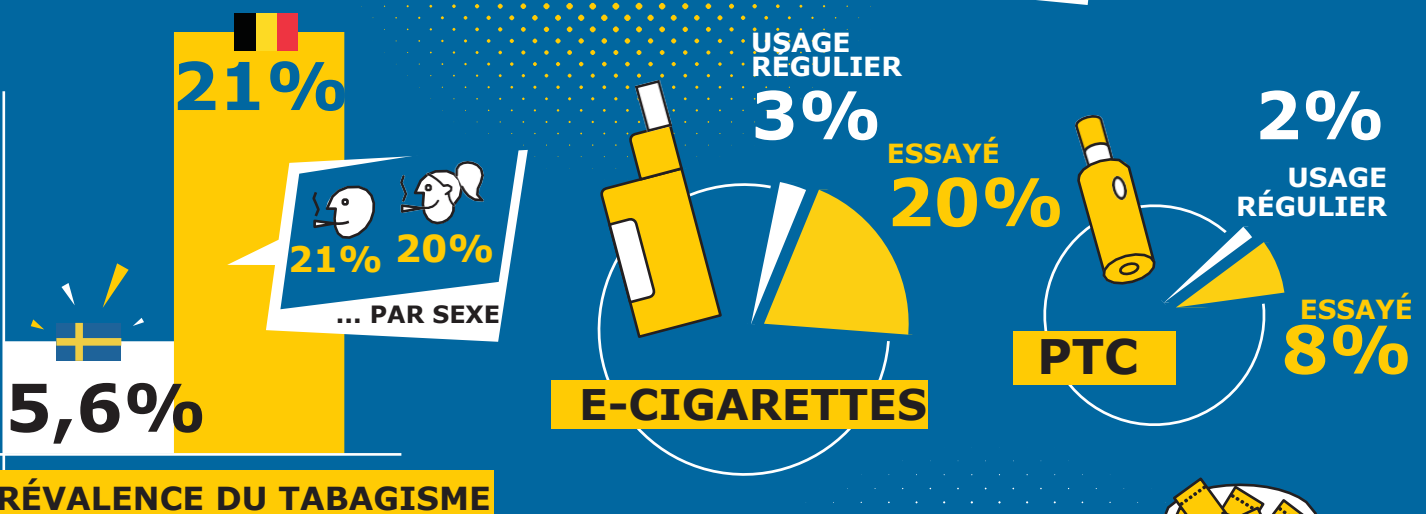
EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**90 570**

**2 303 844**

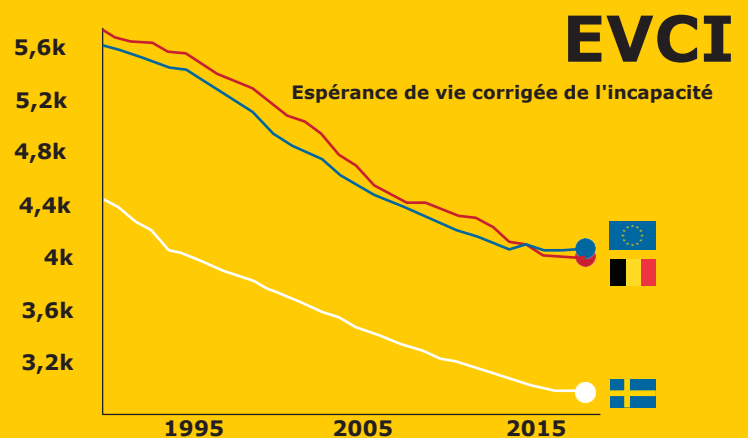
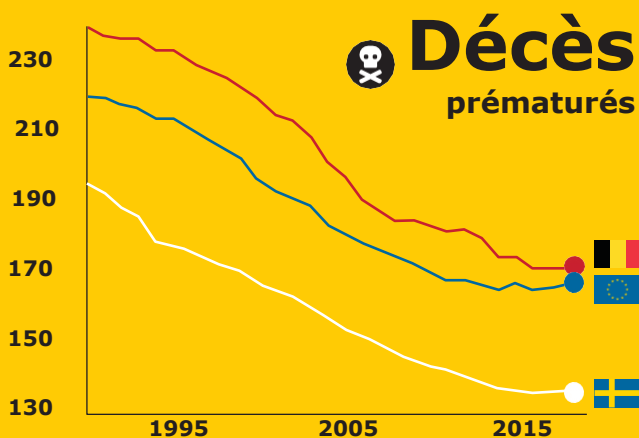
**2 511 439**

## BELGIQUE



**DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC**  
**20 290**

**UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL**  
**1%**



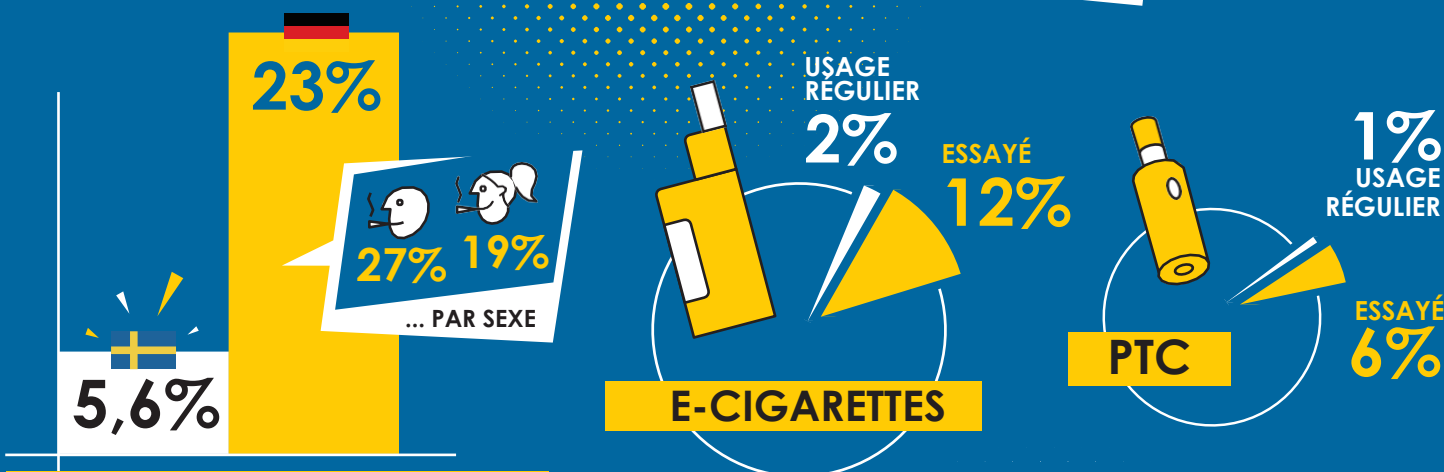
taux pour 100k

Figure A.4 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la BELGIQUE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

SI L'ALLEMAGNE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS **454 366** ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES **15 504 344** EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES **17 981 109**

# ALLEMAGNE

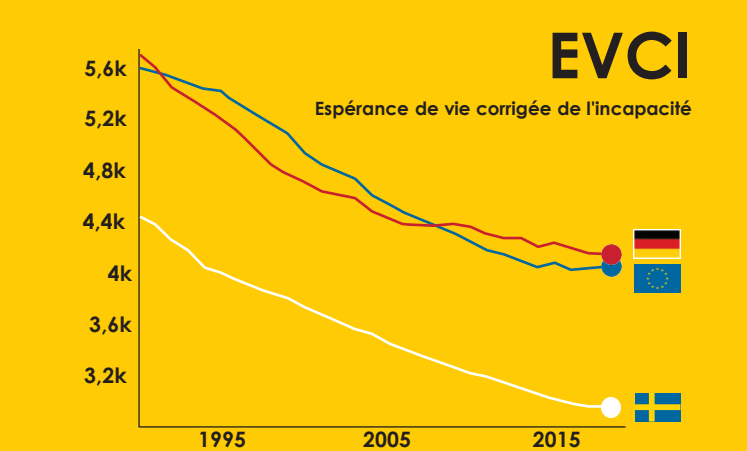
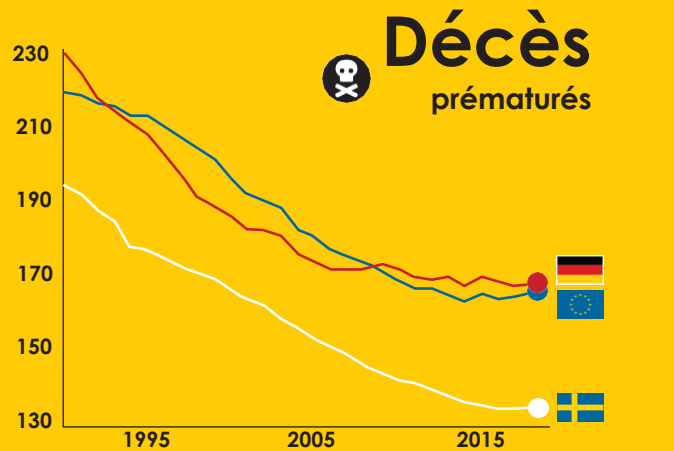


**DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC**

## 143 138

**UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL**

## 1%



taux pour 100k

Figure A.5 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'ALLEMAGNE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

SI LE ROYAUME-UNI AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

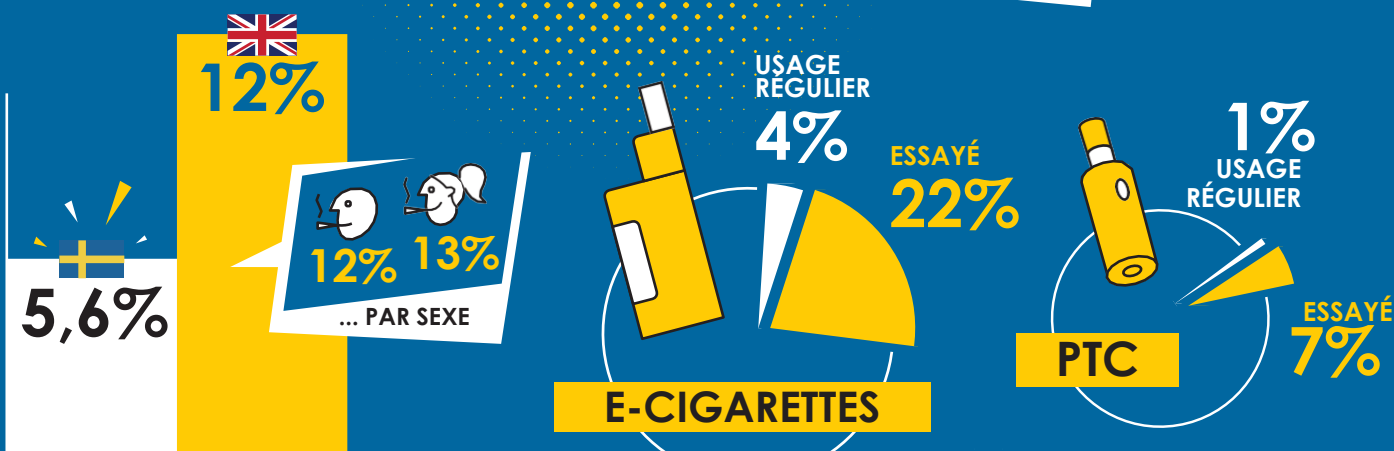
DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**680 808**      **13 477 253**      **15 856 067**

# ROYAUME-UNI



## PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC

**126 108**

UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL

**1%**

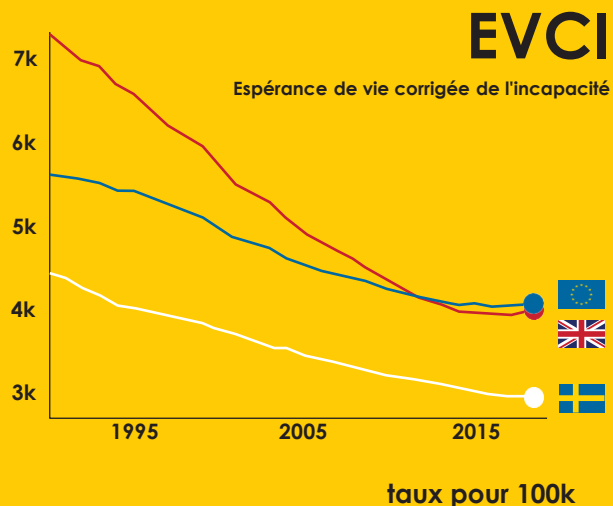
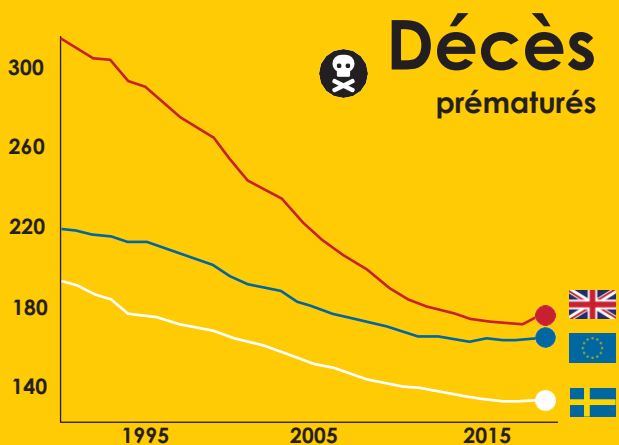


Figure A.6 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si le ROYAUME-UNI avait le même taux de mortalité et de morbidité imputable au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>



# SI L'ESPAGNE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

**30 865**

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

**3 900 229**

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**3 352 663**

# ESPAGNE



PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC

**67 308**

UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL

**0%**

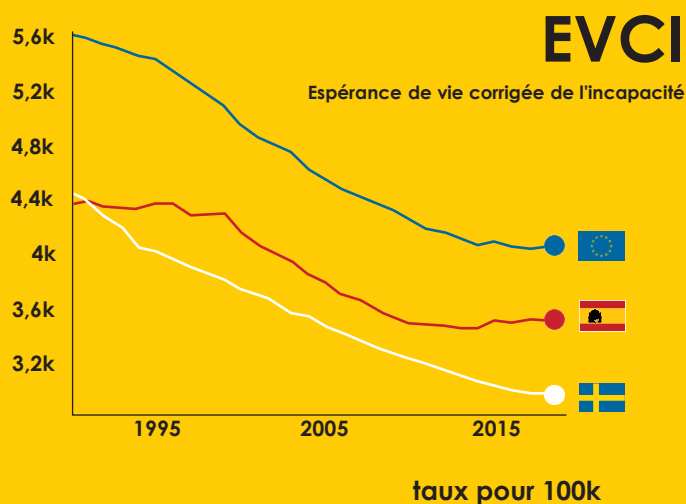
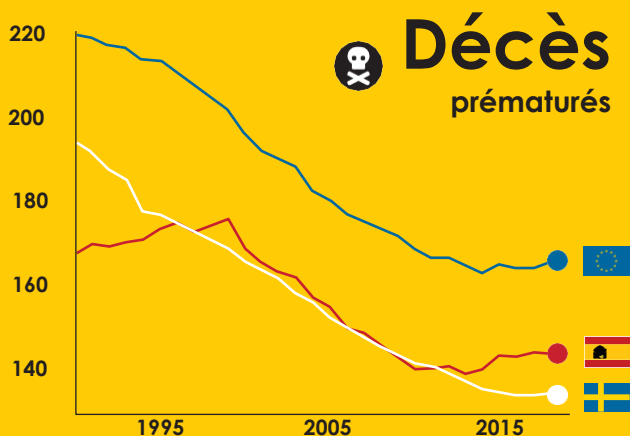


Figure A.7 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'ESPAGNE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI LA POLOGNE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**442 020      16 829 681      17 498 524**

## POLOGNE



**26%**

**32% 20%**

... PAR SEXE

**5,6%**

PRÉVALENCE DU TABAGISME

USAGE RÉGULIER

**1%**

ESSAYÉ **6%**

E-CIGARETTES

1%  
USAGE RÉGULIER

ESSAYÉ **4%**

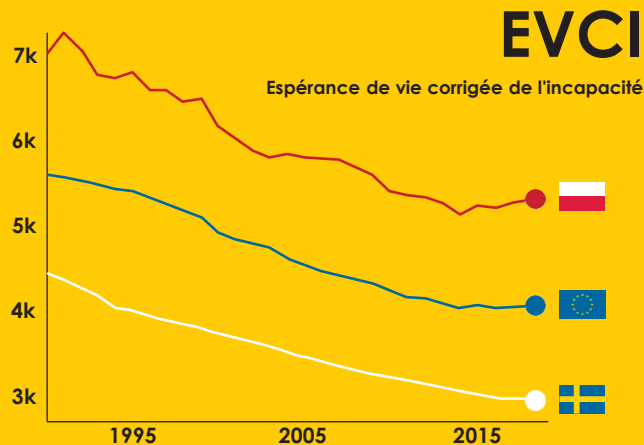
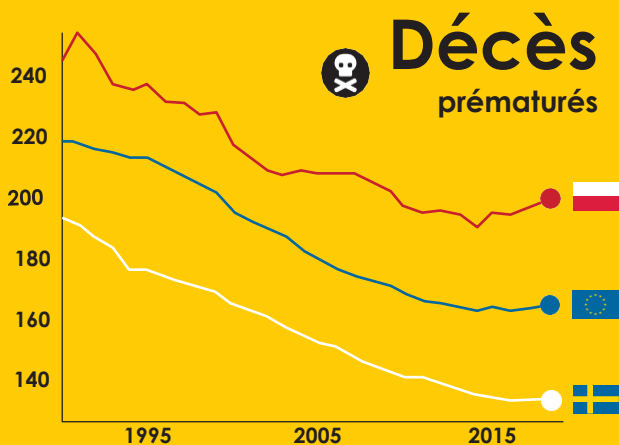
PTC

UTILISENT ACTUELLEMENT DU TABAC ORAL

**0%**

DÉCÈS ANNUELS ATTRIBUÉS AU TABAC

**77 997**



taux pour 100k

Figure A.8 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la POLOGNE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI LA ROUMANIE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

251 205

10 530 736

10 479 915

# ROUMANIE



30%

38% 23%

... PAR SEXE

5,6%

USAGE RÉGULIER

1%

ESSAYÉ 7%

E-CIGARETTES

1%  
USAGE RÉGULIER

ESSAYÉ 5%

PTC

PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS  
ATTRIBUÉS AU TABAC

42 985

UTILISENT  
ACTUELLEMENT  
DU TABAC ORAL

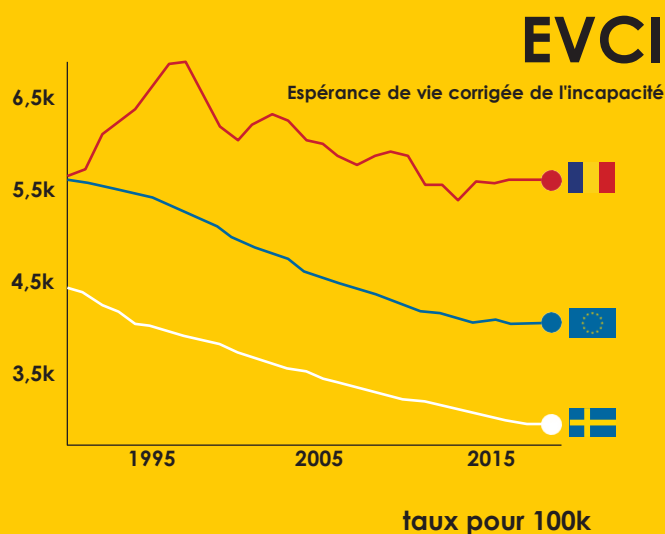
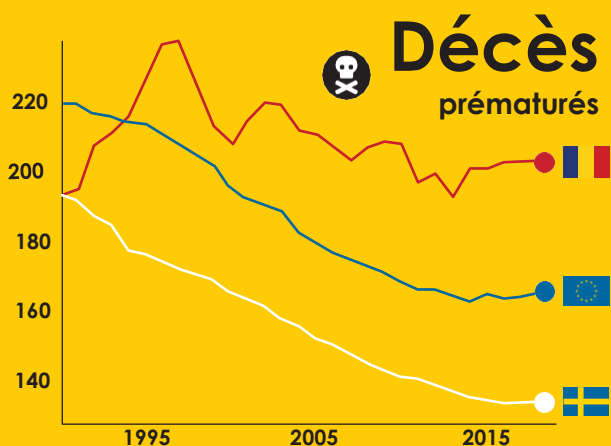


Figure A.9 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la ROUMANIE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI LA GRÈCE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

**169 522**

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

**4 040 339**

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**4 511 619**

# GRÈCE



**42%**

**46% 38%**

... PAR SEXE

**5,6%**

PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS  
ATTRIBUÉS AU TABAC

**24 407**

UTILISENT  
ACTUELLEMENT  
DU TABAC ORAL

**0%**

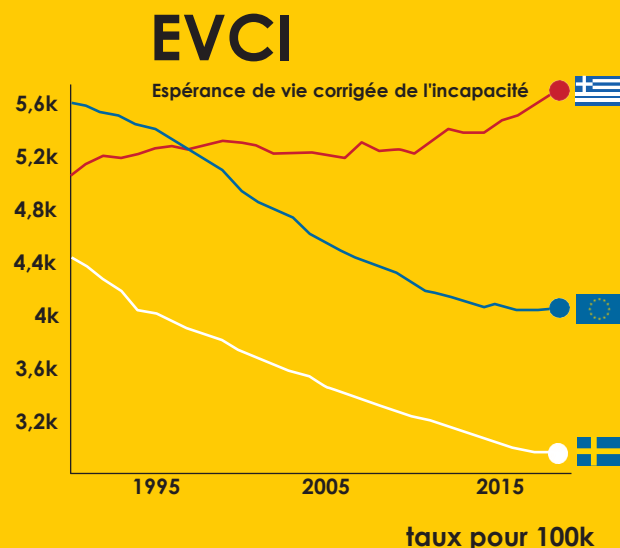
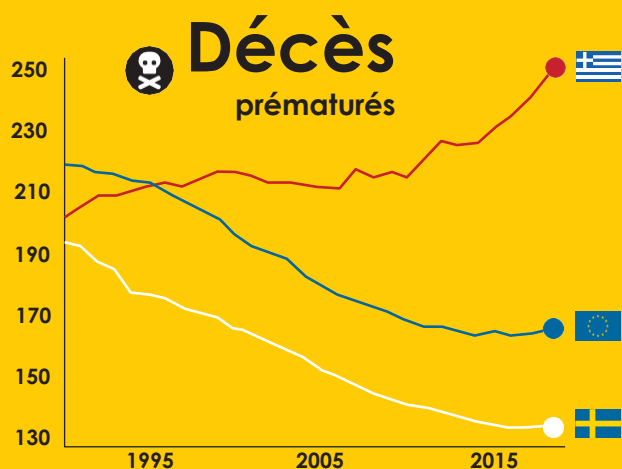
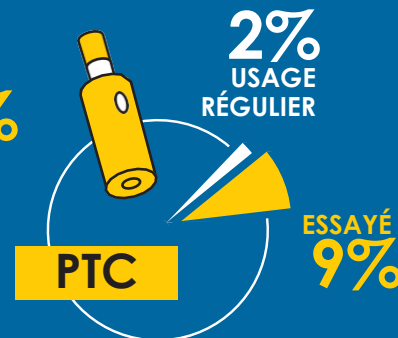
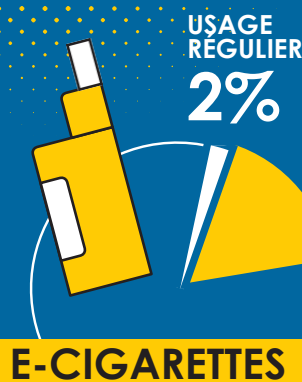


Figure A.10 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la GRÈCE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI LA BULGARIE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS

**249 280**

ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES

**7 660 410**

EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES

**8 109 450**

## BULGARIE



**38%**

49% 28%

... PAR SEXE

**5,6%**

PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉCÈS ANNUELS  
ATTRIBUÉS AU TABAC

**23 363**

USAGE  
RÉGULIER

**1%**

ESSAYÉ

**13%**

E-CIGARETTES

**2%**

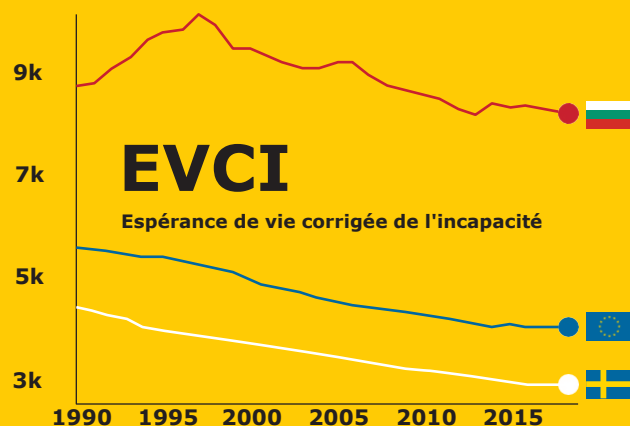
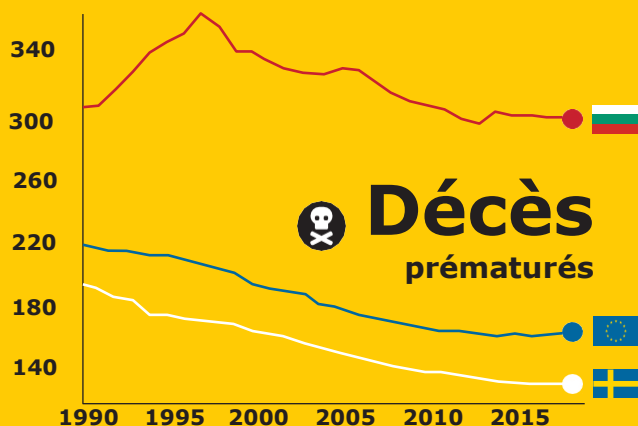
USAGE  
RÉGULIER

PTC

ESSAYÉ  
**12%**

UTILISENT  
ACTUELLEMENT  
DU TABAC ORAL

**1%**



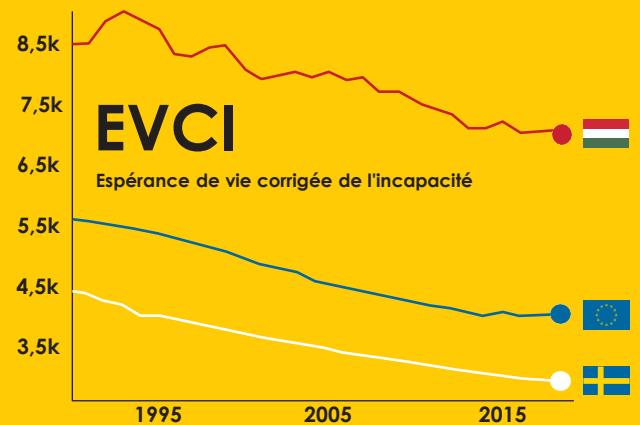
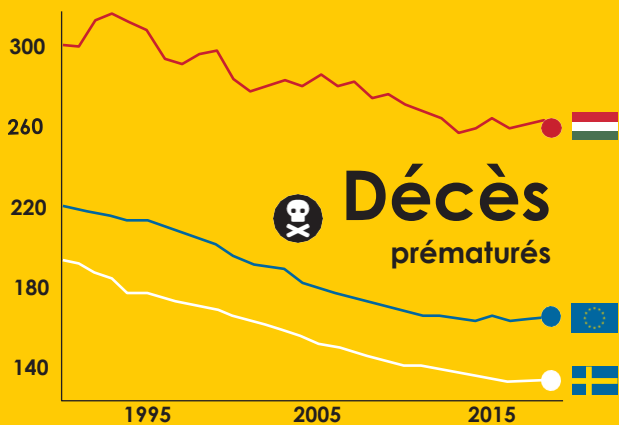
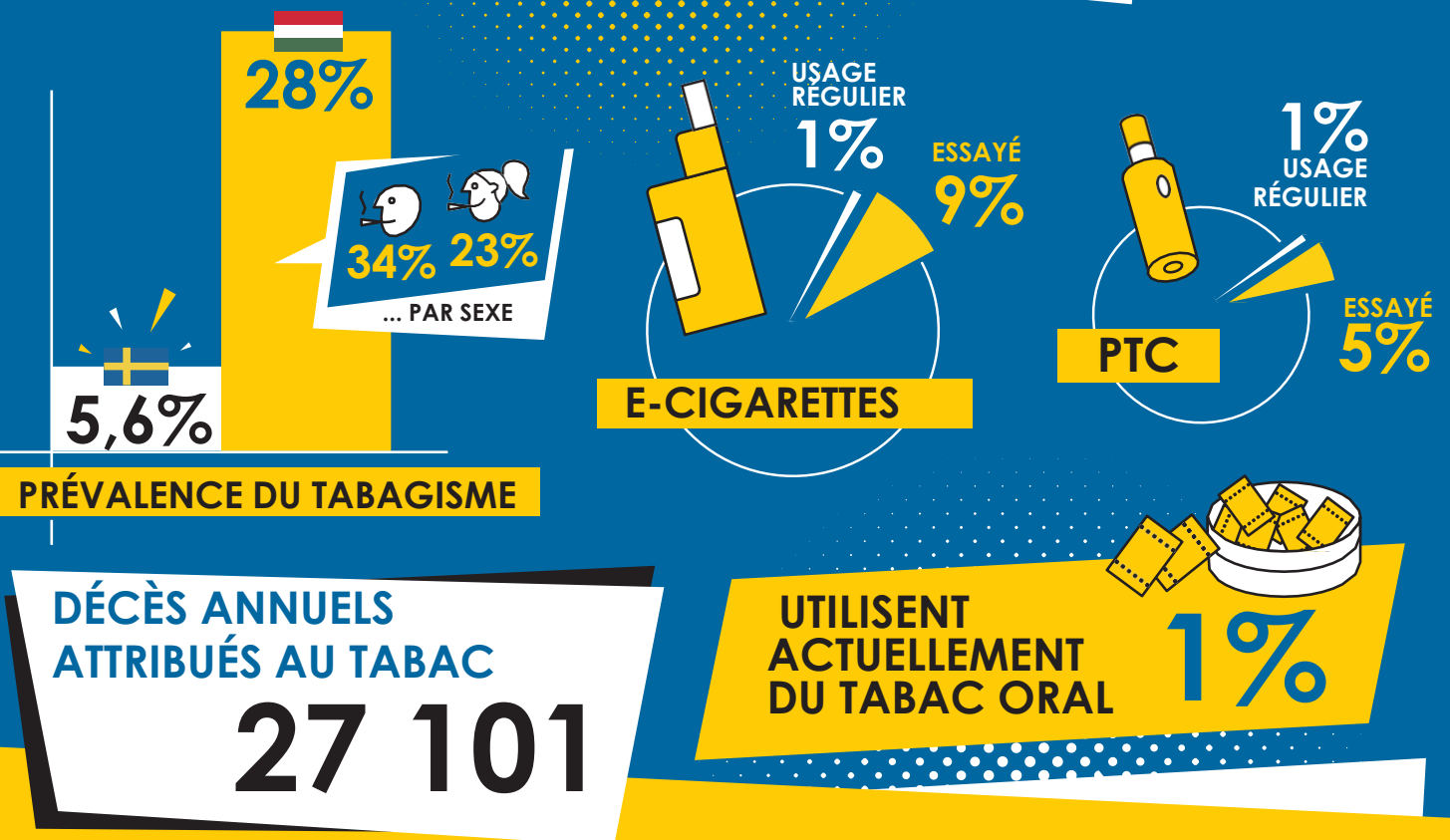
taux pour 100k

Figure A.11 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la BULGARIE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

# SI LA HONGRIE AVAIT LE MÊME TAUX DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ IMPUTABLE AU TABAC QUE LA SUÈDE ENTRE 2000 ET 2019 :

DÉCÈS POTENTIELS ÉVITÉS      ANNÉES DE VIE POTENTIELLES CUMULÉES      EVCI POTENTIELLES PRÉVENUES  
**251 124**      **7 942 192**      **8 494 164**

## HONGRIE



taux pour 100k

Figure A.12 : Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la HONGRIE avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>



## Liste des tableaux

### Tableau 1 :

**Tableau 2 :** Facteurs d'incitation sélectionnés pour s'éloigner des risques individuels et sociétaux du tabac combustible.

**Tableau 3 :** Comparaison de la morbidité attribuée au tabac entre 2000 et 2019 en Suède et dans l'UE, sur la base des données de la CMM de l'IMES.<sup>54</sup> La colonne en bleu « UE (si évaluée comme la Suède) » est un chiffre hypothétique calculé à l'aide de l'équation suivante : (nombre réel d'EVCI perdues dans l'UE/taux d'EVCI perdues dans l'UE) multiplié par le taux d'EVCI perdues de la Suède. Toutes causes confondues, si l'UE avait le même taux de perte d'EVCI imputable au tabagisme que la Suède au cours de ces 20 années, 108 millions d'EVCI perdues auraient pu être évitées.

**Tableau 4 :** Comparaison de la morbidité attribuée au tabac entre 2000 et 2019 en Suède et dans l'UE, sur la base des données de l'étude de l'IMES sur la charge mondiale de morbidité<sup>53</sup>. La colonne en bleu « L'UE (si évaluée comme la Suède) » est un chiffre hypothétique calculé par l'équation suivante : (nombre réel d'EVCI perdues dans l'UE / taux d'EVCI perdues dans l'UE) multiplié par le taux d'EVCI perdues de la Suède. Toutes causes confondues, si l'Union européenne avait le même taux de perte d'EVCI attribuable au tabagisme que la Suède au cours de ces 20 années, 108 millions d'EVCI perdues auraient pu être évitées.

## Liste des figures

**Figure 1 :** La nocivité pondérée du tabac combustible par rapport aux alternatives non combustibles, placée sur le « continuum de minimisation de la nocivité » par Abrams et al.<sup>45</sup>

**Figure 2 :** Prévalence du tabagisme quotidien en Suède et en Norvège (où le snus est disponible) par rapport au Danemark et à la Finlande (où le snus est interdit)<sup>49</sup>

**Figure 3 :** Explication schématique de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI)<sup>55</sup>

**Figure 4 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'UE avaient le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la SUÈDE entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure 5 :** Diagramme à barres empilées représentant les données du Tableau 3. Toutes les données sont utilisées avec l'autorisation de la CMM de l'IMES.<sup>54</sup>

**Figure 6 :** Diagramme à barres empilées représentant les données du tableau 4. Toutes les données sont utilisées avec l'autorisation de la CMM de l'IMES.<sup>54</sup>

**Figure 7 :** Pourcentage d'hommes âgés de plus de 30 ans qui fument quotidiennement<sup>58</sup>.

**Figure 8 :** Taux de mortalité attribuable au tabac chez les hommes âgés de plus de 30 ans pour 100 000 habitants<sup>53</sup>.

**Figure 9 :** Selon les données du CIRC 2020 de l'OMS, la Suède a le taux de mortalité le plus bas d'Europe chez les hommes, tous cancers confondus<sup>60</sup>.

**Figure 10 :** Comparaison des décès et des EVCI liés au tabagisme entre la Suède, la Belgique et l'UE, sur la base des données CMM de l'IMES<sup>54</sup>. Si la Belgique avait le même taux de décès et d'EVCI liés au tabagisme que la Suède entre 2000 et 2019, 90 570 décès et 2,5 millions d'EVCI auraient pu être évités.

**Figure 11 :** Graphiques montrant les décès dus à la tuberculose attribués au tabagisme et les EVCI en Afrique du Sud par rapport aux moyennes africaine et mondiale. Toutes les données sont utilisées avec l'autorisation de la CMM de l'IMES<sup>54</sup>.

**Figure 12 :** L'Afrique du Sud est classée dans la catégorie « IDH élevé » par l'ONU<sup>57</sup>. Si l'on suppose que le coût de chaque EVCI perdue est de 23 782 dollars, conformément aux conclusions de Daroudi et al.<sup>56</sup>, le tabagisme pourrait coûter à l'Afrique du Sud 2,4 milliards de dollars supplémentaires chaque année

## SAVING LIVES LIKE SWEDEN

dans sa lutte contre la tuberculose, par rapport à la moyenne africaine. Données EVCI de la CMM l'IMES<sup>54</sup>.

**Figure 13 :** Graphique reproduit de Levy et al.<sup>80</sup> décrivant les états de transition entre les utilisateurs des catégories de produits dans leur parcours vers le sevrage tabagique et/ou des PVN.

**Figure 14 :** Que se passerait-il si les fumeurs adultes aux États-Unis passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 1,8 million de décès seraient évités et 38,9 millions d'années de vie gagnées.

**Figure 15 :** Que se passerait-il si les fumeurs adultes au Canada passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 130 000 décès seraient évités et 3,5 millions d'années de vie gagnées.

**Figure 16 :** Que se passerait-il si les fumeurs adultes en Allemagne passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 300 000 de décès seraient évités et 4,7 millions d'années de vie gagnées.

**Figure 17 :** Que se passerait-il si les fumeurs adultes en Angleterre passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 200 000 de décès seraient évités et 5 millions d'années de vie gagnées.

**Figure 18 :** Que se passerait-il si les fumeurs adultes en Australie passaient aux produits de vapotage avec nicotine ? Selon le modèle MTEV de Levy et al.<sup>80</sup>, 104 200 de décès seraient évités et 2,05 millions d'années de vie gagnées.

**Figure 19 :** Projections de Yach montrant comment l'adoption généralisée des PRR permettrait de réduire considérablement le nombre de décès liés au tabac d'ici à 2060<sup>5</sup>.

**Figure 20 :** La Suède a la mortalité masculine liée au tabac la plus faible de l'UE, selon la compilation de Ramström<sup>52</sup> des données de l'IMES sur la CMM<sup>54</sup>.

**Figure 21 :** Indice de développement humain (IDH) expliqué<sup>57</sup>

**Figure 22 :** Le sondage « We are Innovation » réalisé par IPSOS a révélé que « les Suédois qui ont opté pour les PNA sont principalement motivés par les préoccupations en matière de santé. Ceci est suivi par des considérations sociales, financières et autres<sup>86</sup> »

**Figure A.1 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si le **DANEMARK** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.2 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si les **PAYS-BAS** avaient le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.3 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'**ITALIE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.4 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la **BELGIQUE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.5 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'**ALLEMAGNE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.6 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si le **ROYAUME-UNI** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputable au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.7 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si l'**ESPAGNE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.8 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la **POLOGNE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.9 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la **ROUMANIE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.10 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la **GRÈCE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.11 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la **BULGARIE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>

**Figure A.12 :** Présentation graphique : nombre potentiel de décès et d'EVCI évités si la **HONGRIE** avait le même taux de mortalité et de morbidité imputables au tabac que la **SUÈDE** entre 2000 et 2019.<sup>54</sup>





**SMOKE FREE  
SWEDEN 2023**  
[www.smokefreesweden.org](http://www.smokefreesweden.org)