

Malgré le léger recul du nombre de fumeurs, il demeure impératif d'agir pour endiguer l'épidémie de tabagisme en Suisse. Différents experts internationaux ont également montré l'urgence des mesures à prendre lors du congrès sur le tabagisme tenu en automne 2007 à Bâle.

Pour cette raison, la FMH salue les efforts de la Confédération qui a l'intention de continuer dans cette voie avec un programme de prévention faisant suite au PNPT 2001–2005:

elle entend accorder une priorité élevée à la prévention du tabagisme et d'avancer avec détermination vers la ratification de la convention-cadre de l'OMS. Des instruments de la prévention anti-tabac à l'efficacité prouvée figurent en grand nombre dans cette convention.

*Barbara Weil,
responsable domaine Santé et prévention
de la FMH*

A l'occasion de la Journée sans tabac du 31 mai 2008

La convention cadre pour le contrôle du tabac de l'OMS a bientôt 5 ans

La convention cadre pour le contrôle du tabac de l'OMS a été soumise aux Etats pour signature en juin 2003 à Genève. L'année suivante, 168 pays ainsi que l'Union européenne en ont signé le texte à New York. Il est ainsi devenu l'accord auquel ont adhéré le plus grand nombre d'Etats dans l'histoire des Nations Unies.

La convention a pris force de loi le 27 février 2005, trois mois après sa ratification par 40 Etats signataires. Elle engage mutuellement ces pays en tant que partenaires à la convention. Le Conseil fédéral l'a signée par le truchement de son ministre de la santé Pascal Couchepin le 25 juin 2004 en témoignant ainsi sa volonté d'examiner les problèmes en lien avec la consommation de tabac. Etant donné la situation actuelle de la prévention du tabagisme dans notre pays, sa ratification par les chambres fédérales demandera toutefois encore quelques années de patience.

La convention cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS: un accord multilatéral unique

Cette convention cadre (en anglais: Framework Convention on Tobacco Control) est un acte pionnier. Il s'agit du premier accord en la matière à avoir été élaboré sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé. Se basant sur des faits, il confirme le droit des êtres humains à la santé. Contrairement aux autres instruments juridiques de lutte contre la drogue, la convention ne s'attaque pas uniquement à la production et au commerce des substances, mais également à

leur demande. La CCLAT, élaborée à partir d'une résolution de l'assemblée mondiale de la santé en 1995, est une réponse à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. Celle-ci a été favorisée par une série de facteurs complexes, comme la libéralisation du commerce et des flux financiers entre les pays. D'autres paramètres, tels les stratégies globales de marketing, les actions de publicité, sponsoring ou promotion qui ne connaissent pas de frontières ou la contrebande internationale, ont contribué à l'augmentation exponentielle de la consommation de tabac dans le monde.

Dans le premier paragraphe de son préambule, la CCLAT est présentée comme un processus commun à la politique et à la communauté des professionnels de la santé: «Les partenaires de cette convention sont déterminés à donner la priorité à leur droit de protéger la santé.»

Contenus clés de la Convention CCLAT de l'OMS

Objectifs, lignes directrices et obligations générales

Les partenaires de cette convention s'engagent à préserver les générations actuelles et futures des effets dévastateurs de la consommation de tabac sur la santé, l'environnement social et économique en prenant des mesures sur le plan régional, national et international dans le but de faire baisser continuellement et sensiblement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée passive. La participation de la société civile est es-

Correspondance:
Dr Rainer M. Kaelin
Médecin spécialiste
en médecine interne
et en pneumologie FMH
Place de l'Hôtel-de-Ville 2
CH-1110 Morges

sentielle pour atteindre cet objectif, et les partenaires doivent agir en protégeant leurs efforts de l'influence et des intérêts de l'industrie du tabac.

Diminution de la demande des produits de tabac

Outre une politique des prix et des taxes adéquates les parties à la convention demandent en particulier que les mesures suivantes soient prises:

- protection de la population contre la fumée passive: lieux de travail, transport publics, espaces publics fermés;
- dispositions sur la composition des produits de tabac et leurs additifs ainsi que détermination des composants et de leurs émissions;
- directives concernant l'information des autorités et du public relative aux valeurs mesurées;
- directives concernant les mises en garde sur les emballages;
- formation, communication et sensibilisation du public concernant la toxicité des produits de tabac;
- interdiction générale de la publicité, de la promotion et du sponsoring des produits de tabac;
- diminution de la demande par des mesures au niveau de la dépendance et encouragement à cesser de fumer.

Diminution de l'offre de tabac

- Prise de mesures sur le plan national et entre les Etats contre le commerce illégal des produits de tabac;
- interdiction de vente à des mineurs et par des mineurs;
- subvention et aide pour l'abandon de la culture de tabac et la reconversion des entreprises dans d'autres activités.

Saisie des résultats obtenus par ces mesures, échange d'informations et coopération technique afin de réaliser les objectifs de la convention avant tout dans les pays en développement

Affirmations clés du préambule de la Convention CCLAT de l'OMS

Le préambule de la Convention présente les raisons à la base de son élaboration. En voici les principales:

- Il est unanimement reconnu sur le plan scientifique que la consommation du tabac et l'exposition à sa fumée sont des facteurs de mort, de maladie et d'invalidité. Il s'écoule

un certain laps de temps entre cette consommation et l'apparition des maladies liées au tabac.

- Il est reconnu que les cigarettes et autres produits contenant du tabac sont fabriqués dans le but (highly engineered so as to ...) de créer la dépendance et de la maintenir. De nombreux composants du tabac et de sa fumée sont des substances pharmacologiques actives, toxiques, mutagéniques et carcinogéniques. La dépendance à la nicotine figure comme trouble de santé dans les classifications internationales des maladies.
- Il est reconnu que la vigilance est nécessaire face à la détermination de l'industrie du tabac de miner et d'anéantir les efforts engagés dans la lutte contre le tabagisme. Dans ce contexte, il est également nécessaire de s'informer sur les agissements de l'industrie du tabac visant à exercer un impact négatif sur cette lutte.

Conclusions

Bien que l'Organisation mondiale de la santé ait subi, elle aussi, des pressions de l'industrie du tabac [1], elle est probablement, parmi toutes les institutions des Nations-Unies, celle à même de promouvoir la santé sur la planète. Les mesures qu'elle a élaborées et mises sur les voies concernant le SIDA, les épidémies de grippe, la lutte contre la tuberculose et la malaria, entre autres, sont universellement reconnues et appliquées dans de nombreux pays du monde entier. Aussi serait-il erroné de voir dans cette convention-cadre de trente pages, élaborée sous l'égide de l'OMS, le produit d'un idéalisme sanitaire sans rapport avec le monde réel. Au contraire, la seule conclusion possible consiste à en expliquer la complexité des causes multiples, présentes partout dans la société humaine et aboutissant par effet de synergie à l'épidémie du tabagisme dans le monde. Fumer a passé d'un comportement individuel à risque (pour certains même acceptable dans une société libérale) à une épidémie et un problème de santé publique, parce que toute une industrie s'est fixé comme but de rendre dépendant de leurs produit le plus grand nombre d'hommes et de femmes possible. Il est impossible de nier qu'elle a réussi. Elle s'est servie de tous les moyens imaginables pour y parvenir: cacher et nier la dépendance engendrée par la nicotine [2], manipuler la cigarette afin que la nicotine atteigne plus rapidement le tissu cérébral [3], contacter des scientifiques et les corrompre [4], infiltrer des associations du secteur de l'hôtellerie et de la gastronomie [5], banaliser le produit par

l'achat d'acteurs de cinéma [6], cibler les jeunes avec la publicité [7], organiser le commerce illégal de leurs produits [8] et autres. Face à la présence avérée de ces agissements, confirmée par l'analyse de la situation, il faut prendre des mesures appropriées dans la lutte contre l'épidémie du tabagisme, telles que celles préconisées dans la convention CCLAT de l'OMS.

Aussi les politiciens et les professionnels de la santé ne doivent pas s'imaginer naïvement qu'ils peuvent limiter l'épidémie de tabagisme sans suivre de près les activités de l'industrie du tabac et sans les contenir par des mesures appropriées. Il n'est pas question de viser l'interdiction générale de fumer car ce serait agir contre les libertés individuelles. Cependant même l'objectif, souhaité et réalisable, de réduire sensiblement le nombre de nouveaux fumeurs parmi les jeunes et de protéger la population contre la fumée passive, exige une volonté politique claire propre à élaborer et à appliquer des réglementations de manière conséquente. La logique usuelle de la politique visant le compromis «constructif» ou «unificateur» dans des situations d'intérêts contradictoires équivaut ici à une concession servant exclusivement les intérêts de l'industrie du tabac et minant les efforts de la santé publique. Les règles à instaurer doivent au contraire être simples, compréhensibles pour tout le monde et signaler sans équivoque partout la normalité d'un air libre de fumée et la toxicité de celle-ci.

Les politiciens et les médecins doivent encore agir par des mesures convaincantes auprès de leurs collègues et de la population en général, s'ils veulent accorder la priorité à la santé autrement qu'en paroles. Les habitants de notre pays sont en droit de l'attendre de la part de leurs élus et de leurs médecins.

Liste des signataires

Prof. Christoph Bolliger, Head Division of Pulmonology, Health Sciences, University of Stellenbosch, Kapstadt, Südafrika; Dr. Heinz Borer, Leitender Arzt Pneumologie, Bürgerspital Solothurn; Prof. Dr. med. Charlotte Braun-Fahrlander, Leiterin ad interim Institut Sozial- und Präventivmedizin Universität Basel; Dr. Martin Brüttsche, Privatdozent, Chefarzt Pneumologie, Kantonsspital Aarau; Dr. Ignazio Cassis, Medicina interna, prevenzione e salute pubblica FMH, presidente Public Health Svizzera, consigliere nazionale; Prof. Dr. med. Thomas Czerni, Chefarzt Onkologie, Kantonsspital St. Gallen, Präsi-

dent der Krebsliga Schweiz; Dr Jacques de Haller, président de la FMH; Prof. Jean-William Fitting, Chefarzt Pneumologie ad interim Universität Lausanne; Dr. med. Martin Frey, Chefarzt Medizin, Barmelweid; Dr. Yvonne Gilli, Allgemeinmedizin FMH, Nationalrätin St. Gallen; Prof. Matthias Gugger, Past-Präsident der SGP/SSP, ärztlicher Direktor des Inselspitals, Bern; Dr Yves Guisan, vice-président de la FMH, ancien Conseiller national; Dr Johannes Gutersohn, pneumologie et allergologie FMH, Berne; Dr François Heinzer, Pneumologie FMH, ancien président de la ligue pulmonaire vaudoise; Dr. med. R. M. Kaelin, Innere Medizin/Pneumologie FMH, Morges; Dr. Werner Karrer, Präsident SGP/SSP, Chefarzt Luzerner Höhenklinik Montana; Dr., Dr. h.c. Andreas Knoblauch, Pneumologie Kantonsspital St. Gallen; Prof. Dr. med. et phil. Nino Künzli, Zentrum für Umweltepidemiologie, Barcelona, Spanien; Dr. Roman Lazor, Verantwortlicher Arzt Orphanet, Klinik und Poliklinik Inselspital, Bern; Dr. med. Heinrich Matthys, Universitätsprofessor, Freiburg in Breisgau; Madame Liliane Maury Pasquier, conseillère aux Etats, Genève; Dr. Marc Müller, Allgemeinmedizin und Innere Medizin FMH, Präsident des Kollegiums Hausarztmedizin; Prof. hon. EPFL Jacques Neyrinck, conseiller national; Prof. Laurent Nicod, Chefarzt Pneumologie, Inselspital Universität Bern; Prof. Arnaud Perrier, médecin-chef Médecine interne Hôpital universitaire de Genève; Dr. Otto Piller, alt Ständerat, Präsident Lungenliga Schweiz; Dr. Franco Quadri, Primario Pneumologia, Ospedale Bellinzona; Dr Philippe Rieder, pneumologie FMH, médecin-chef REHSO, Hôpital Saint-Loup. Pompaples/VD; Dr Jean-Charles Rielle, conseiller national, Genève; Prof. Thierry Rochat, médecin-chef Service de Pneumologie, Hôpital universitaire de Genève, Principal Investigator SAPALDIA; Prof. Erich W. Russi, Chefarzt Pneumologie, Universitätsspital Zürich; Dr. Macé M. Schuurmans, Pneumologie und Innere Medizin FMH, Claraspital Basel; Prof. Markus Solèr, Chefarzt Pneumologie, Claraspital Basel, Präsident Lungenliga beider Basel; Prof. Jean-Marie Tschopp, médecin-directeur du Centre valaisan de Pneumologie, chef du département de médecine interne du CHCVs; Mme Maria Pia Tschopp-Bessero, préfète du district de Sierre, Montana; Hubert S. Varonier, privat-docent, président du CIPRET Valais et membre du comité de l'AT

Remarques

- Le texte de la convention CCLAT de l'OMS est téléchargeable sur le site www.who.int/tobacco/framework.
 - Les numéros de références indiqués entre parenthèses concernent des documents internes téléchargeables à partir de banques de données de l'industrie atteignables sur l'internet.
 - Lifting the smokescreen: ten reasons for a smoke free Europe. 2006. www.ersnet.org.
- 1 Zeltner T, Kessler DA, Martiny A, Rander F. Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organisation. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents. Genf: WHO; 2000.
 - 2 Kilburn K, Underwood J. Preparation and properties of nicotine analogue. 9 Novembre 1972 (B&W 657006375-6431): «Si la nicotine devenait moins attirante pour les fumeurs, l'avenir de l'industrie du tabac deviendrait plus incertain [...]. Il a été suggéré qu'une proportion considérable des fumeurs dépend de l'action pharmacologique de la nicotine dans leur motivation pour continuer à fumer. Si ce point de vue est correct, la taille actuelle de l'industrie du tabac dépend largement de l'intensité et de la nature de l'action pharmacologique de la nicotine...» (Cité en Réf. 9, page 109, paragraphe «Dealer de Nicotine»).
 - 3 Teage CE. Rapport RJR 1973: «Lorsque le pH de la fumée augmente au-delà de 6.0, une plus forte proportion de la nicotine est sous une forme «libre», qui est volatile, rapidement absorbée par le fumeur. Toutes les preuves montrent que le pH plutôt élevé (haute alcalinité) de fumée de la Marlboro (et autres marques de Philip Morris) et de la Kool est volontaire et contrôlé. Cela soulève des questions telles que (1) l'effet d'un pH de fumée sur l'impact de la nicotine et la qualité de la fumée, donc la performance sur le marché, et (2) les moyens d'augmenter le pH de la fumée» (Minn.Trial Exhibit 13,155) (Cité en Réf. 9, page 113, paragraphe «Manipuler la dépendance des fumeurs»).
 - 4 Malka S, Gregori M. Infiltration. Une taupe à la solde de Philip Morris. Genève: Editions Médecine et Hygiène; 2005. En allemand sous le titre «Vernebelung. Wie die Tabakindustrie die Wissenschaft kauft». Zürich: Orell Füssli; 2008. Préface du Prof. Th. Zeltner, Directeur de l'OFSP.
 - 5 Lee C-Y, Glantz SA. The Tobacco Industry and the Hospitality Industry HoReCa. Chapter 6 of «The Tobacco Industry's Successful Efforts to Control Tobacco Policy Making in Switzerland» pages 50-6. MD Thesis. Div. of Adolescent Medicine, Institute of Health Policy Studies. School of Medicine, UCLA, San Francisco.USA. Jan.2001.
 - 6 Reproduction d'un document des archives de Brown & Williamson: «Cher Bob, comme discuté, je garantis d'utiliser des produits de tabac Brown & Williamson en pas moins que 5 films. J'ai compris que Brown & Williamson paiera 500 000. Espérant d'avoir de vos nouvelles bientôt. Votre Sylvester Stallone.» (Dans l'Annexe de Réf. 9, page 332).
 - 7 Reproduction d'un document de R.J. Reynolds du 23 Janvier 1975: «[...] pour garantir une meilleure et une croissance à long terme pour CAMEL Filtre, la marque doit accroître sa pénétration parmi la classe d'âge des 14 à 24 ans, qui ont des valeurs plus libérales et qui représentent le business de la cigarette de demain.» Signé «J.F. Hind» et marqué «secret». (Dans l'annexe de réf. 9, page 331).
 - 8 Kenneth Clark, président délégué de British American Tobacco, dans un article du «Guardian», du 3 Février 2000: «Là où les gouvernements ne désirent pas agir, ou si leurs efforts sont vains, nous agissons dans les limites de la loi, sur le principe que nos marques seront disponibles à côté de celles de nos concurrents sur le marché noir comme sur le marché légal» (Note: Kenneth Clark était ancien ministre de la santé et ancien ministre de finances britannique). Cité en réf. 9, page 252.
 - 9 Dubois G. Le Rideau de Fumée. Les méthodes secrètes de l'Industrie du Tabac. Paris: Editions Seuil; 2003. Sehr vollständiges, gut dokumentiertes Werk, 360 Seiten mit Angaben der Internetsites, auf denen Dokumente der Tabakindustrie zugänglich sind.