

Global State of Tobacco Harm Reduction

Le tabagisme chez les personnes confrontées à des problèmes de consommation de drogues

**Mai
2026**

VISITEZ **GSTHR.ORG** POUR PLUS DE PUBLICATIONS



gsth.org



[@globalstatethr](https://twitter.com/globalstatethr)



[@gsth](https://facebook.com/gsth)



[@gsth](https://youtube.com/gsth)



[@gsth.org](https://instagram.com/gsth.org)



Creative Commons
Attribution (CC BY)

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, la prévalence du tabagisme au sein de la population adulte générale a diminué dans de nombreux pays, en particulier dans les nations les plus riches. Cependant, tant dans les pays à revenu élevé (PRE) que dans les pays à revenus faibles et moyens (PRFM), le tabagisme a un impact significatif et souvent disproportionné sur les communautés marginalisées. Dans ce document d'information, nous examinons comment le tabagisme affecte l'un de ces groupes, à savoir les personnes confrontées à des problèmes liés à leur consommation de drogues. Le document intitulé **Intégrer la réduction des risques du tabac dans les services de traitement de la toxicomanie et de réduction des risques**, publié parallèlement à ce document d'information, offre des conseils pratiques aux professionnels de première ligne.

Consommation de drogues à haut risque : un élément d'un tableau complexe

La consommation de drogues à haut risque ou la dépendance peut entraîner des conséquences dévastatrices pour les individus et les familles. C'est aussi d'un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Les estimations pour 2023 de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime suggèrent que 64 millions de personnes souffriraient de troubles liés à la consommation de drogues dans le monde, dont environ 14 millions s'administrent leurs drogues par injection. Seule une personne sur douze suivrait un traitement.¹

Le chevauchement entre la consommation de drogues à haut risque et d'autres facteurs de risque pour la santé et d'exclusion sociale est significatif. Les données varient d'un pays à l'autre, mais les estimations moyennes issues de multiples études suggèrent qu'environ 60 % des personnes répondant aux critères diagnostiques d'un « trouble lié à l'usage de stupéfiants » souffrent d'au moins une autre maladie mentale grave, et qu'environ la moitié des personnes sans domicile fixe sont dépendantes aux drogues.^{2,3,4} Les personnes qui s'injectent des drogues courent un risque élevé de contracter des virus transmissibles par le sang en raison de l'utilisation de matériel contaminé. Une méta-analyse mondiale a ainsi révélé que 15 % d'entre elles sont séropositives pour le VIH, que 60 % sont atteintes par le virus de l'hépatite C (VHC) et 6 % par le virus de l'hépatite B (VHB).^{5,6} Le taux d'infection par la tuberculose (TB) est aussi plus élevé chez les personnes qui consomment des drogues, avec une prévalence mondiale estimée à 25 % contre 5 à 10 % dans la population mondiale globale.⁷

La dépendance aux drogues est aussi courante chez les personnes incarcérées. Les troubles liés à la consommation de drogues détectés à l'admission en prison varient entre 27 % et 68 % selon les données de 13 PRFM, tandis que des études européennes suggèrent qu'entre 30 % et 75 % des personnes ayant une consommation problématique de drogues ont passé du temps en prison.^{8,9}

Les données internationales montrent systématiquement que les taux de tabagisme ou d'usage à risque de tabac sont disproportionnellement élevés au sein de cette population. Une méta-analyse réalisée par Guydish

certaines estimations suggèrent que 64 millions de personnes souffriraient de troubles liés à la consommation de drogues dans le monde, dont environ 14 millions s'administrent leurs drogues par injection, et seule une personne sur douze suivrait un traitement

les données internationales montrent systématiquement que les taux de tabagisme ou d'usage à risque de tabac sont disproportionnellement élevés au sein de cette population

et al. a examiné 54 études contenant des données sur la prévalence du tabagisme chez les personnes suivant un traitement de la dépendance dans 20 pays et l'a comparée au taux de tabagisme dans la population générale. Chez les personnes suivant un traitement de la dépendance, les taux de tabagisme étaient de deux à quatre fois plus élevés que dans la population générale. Avec 85 %, le taux moyen de tabagisme était le plus élevé chez les personnes recevant un traitement d'entretien par agonistes opioïdes (TAO).¹⁰ Une étude récente menée auprès d'adultes recourant à des services de réduction des risques au Kirghizistan a révélé une consommation de nicotine quasi généralisée (98 %), la consommation quotidienne de tabac à fumer étant prédominante (79 %), suivie de la consommation quotidienne de nasvay, un tabac à usage oral spécifique à la région (18 %).¹¹

La plupart des personnes qui entament un traitement de la toxicomanie sont donc confrontées à toute une série de difficultés complexes et qui se recoupent. Le tabagisme et l'usage du tabac à risque en font partie. Pour autant, l'impact du tabac et les efforts visant à soutenir le sevrage sont parfois relégués au second plan dans certains contextes de traitement, et ce malgré les effets néfastes substantiels et bien documentés du tabac sur la santé. Cela peut s'expliquer par de nombreuses raisons : les praticiens peuvent eux-mêmes fumer, manquer de formation en matière de sevrage ou craindre que s'attaquer au tabagisme ne déstabilise le rétablissement des patients vis-à-vis d'autres substances. Dans de nombreux cas, bien sûr, les praticiens peuvent tout simplement être submergés par les exigences qui leur sont imposées.

Quel est l'impact du tabagisme sur les personnes qui ont aussi des problèmes de consommation de drogues ?

Dans l'ensemble de la population, le tabagisme est l'une des principales causes de maladies qui pourraient être évitées. Il est responsable de cancers du poumon et de nombreux autres cancers, de maladies cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux et de maladies respiratoires, en particulier la BPCO. Il augmente le risque de diabète de type II et il est associé à un affaiblissement du système immunitaire. Près de la moitié des fumeurs mourront prématurément d'une maladie liée au tabac.

Toute personne qui fume est exposée à ces risques pour la santé. Mais les données montrent que les personnes confrontées à des problèmes liés à la consommation de drogues courent un risque nettement plus élevé de mourir prématurément d'une maladie liée au tabagisme que les autres.

Une analyse récente des données sur les taux de mortalité concernant 106 789 personnes ayant consommé de l'héroïne en Angleterre a montré que 63 % d'entre elles mourraient avant l'âge de 70 ans, contre seulement 16 % de la population générale. Fait important à noter, chez les usagers d'héroïne, presque autant de décès prématurés sont causés par le tabagisme (24 %) que par les drogues illégales elles-mêmes (28 %).¹² De même, une étude



américaine a révélé que le taux de mortalité lié au tabac était de 31 % dans la population générale, mais de 54 % chez les personnes suivant un traitement pour des problèmes de consommation de stupéfiants. Les personnes en traitement de la toxicomanie étaient aussi plus susceptibles de mourir d'une cause liée au tabac à un âge plus jeune que le reste de la population.¹³

Ces disparités ont des causes et des interrelations complexes. Une consommation de drogues à haut risque dans la durée peut avoir des répercussions importantes sur la santé, en fonction des types de drogues consommées et des voies d'administration les plus fréquentes. Comme indiqué ci-dessus, l'injection de drogues augmente considérablement le risque de contracter des virus transmissibles par le sang. Le tabagisme vient compliquer le tableau. Le VIH semble constituer, à lui seul, un facteur de risque de cancers liés au tabagisme : une étude récente a montré qu'un décès sur quatre chez les personnes vivant avec le VIH aux États-Unis pouvait être attribué au tabagisme.^{14,15} Le tabagisme est aussi associé à une aggravation des complications hépatiques chez les personnes atteintes par le VHC et le VHB, ainsi qu'à une progression plus sévère de la tuberculose.^{16,17}

Les personnes qui, en plus du tabac, fument aussi des drogues telles que le crack, la méthamphétamine ou les opiacés, présentent souvent une mauvaise santé respiratoire. Une consommation régulière et prolongée de ces drogues est d'ailleurs associée à un diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).¹⁸ On estime que près de la moitié des personnes qui fument de l'héroïne répondent aux critères de la BPCO (contre une sur cinq parmi celles qui se l'injectent). De plus, la BPCO augmente probablement le risque de surdose d'opiacés en raison de la dépression respiratoire, car la capacité respiratoire des personnes atteinte est compromise.^{19,20}

Pourquoi les taux de tabagisme sont-ils si élevés chez les personnes qui consomment des drogues ?

Indépendamment de leur consommation d'autres substances psychoactives, les personnes qui fument le font pour des raisons très diverses. Cela peut bien sûr inclure le plaisir ou la satisfaction, mais aussi s'expliquer par le fait que ces personnes ont le sentiment que la nicotine les aide à faire face à l'abattement, à l'ennui ou au stress. Une consommation répétée de nicotine peut entraîner une dépendance.

Comme indiqué plus haut, les taux de tabagisme chez les personnes qui consomment des drogues sont nettement plus élevés que dans la population générale. Parmi les facteurs spécifiques pouvant jouer un rôle, on peut citer :

- » L'usage de la nicotine pour gérer le sevrage ou les effets secondaires désagréables liés à la consommation de substances

La nicotine procure un soulagement temporaire du stress, de l'anxiété et des symptômes de sevrage tels que la « descente » qui suit la consommation de stimulants. Des

une analyse récente des données de mortalité concernant 106 789 ayant consommé de l'héroïne en Angleterre a montré que presque autant de décès prématurés sont causés par le tabagisme (24 %) que par les drogues illégales elles-mêmes (28 %)

lorsqu'elle est associée à d'autre drogues, les données montrent que la nicotine a la capacité d'augmenter l'absorption par l'organisme de l'une des substances consommées ou des deux

recherches suggèrent, et les personnes qui consomment des drogues le confirment, que la consommation de nicotine aide à gérer le sevrage des opiacés.²¹

» **L'usage de la nicotine pour renforcer les effets des drogues**

Des données probantes ont montré que lorsque la nicotine est associée à d'autres drogues, par exemple des stimulants (cocaïne, amphétamines), des opioïdes (héroïne), du tétrahydrocannabinol (THC, consommé avec le cannabis ou d'autres substances) et de l'alcool, elle augmente l'absorption par l'organisme de l'une des substances consommées ou des deux, et ce d'une manière susceptible d'intensifier l'expérience de l'utilisateur.²² Cela vaut probablement aussi pour les nouveaux composés psychoactifs, les substances telles que les cannabinoïdes synthétiques ou les cathinones.

» **L'usage de la nicotine dans le cadre d'un rituel de consommation de drogues**

Les personnes fument souvent des cigarettes avant ou après leur consommation de drogue dans le cadre de leur routine. Fumer peut donc s'intégrer au rituel de consommation d'autres drogues, renforçant ainsi les deux habitudes.²³

» **L'usage de la nicotine pour l'automédication en cas de maladie mentale ou d'effets secondaires de médicaments**

Comme indiqué précédemment, les taux de tabagisme sont aussi élevés chez les personnes souffrant de troubles mentaux.²⁴ Des données suggèrent aussi que certaines personnes associent la consommation de nicotine à une atténuation de symptômes spécifiques, par exemple dans le cas du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Pour les personnes atteintes de schizophrénie, la consommation de nicotine peut constituer une forme d'automédication qui leur donne le sentiment de pouvoir traiter leurs symptômes cognitifs ou réduire les effets secondaires des médicaments prescrits en psychiatrie.²⁵

» **La consommation de nicotine en réponse à des contextes sociaux et environnementaux**

Comme indiqué précédemment, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie sont souvent confrontées à une multitude de défis complexes qui se superposent. Elles peuvent évoluer dans des environnements et des cercles sociaux où fumer est courant, admis, ou intégré dans les codes sociaux. Cela peut inclure le fait de vivre dans la rue, dans des foyers ou des hébergements pour sans-abri, en prison, dans des hôpitaux psychiatriques ou au sein même des services de traitement de la toxicomanie. Le partage de cigarettes peut aider les personnes à tisser des liens à un moment où elles risquent d'être socialement isolées ou coupées de leurs amis et de leur famille.



Combien de personnes ont accès à un accompagnement en matière de traitement de la toxicomanie et de sevrage tabagique à travers le monde ?

Dans de nombreux pays, il peut être difficile d'accéder à un traitement complet et accessible contre la toxicomanie. Comme indiqué précédemment, on estimait en 2023 que seule une personne sur douze parmi la population mondiale souffrant de troubles liés à la consommation de drogues suivait un traitement.²⁶ Une étude récente a montré que, bien que 90 pays aient mis en place un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et que 94 pays aient mis en place des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, seuls cinq pays offraient une couverture élevée pour ces deux services, ce qui ne représentait que 2 % de la population mondiale des personnes qui consomment des drogues.²⁷

Dans certains pays à revenu élevé, tels que le Canada, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, les personnes ayant des problèmes liés à la consommation de drogues peuvent accéder à des soins de santé primaires liés à la toxicomanie financés par leur gouvernement, mais cela reste rare. Néanmoins, dans les pays de tous niveaux de revenu dépourvus de traitement officiel de la toxicomanie financé par l'État, les personnes dans le besoin peuvent trouver du soutien auprès d'organisations communautaires, parfois confessionnelles et/ou caritatives.

« Proposer une aide pour arrêter de fumer » est l'une des six mesures de lutte antitabac « MPOWER » introduites par l'OMS en 2008. L'objectif de cette mesure était que les pays mettent en place des systèmes nationaux d'aide au sevrage tabagique et rendent les aides à l'arrêt du tabac largement accessibles à leur population.

En 2024, l'OMS a publié sa première recommandation clinique sur le sevrage tabagique chez l'adulte, formalisant ainsi ce que ces services devraient proposer. La recommandation préconise une combinaison de « soutien comportemental dispensé par des professionnels de santé, d'interventions numériques de sevrage et de traitements pharmacologiques ». Les interventions pharmacologiques prônées dans cette recommandation sont la varénicline, les traitements de substitution nicotinique (TSN), le bupropion et la cytisine. La directive de l'OMS cite au total 11 revues systématiques Cochrane issues de la recherche en santé sur les interventions de sevrage tabagique.²⁸ Les revues Cochrane sont considérées comme la référence absolue en matière de médecine factuelle.

Il est donc regrettable que la directive de l'OMS ne cite pas la revue systématique Cochrane sur les cigarettes électroniques pour le sevrage tabagique (Electronic cigarettes for smoking cessation). Cette revue systématique évolutive, régulièrement mise à jour depuis 2012, a systématiquement conclu que le vapotage aide les personnes à arrêter de fumer. Lors de sa mise à jour en novembre 2025, elle a conclu : « [...] les cigarettes électroniques à la nicotine peuvent aider les personnes à arrêter de fumer pendant au moins six mois. Les données montrent qu'elles sont plus efficaces que les traitements de substitution nicotinique, et probablement plus efficaces que les cigarettes électroniques sans nicotine ».^{29,30}

les revues systématiques Cochrane sont considérées comme la référence en matière de médecine factuelle, et la revue sur les cigarettes électroniques pour le sevrage tabagique (Electronic cigarettes for smoking cessation), régulièrement mise à jour depuis 2012, a systématiquement conclu que le vapotage aide les personnes à arrêter de fumer

Si « proposer une aide pour arrêter de fumer » a pu constituer l'un des objectifs centraux des mesures mondiales de lutte antitabac depuis 2008, la mise en œuvre de ces dernières reste finalement insuffisante. Cela n'a rien de surprenant : la mise en place et la fourniture de services complets d'aide au sevrage tabagique, ou le soutien au déploiement de traitements de substitution nicotinique (TSN) en libre accès, peuvent s'avérer coûteux. Inscrire de nouvelles lois de lutte antitabac dans le code législatif sans pour autant les faire respecter est plus économique pour les gouvernements. L'évaluation réalisée par l'OMS en 2021 a montré que les services d'aide au sevrage tabagique sont « insuffisants et indisponibles dans une grande partie du monde ». Et en 2025, l'OMS a signalé que les deux tiers de la population mondiale n'ont pas accès à une aide au sevrage tabagique.^{31,32}

en 2025, l'OMS a signalé
que les deux tiers de la
population mondiale n'ont pas
accès à une aide au sevrage
tabagique

Dans de nombreux pays, les professionnels qui travaillent avec des personnes confrontées à des problèmes de consommation de drogues sont peu susceptibles de pouvoir orienter leurs clients vers des services locaux spécialisés dans le sevrage tabagique. Pour certains praticiens, c'est là que la réduction des risques pourrait s'avérer utile.

Qu'est-ce que la réduction des risques du tabac, et comment pourrait-elle aider les personnes qui consomment des drogues et du tabac ?

Le principe de la réduction des risques du tabac est le même que celui qui sous-tend les nombreuses interventions de réduction des risques mises en œuvre à l'intention des personnes qui consomment des drogues à travers le monde, qu'il s'agisse du traitement de substitution aux opiacés (TSO), des salles de consommation, de la prévention et du traitement des surdoses, du remplacement d'aiguilles et de seringues, ou encore de la diffusion d'informations sur un usage plus sûr ou la vérification des comprimés circulant sur le marché. L'objectif est de préserver la vie des personnes, de réduire les risques liés à leur consommation de drogues et, dans la mesure du possible, de proposer des alternatives plus sûres.³³

La manière la plus dangereuse de consommer de la nicotine consiste à brûler une cigarette et à en inhaler la fumée. La cigarette est en effet un système de diffusion de nicotine nocif : la combustion du tabac libère du goudron et des gaz contenant des milliers de toxines, dont beaucoup présentent un risque important de développer des maladies graves. Certains produits du tabac à usage oral libèrent aussi des toxines dangereuses lorsqu'ils sont consommés.

En revanche, les produits nicotiniques à risques réduits (PNRR) sont non combustibles : aucun ne brûle de tabac, et certains n'en contiennent pas du tout. Par conséquent, tous délivrent de la nicotine à l'utilisateur avec un risque bien moindre que celui lié au tabagisme courant. Isolée de la fumée de tabac, la nicotine est une substance qui ne présente qu'un risque relativement faible.³⁴ Les PNRR comprennent les dispositifs de vapotage (cigarettes électroniques), les sachets de nicotine sans tabac, le snus de type suédois (un tabac à usage oral), certains tabacs sans fumée américains (à mâcher) et les produits de tabac chauffé. Bon nombre de ces produits n'ont été développés qu'au cours des 10 à 15 dernières années.

Pour les personnes qui consomment des drogues et qui utilisent couramment des produits du tabac à haut risque, comme les cigarettes et certains tabacs à usage oral, la réduction des risques du tabac offre la possibilité de passer à des produits qui présentent nettement moins de risques pour la santé. Des données probantes solides indiquent que lorsque les fumeurs passent aux PNRR, le risque de rechute vers le tabagisme est moindre. Comme indiqué plus haut, la revue systématique Cochrane en cours rapporte que les cigarettes électroniques à la nicotine sont plus efficaces que les TSN.³⁵

des données probantes solides indiquent que lorsque les fumeurs passent aux PNRR, le risque de rechute vers le tabagisme est moindre

Conclusion

La lutte contre le tabagisme et l'usage à risque de tabac devrait être une priorité pour les services d'aide aux personnes confrontées à des problèmes de consommation de drogues. Dans cette population, le tabagisme tue la moitié des fumeurs de longue date, et le risque de décès prématuré lié au tabagisme est souvent égal ou supérieur à celui posé par les drogues illicites. Ce problème reste pourtant trop souvent mis sous le boisseau.

Une fois que les personnes ont mis fin au tabagisme ou à l'usage à risque du tabac, elles peuvent continuer à utiliser des PNRR en relative sécurité ou réduire progressivement leur consommation de nicotine avant d'arrêter complètement. Comme nous l'avons vu, le tabagisme aggrave bon nombre des problèmes de santé à long terme qui touchent cette population : une mauvaise santé respiratoire et cardiovasculaire, ainsi que la progression de certains virus transmissibles par le sang. Le passage aux PNRR offre la possibilité de réduire considérablement les méfaits de l'usage du tabac et d'améliorer ainsi la santé de manière efficace et réalisable.

On notera, et c'est important, que lorsqu'on leur pose la question, entre 50 et 80 % des personnes en contact avec les services de traitement de la toxicomanie déclarent être motivées pour arrêter de fumer.^{36,37} De plus, c'est une erreur de croire que le fait d'arrêter de fumer pendant un traitement de la toxicomanie en compromet l'efficacité et l'atténuation d'autres troubles liés à la drogue. On a pu montrer que le fait d'offrir un soutien à l'arrêt du tabac réduit le taux de tabagisme et a un effet neutre, voire positif, sur les résultats du traitement pour d'autres drogues.^{38,39}

Au moins un type de PNRR est légalement disponible dans 129 pays, lesquels couvrent 71 % de la population mondiale.⁴⁰ Là où ces produits sont disponibles, les professionnels travaillant avec ce groupe de patients devraient fournir des informations et des conseils à ce sujet, ou, si possible, faciliter l'accès aux PNRR. Cette intervention peu coûteuse pourrait



améliorer de manière significative la santé à court et à long terme des personnes recourant aux services de traitement de la toxicomanie. Maintenir une distinction artificielle entre la réduction des risques du tabac et celle liée à d'autres substances est une erreur qui risque de nous faire passer à côté d'une occasion cruciale de sauver des vies.

Vous trouverez des informations sur le cadre réglementaire applicable à toutes les catégories de PNRR et de TSN en effectuant une recherche sur les informations nationales via la base de données GSTHR accessible à l'adresse <https://gsth.org/countries/>. La publication qui l'accompagne, intitulée **Intégrer la réduction des risques du tabac dans les services de traitement de la toxicomanie et de réduction des risques, propose quelques suggestions pour aborder la réduction des risques du tabac dans ces contextes.**

maintenir une distinction artificielle entre la réduction des risques du tabac et celle liée à d'autres substances est une erreur qui risque de nous faire passer à côté d'une occasion cruciale de sauver des vies

Références

- ¹ UN. (2025). *World Drug Report 2025—Special Points of Interest*. United Nations : Office on Drugs and Crime. [/www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html).
- ² McNeely, J., Hamilton, L. K., Whitley, S. D., Wiegand, T. J., Stancliff, S. L., Norton, B. L., Gonzalez, C. J., & Hoffman, C. J. (2024, mai). *Table 3, DSM-5-TR Criteria for Diagnosing and Classifying Substance Use Disorders [a,b]* [Text]. Johns Hopkins University. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565474/table/table-3/>.
- ³ Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes : A systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>.
- ⁴ Neale, J., Parkin, S., Hermann, L., Metrebian, N., Roberts, E., Robson, D., & Strang, J. (2022). Substance use and homelessness : A longitudinal interview study conducted during COVID-19 with implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103818. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103818>.
- ⁵ *People who inject drugs*. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.
- ⁶ Rashti, R., Sharafi, H., Alavian, S. M., Moradi, Y., Mohamadi Bolbanabad, A., & Moradi, G. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of Global Prevalence of HBsAg and HIV and HCV Antibodies among People Who Inject Drugs and Female Sex Workers. *Pathogens*, 9(6), 432. <https://doi.org/10.3390/pathogens9060432>.
- ⁷ Ngowi, W. S., Mandizadza, O. O., Wang, M., Shao, W. T., & Ji, C. (2025). Prevalence of tuberculosis among People Who Use Drugs 2000–2024 : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1635053>, p. 2000-2024.
- ⁸ Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries : A systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7(4), e461-e471. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4).
- ⁹ Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment : An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>.
- ¹⁰ Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2), 220-230. <https://doi.org/10.1111/add.13099>.
- ¹¹ Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., Pikirenia, T., Stimson, G.V., Bessonov, S. (2026). High Smoking Rates and Emerging Alternatives: Nicotine Use Among People Who Use Drugs in the Kyrgyz Republic. Forthcoming, 2026.
- ¹² Lewer, D., Tattan-Birch, H., & Cox, S. (2025). Among people who use heroin, tobacco smoking and illegal drugs cause a similar number of premature deaths. *Addiction*, 120(12), 2573-2579. <https://doi.org/10.1111/add.70140>.
- ¹³ Bandiera, F. C., Anteneh, B., Le, T., Delucchi, K., & Guydish, J. (2015). Tobacco-related mortality among persons with mental health and substance abuse problems. *PLoS One*, 10(3), e0120581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120581>.
- ¹⁴ Hessel, N. A., Barrett, B. W., Margolick, J. B., Plankey, M., Hussain, S. K., Seaberg, E. C., & Massad, L. S. (2021). Risk of smoking-related cancers among women and men living with and without HIV. *AIDS*, 35(1), 101-114. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002717>.
- ¹⁵ Asfar, T., Perez, A., Shipman, P., Carrico, A. W., Lee, D. J., Alcaide, M. L., Jones, D. L., Brewer, J., & Koru-Sengul, T. (2021). National Estimates of Prevalence, Time-Trend, and Correlates of Smoking in US People Living with HIV (NHANES 1999–2016). *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1308-1317. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa277>.
- ¹⁶ Rutledge, S. M., & Asgharpour, A. (2020). Smoking and Liver Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 617-625.
- ¹⁷ Duarte, R., Lönnroth, K., Carvalho, C., Lima, F., Carvalho, A. C. C., Muñoz-Torrico, M., & Centis, R. (2018). Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*, 24(2), 115-119. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003>.
- ¹⁸ Burhan, H., Young, R., Byrne, T., Peat, R., Furlong, J., Renwick, S., Elkin, T., Oelbaum, S., & Walker, P. P. (2019). Screening Heroin Smokers Attending Community Drug Services for COPD. *Chest*, 155(2), 279-287. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1049>.
- ¹⁹ Hulin, J., Brodie, A., Stevens, J., & Mitchell, C. (2020). Prevalence of respiratory conditions among people who use illicit opioids : A systematic review. *Addiction*, 115(5), 832-849. <https://doi.org/10.1111/add.14870>.
- ²⁰ Darke, S., Farrell, M., Duffou, J., & Lappin, J. (2024). Chronic obstructive pulmonary disease in heroin users : An underappreciated issue with clinical ramifications. *Addiction*, 119(7), 1153-1155. <https://doi.org/10.1111/add.16407>.
- ²¹ Custodio, L., Malone, S., Bardo, M. T., & Turner, J. R. (2022). Nicotine and opioid co-dependence : Findings from bench research to clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.030>.
- ²² Kohut, S. J. (2017). Interactions between nicotine and drugs of abuse : A review of preclinical findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 155-170. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1209513>.
- ²³ Rupprecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. In D. J. K. Balfour & M. R. Munafo (Éds.), *The Neuropharmacology of Nicotine Dependence* (Vol. 24, p. 19-53). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_2.
- ²⁴ Alsuhaibani, Smith, Lowrie, Aljhani, & Paudyal, 2021.
- ²⁵ Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112-119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ²⁶ UN, 2025.

- ²⁷ Colledge-Frisby, S., Ottaviano, S., Webb, P., Grebely, J., Wheeler, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G. J., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2023). Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs : A systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(5), e673-e683. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00058-X).
- ²⁸ WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. (2024, juillet 2). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>.
- ²⁹ Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C. R., Hajek, P., Wu, A. D., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Fanshawe, T., & Hartmann-Boyce, J. (2025). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub10>.
- ³⁰ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³¹ WHO. (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, fourth edition* (4th ed). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>.
- ³² World Health Organization. (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025 : Warning about the dangers of tobacco* (N° 978-92-4-011206-3). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>.
- ³³ GSTHR. (2022). *What is Tobacco Harm Reduction?* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/what-is-tobacco-harm-reduction/>.
- ³⁴ GSTHR, 2022.
- ³⁵ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³⁶ Syan, S. K., Belisario, K. L., Rahman, L., Levitt, E. E., McCarron, C., Radman, H., Amlung, M., Praecht, A., George, T. P., & MacKillop, J. (2025). Smoking in Substance Use Disorder Patients : Prevalence, Comorbidities, Impulsivity, and Patterns of Readiness to Change. *Nicotine & Tobacco Research*, 27(10), 1813-1822. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaf089>.
- ³⁷ Cookson, C., Strang, J., Ratschen, E., Sutherland, G., Finch, E., & McNeill, A. (2014). Smoking and its treatment in addiction services : Clients' and staff behaviour and attitudes. *BMC Health Services Research*, 14, 304. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-304>.
- ³⁸ Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2012). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD010274). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274>.
- ³⁹ Apollonio, Philipps, & Bero, 2012.
- ⁴⁰ Shapiro, H., Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., & Porritt, O. (2024). *The Global State of Tobacco Harm Reduction 2024 : A Situation Report* (N° 4; GSTHR Major Reports). Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR). <https://gsthr.org/resources/thr-reports/the-global-state-of-tobacco-harm-reduction-2024-a-situation-report/>. S. 1.



GSTHR. (2026). *Smoking among people facing problems with drug use* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/smoking-among-people-facing-problems-with-drug-use/>

Pour de plus amples informations sur le travail du Global State of Tobacco Harm Reduction ou sur les points soulevés dans ce **Document d'information du GSTHR**, veuillez contacter info@gsthr.org.

A propos de nous : **Knowledge•Action•Change (K•A•C)** promeut la réduction des risques en tant que stratégie clé de santé publique ancrée dans les droits de l'homme. L'équipe a plus de quarante ans d'expérience dans le domaine de la réduction des risques liés à la consommation de drogues, au VIH, au tabagisme, à la santé sexuelle et aux prisons. K•A•C gère le **Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR)** qui cartographie le développement de la réduction des risques du tabac et l'utilisation, la disponibilité et les réponses réglementaires à des produits nicotiniques à risques réduits, ainsi que la prévalence du tabagisme et la mortalité qui y est liée, dans plus de 200 pays et régions à travers le monde. Pour consulter toutes les publications et les données en temps réel, visitez le site <https://gsthr.org>

Notre financement : Le projet GSTHR est produit avec l'aide d'une subvention de **Global Action to End Smoking** (anciennement connu sous le nom de Foundation for a Smoke-Free World), une organisation indépendante à but non lucratif américaine 501(c)(3) qui accorde des subventions pour accélérer les efforts fondés sur la science dans le monde entier pour mettre fin à l'épidémie de tabagisme. Global Action to End Smoking n'a joué aucun rôle dans la conception, la mise en œuvre, l'analyse des données ou l'interprétation de ce document d'information. Le contenu, la sélection et la présentation des faits, ainsi que les opinions exprimées, relèvent de la seule responsabilité des auteurs et ne doivent pas être considérés comme reflétant les positions de Global Action to End Smoking.