

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 7 juillet 2026
Par ROGER Maxence**

Rôle du pharmacien dans la lutte contre le tabac : un combat actuel et futur

Membres du jury :

Président : Pierre-Arthur Moreau, Maître de conférence des universités, science végétal et fongique, faculté de Lille

Directeur, conseiller de thèse : Olivier Brassart, Pharmacien d'officine

Assesseur(s) : Lydie Lavorel, Pharmacien d'officine, Pharmacie de Bellaing



Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86

M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86

M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26

Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	

M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86

M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86
----	---------	-------	----------------------------------	----

Maîtres de Conférences Associés

I.Civ.	II.Nom	III.Prénom	IV.Service d'enseignement	V.Section VI.CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	

Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Je remercie le Professeur Moreau d'avoir accepté d'assurer la présidence de mon jury de thèse.

Je remercie M. Brassart pour son accompagnement et ses précieux conseils tout au long de ce travail de thèse.

Je remercie ma collègue Lydie d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury.

J'adresse une pensée toute particulière à mon épouse, qui m'a accompagné tout au long de mes études et qui a été à mes côtés durant la réalisation de cette thèse, comme elle l'est chaque jour dans notre vie. Ces derniers mois n'ont pas toujours été les plus simples pour nous deux, mais sans son soutien indéfectible, sa patience et sa présence, je n'aurais pas pu mener ce travail à son terme. Je lui suis profondément reconnaissant pour tout ce qu'elle m'a apporté.

Je remercie également mes parents et ma sœur pour leur soutien, leur aide et leurs encouragements tout au long de ce travail. J'adresse une pensée toute particulière à ma mère qui, grâce à son expérience, m'a été d'une aide précieuse et de très bon conseil, notamment au cours de ces derniers mois. Nos conversations téléphoniques sur le chemin du retour du travail devront désormais trouver un tout autre sujet.

Je remercie enfin tous mes amis et mes proches, qui m'ont accompagné et soutenu durant ces années d'études.

Pour terminer, je remercie l'ensemble des personnes de la faculté qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Sommaire

Table des matières

<i>Introduction.....</i>	<i>21</i>
<i>PARTIE 1 – TABAGISME EN FRANCE ET ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE</i>	<i>23</i>
I. Composition d’une cigarette	23
A. Substances venant de la plante	23
B. Produits ajoutés par les fabricants	24
C. Produits de la combustion	25
II. Épidémiologie du tabagisme	26
III. Epidémiologie du vapotage	30
IV. Conséquences sanitaires majeures : enjeux de santé publique	34
V. Cadre légal et lutte anti-tabac.....	38
A. Loi Veil	38
B. Loi Evin	38
C. Tabac et lieux publics	39
D. Le paquet neutre.....	40
E. Le mois sans tabac.....	40
F. Le prix du tabac	41
G. Décret n°2025-898	43
VI. Tabagisme et coût social	43
A. Impact économique direct	43
B. Impact indirect (pertes de productivité)	44
C. Intérêt économique du sevrage tabagique.....	45
<i>PARTIE 2 – MÉCANISMES DE LA DÉPENDANCE TABAGIQUE.....</i>	<i>47</i>
I. Addiction à la nicotine	47
A. Pharmacocinétique	47
B. Pharmacodynamie de la nicotine	48
C. Tests d’évaluation.....	50
II. Sevrage de la nicotine	52
A. Symptômes de sevrage.....	52
B. Mécanismes physiologiques.....	54

C. Risque de rechute	54
D. Facteurs influençant la réussite du sevrage	54
E. Arrêt du tabac et interaction médicamenteuse	55
<i>PARTIE 3 – LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE SEVRAGE TABAGIQUE.....</i>	<i>57</i>
I. Méthodes validées par la HAS.....	57
A. Les médicaments	57
B. Thérapies comportementales et cognitives	64
C. Résultats	67
II. Méthodes non validées par la HAS	68
A. Cigarette électronique	68
B. Hypnose	78
C. Auriculothérapie / acupuncture	81
D. L'homéopathie	85
<i>PARTIE 4 – LE RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME</i>	<i>87</i>
I. Les différents types de prévention et rôle du pharmacien.....	87
A. Prévention primaire	87
B. Prévention secondaire	90
C. Prévention tertiaire	91
II. Rôle du pharmacien aujourd'hui	91
A. Identifier le patient fumeur au comptoir	91
B. Accompagner le sevrage	93
III. Rôle du pharmacien dans le futur	95
<i>Conclusion.....</i>	<i>97</i>
<i>Annexe 1 : test Cigarette dependance scale 12.....</i>	<i>99</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>101</i>

Tables des figures

Figure 1: Évolutions de la prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France hexagonale (17).....	27
Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans par région en 2024 en France (20).....	29
Figure 3 : Évolutions des proportions de vapoteurs et de vapoteurs quotidiens parmi les 18-75 ans en France hexagonale (21).....	31
Figure 4 : Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant vapoter quotidiennement selon le sexe et l'âge 2024 (21)	32
Figure 5 : Prévalence du vapotage quotidien parmi les 18-75 ans par région en 2024 en France métropolitaine. (21).....	33
Figure 6 : vente de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue(49).....	42
Figure 7 : représentation schématique d'un récepteur nicotinique cholinergique (3).....	48
Figure 8 : Test de Fagerström	50
Figure 9 Test de Fagerström simplifié en 2 questions (63).....	51
Figure 10 : Symptômes de sevrage à la dépendance physique et leur durée (21).....	52
Figure 11 : Monothérapie par patch transdermiques (79).....	58
Figure 12 : Bithérapie associant patch et forme orale (31)	59
Figure 13 : résultats de l'étude de Timothy Baket et Coll, pourcentage d'abstinence selon le temps. (53) (54)	61

Figure 14 : Exemple de cercle vicieux (58).....	65
Figure 15 : exemple de cercle vertueux, pour une personne fumeuse dans la maladie du Birger	66
Figure 16 : schéma d'une cigarette électronique (60).....	69
Figure 17 : mode de fonctionnement d'une cigarette électronique (90).....	69
Figure 18 : pictogrammes d'intoxication (98)	74
Figure 20: exemple de puffs (73).....	76
Figure 19 : Puff en référence à la culture manga (66)	76
Figure 21 : Les 5 différents points d'acupuncture du protocole NADA (119)	83

Introduction

Au XVII^e siècle, Molière écrit dans Dom Juan : *“Quoi que puisse dire Aristote et toute la Philosophie, il n’est rien d’égal au tabac : c’est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n’est pas digne de vivre”* (1).

Depuis cette époque, les connaissances scientifiques ont largement évolué et il est désormais établi que le tabac constitue un véritable fléau de santé publique. Les professionnels de santé, et le pharmacien au premier plan, sont aujourd’hui pleinement mobilisés dans la lutte contre le tabagisme et dans l’accompagnement des patients souhaitant arrêter de fumer.

Le but de cette thèse est de réaliser une approche globale des différentes méthodes utilisées par les patients pour leur arrêt de la cigarette, qu’elles soient recommandées ou non par les autorités de santé, tout en mettant en évidence le rôle du pharmacien, dans cette prise en charge, aujourd’hui ou dans les perspectives de la profession.

Dans la première partie nous reviendrons sur le tabagisme en France, avec son épidémiologie, mais aussi son cadre législatif et le coût social du tabagisme.

Dans un second temps, nous verrons les mécanismes de la dépendance tabagique. Tout d’abord en examinant la composition d’une cigarette, puis en abordant l’addiction à la nicotine et son sevrage.

Dans un troisième temps nous développerons les différentes méthodes de sevrage tabagique, que ce soit les méthodes validées par la Haute Autorité de santé, mais aussi celles qui ne le sont pas, dans un but de pouvoir être informé sur les consommations et pratiques des patients.

Pour finir, dans un quatrième temps nous étudieront le rôle du pharmacien dans la lutte contre le tabagisme, aujourd’hui mais aussi dans un futur plus ou moins proche.

PARTIE 1 – TABAGISME EN FRANCE ET ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Le tabac est une plante appartenant au genre *Nicotiana*, dont l'espèce la plus couramment utilisée pour la consommation humaine est *Nicotiana tabacum*.

Le tabac se présente sous plusieurs formes : les cigarettes manufacturées, les cigarettes roulées, le tabac à pipe, le tabac à chiquer, ou des produits plus récents qui sont des dérivés comme la cigarette électronique.

Etant donné que la cigarette représente la forme de tabac la plus répandue, il apparaît pertinent de centrer l'analyse sur ses effets sur la santé et sur les mécanismes de la dépendance nicotinique. (2)

I. Composition d'une cigarette

A. Substances venant de la plante

La nicotine est présente dans les plantes du tabac, dont la teneur varie généralement entre 1 et 8 %, selon la variété et les conditions de culture. Elle se fixe au niveau du cerveau et modifie le fonctionnement de ce dernier, stimulant la production de dopamine. Elle provoque une dépendance puissante qui peut être considérée comme supérieure à celle de la cocaïne ou de l'héroïne. Elle a une action anxiolytique, coupe-faim et stimulante. La nicotine en elle-même n'est pas une molécule cancérigène. (3) (4)

En deuxième substance, on retrouve l'arsenic, qui est un pesticide anti-insecte utilisé, entre autres, pour la culture du tabac. La plante de tabac s'en imprègne lors de sa culture et on la retrouve donc au niveau des produits consommés contenant du tabac. Sa consommation à long terme en fait un produit cancérigène. (5)

Après la récolte des feuilles, celles-ci subissent un processus de séchage destiné à stabiliser et développer leur arômes. C'est au cours de ce séchage que se forment des nitrosamines spécifiques du tabac, composés particulièrement cancérigènes. (6)

B. Produits ajoutés par les fabricants

De multiples produits sont ajoutés lors de la fabrication ; ils ne sont pas tous toxiques pour la santé ; mais ils peuvent être présents pour masquer (ou dissimuler) les effets négatifs du tabac :

- Les additifs représentent environ 10 % du poids d'une cigarette. Il y a par exemple de l'acide lévulinique, qui augmente la fixation de la nicotine niveau des récepteurs nicotiniques du cerveau. (7) (8)
- Des adoucissants comme le menthol donnent l'impression d'une moindre agressivité de la cigarette. Les cigarettes au menthol sont interdites en UE depuis le 20 mai 2020 mais certaines marques contiennent encore des résidus de menthol. (9,10)
- Des agents de texture, comme le sorbitol ou encore le glycérol, permettent d'humecter le tabac. (11)
- Des renforçateurs de goûts et d'arômes : ils favorisent l'initiation de la consommation de tabac, en dissimulant le goût naturel, âpre du tabac. Par exemple, on retrouve du sucre, des extraits de fruits, ou de la poudre de cacao. (11)
- De l'ammoniac, qui permet d'augmenter le pH de la fumée et d'augmenter l'absorption de la nicotine au niveau des alvéoles. (7)
- Des conservateurs : Acide benzoïque, sorbique, aldéhyde formique, qui sont néfastes pour la santé (7)

Enfin, le filtre en acétate de cellulose ne retient pas toutes les particules et ne bloque pas la majorité des substances toxiques. De plus, il donne une fausse impression de sécurité car le consommateur a tendance à inhaler plus profondément. Il participe également à un autre problème de santé publique : la pollution environnementale due à des comportements d'incivilité de la part des fumeurs.(12)

Par ailleurs, Le papier qui entoure la cigarette industrielle n'est pas un simple papier. En effet, il est lui aussi traité avec des agents qui contrôlent la combustion et qui dégagent également des produits toxiques complémentaires (12)

En synthèse, la nicotine crée une dépendance, tandis que les multiples substances issues de la fabrication et la combustion causent les maladies (cancers, maladies respiratoires et cardiovasculaires).

C. Produits de la combustion

Lorsqu'un produit du tabac est consommé, une réaction chimique se produit : la combustion. De cette combustion, des centaines de substances chimiques particulièrement nocives sont libérés dont :

- Du monoxyde de carbone (CO) : c'est un gaz inodore et incolore mais très toxique. Le CO se fixe sur les globules rouges en prenant la place de l'oxygène, ce qui empêche une bonne oxygénation des organes. (7)
- Du cyanure d'hydrogène qui endommage les voies respiratoires et rendre les poumons plus vulnérables aux infections. (7)
- Du benzène : ce produit pénètre dans les cellules et modifie l'ADN. C'est un produit cancérigène causant des leucémies lors d'expositions prolongées. (7)
- De l'oxyde d'azote, qui irrite les poumons et rend la respiration difficile. (7)
- Du goudron : substance gluante, collante brun-noir, mélange de plusieurs centaines de produits. Parmi ses composants plus de 90 sont cancérigènes, il va se déposer dans les bronches et les poumons et causer des lésions.(7)

II. Épidémiologie du tabagisme

Le tabagisme demeure un enjeu majeur de santé publique en France, malgré une baisse significative de sa prévalence au cours des dernières décennies. D'après les données les plus récentes de Santé publique France issues du Baromètre 2024, dans l'hexagone, 25% des adultes âgés de 18 à 75 ans déclarent fumer (32% en 2021), dont 18,2 % quotidiennement (25% en 2021). En valeur absolue, le nombre de fumeurs quotidiens a diminué de 4 millions en 10 ans (28,6% en 2014). (13,14)

Cette proportion traduit un recul important initié en 2014 par le lancement du premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). (14)

L'objectif du Programme national de réduction du tabagisme 2023-2027 était de ramener la prévalence du tabagisme quotidien à 20 % d'ici 2027. Ce cap a non seulement été franchi, mais les résultats actuels dépassent les prévisions initiales. La diminution observée au cours de la dernière décennie résulte de la mise en œuvre combinée de nombreuses mesures de lutte contre le tabagisme. (14) (13)

Toutefois, une légère hausse de la consommation a été observée en 2020 pouvant être associée au contexte de la pandémie de COVID-19 et aux périodes de confinement 2021, les niveaux de consommation ont de nouveau diminué ensuite, pour atteindre des valeurs inférieures à celles observées avant la crise sanitaire. (15)

La baisse du tabagisme chez les adultes s'inscrit dans la continuité de celles constatées chez les adolescents dès le début des années 2000. Chez les jeunes de 17 ans, la part de fumeurs quotidiens est passée de 25,1 % en 2017 à 15,6 % en 2022. (16)

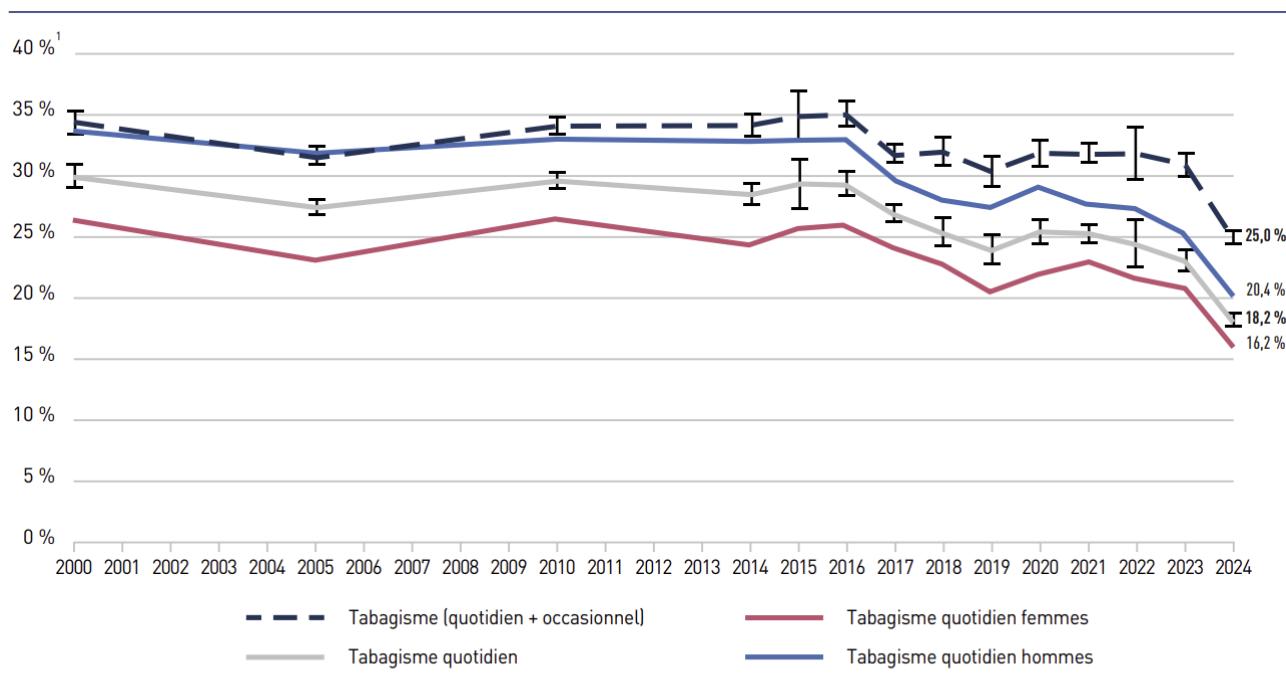
Les résultats de l'enquête enCLASS (mars 2024) révèlent une baisse significative du tabagisme sur une période de 15 ans. L'initiation au tabac a été réduite par quatre chez les collégiens et de moitié chez les lycéens, tandis que la consommation quotidienne de tabac a été divisée par cinq chez les lycéens. (16)

Cette tendance à la baisse s'inscrit désormais également chez les jeunes adultes dont le taux de tabagisme quotidien a chuté de 29 % à 18 % entre 2021 et 2024. (14)

Parallèlement, la proportion de personnes n'ayant jamais fumé progresse, atteignant 44 % en 2024. (14)

L'analyse des données épidémiologiques mettent en évidence une prévalence inégalement répartie :

- **Inégalité de genre** : elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes respectivement 20,4 % contre 16,2 % en 2024.(17)



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Sources : Baromètre de Santé publique France, éditions 2000-2024, excepté pour 2015 : Baromètre Cancer INCa-SpF et pour 2023 : Enquête EROPP de l'OFDT.
Champ commun entre les différentes enquêtes : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

Figure 1: Évolutions de la prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France hexagonale (17)

- **Inégalité sociale**

Le tabagisme quotidien est encore fortement marqué en 2024 par des inégalités sociales. On observe une prévalence plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau de diplôme (20.9% contre 13% pour les diplômés du supérieur). De manière concordante, cette prévalence est la plus faible chez les personnes financièrement plus aisées (10,1 % contre 30 % pour les personnes en difficultés financières). (17)

Ces différences sont également observées selon la catégorie socioprofessionnelle où le tabagisme quotidien est nettement moins fréquent chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (11,8 %) que chez les ouvriers (25,1 %). (17)

Enfin, le tabagisme quotidien est également moins répandu parmi certaines catégories de la population, notamment les retraités (8,8 %), les étudiants (12,2 %) et les actifs occupés (19, 2 %) que parmi les personnes au chômage (29.7 %). (17)

- **Inégalité territoriale**

Au niveau régional, la prévalence du tabagisme est la plus faible en Bretagne et en Île-de-France, tandis qu'elle est plus élevée en Bourgogne-Franche-Comté et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. (Figure 2) (17)

Cette différence de prévalence peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- Le contexte socio-économique ;
- L'âge moyen de la population, qui diffère entre les régions ;
- La densité de population, plus ou moins urbaine ou rurale ;
- Mis en œuvre locale des politiques de prévention, toutes les régions ne sont pas au même niveau (18) (19)

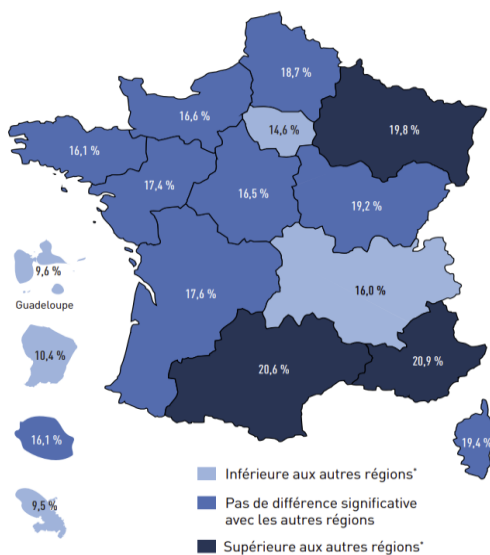


Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans par région en 2024 en France (20)

Un point positif concerne la consommation de tabac chez les adolescents. Depuis 2010, l'expérimentation du tabac a diminué de 22 points, et l'usage quotidien a diminué de 12 points chez les élèves de 3^e. (Figure 5) (20)

Parallèlement, une évolution est également observée concernant l'arrêt du tabac et les tentatives de sevrage. En 2024, 55 % des fumeurs quotidiens déclarent souhaiter arrêter de fumer, une motivation particulièrement marquée chez les 40–49 ans, ainsi que chez

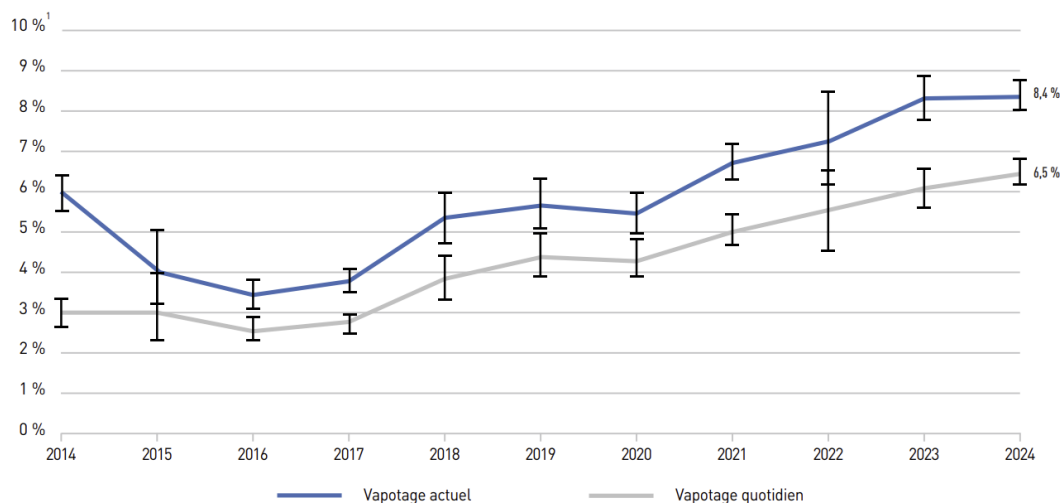
les individus les plus diplômés et appartenant aux catégories socioprofessionnelles favorisées, telles que les cadres et professions intermédiaires. Toutefois, le passage à l'acte reste plus limité, puisque 17,3 % des fumeurs quotidiens âgés de 18 à 79 ans rapportent avoir réalisé une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des douze derniers mois. Ces tentatives sont davantage observées chez les populations les plus diplômées, les cadres et les étudiants, mettant en évidence des inégalités sociales face au sevrage tabagique. Ces données soulignent ainsi la nécessité de renforcer et d'adapter les dispositifs de prévention et d'accompagnement, afin de mieux soutenir les fumeurs les plus vulnérables sur le plan socio-économique. (13)

III. Epidémiologie du vapotage

Si les diminutions de consommation de tabac observées précédemment sont encourageantes, on ne peut pas en 2026, pour autant négliger l'émergence de nouveaux modes de consommation de la nicotine et l'usage en hausse de la cigarette électronique.

La cigarette électronique peut être considéré comme une porte d'entrée vers le tabagisme pour les jeunes non-fumeurs et les conséquences sanitaires à long terme de son utilisation ne sont aujourd'hui que peu connues.

En 2024, en France hexagonale, 8,4 % des 18-75 ans déclarent vapoter (tranche d'âge et zone géographique comparables aux précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France), et 6,5 % déclarent vapoter quotidiennement. Ces proportions ne sont pas significativement différentes de celles observées en 2023, mais elles sont en augmentation depuis 2016, tendance que l'on peut mettre en relation avec la diminution de la consommation de cigarettes observée sur la même période. (Figure 3) (21)



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Sources : Baromètre de Santé publique France, éditions 2014-2024, excepté pour 2015 : Baromètre Cancer INCa-SpF, et pour 2023 : Enquête EROPP de l'OFDT.
Champ commun entre les différentes enquêtes : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

Figure 3 : Évolutions des proportions de vapoteurs et de vapoteurs quotidiens parmi les 18-75 ans en France hexagonale (21)

Le vapotage quotidien touche l'ensemble des catégories de la population adulte en France. Il est plus répandu chez les hommes, avec 8.8 % d'utilisateurs dont 6,1 % utilise le vapotage quotidiennement, contre 7 % chez les femmes parmi lesquelles 5,2% vapotent chaque jour. (21)

Si l'on considère l'âge des vapoteurs, le vapotage s'avère plus fréquent chez les jeunes générations que chez les personnes plus âgées, avec une prévalence de 8,7 % parmi les 25-34 ans et de 2,0 % parmi les 65-75 ans.(Figure 4) (21)

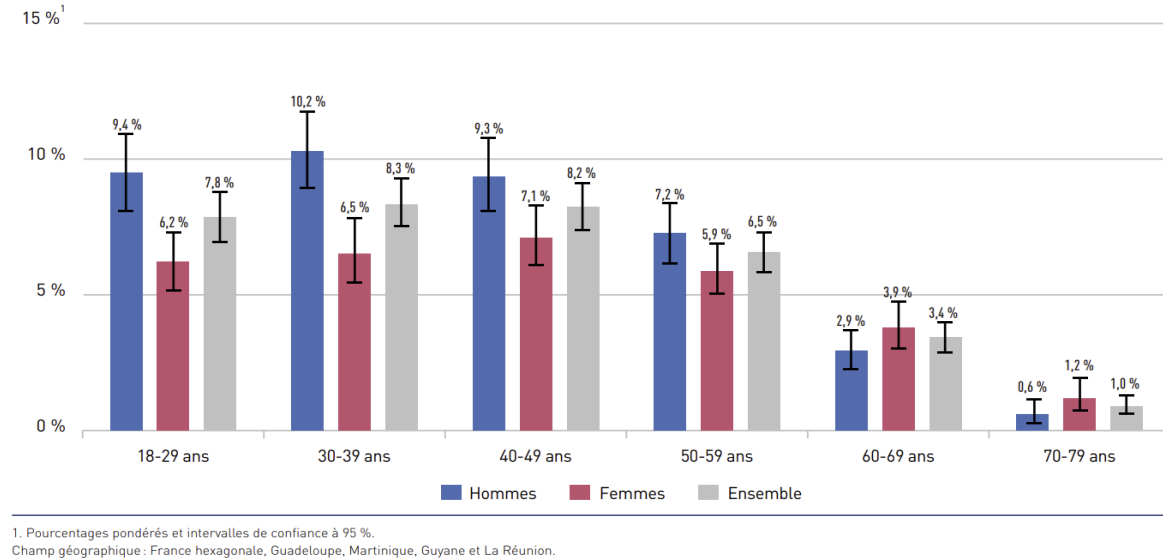


Figure 4 : Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant vapoter quotidiennement selon le sexe et l'âge 2024 (21)

Carte de France montrant la répartition des personnes âgées de 65 ans et plus par région en 2019. Les régions sont colorées en fonction de leur pourcentage par rapport à la moyenne nationale (20,1 %).

Région	Pourcentage	Catégorie
Alsace	20,1 %	Pas de différence significative
Bretagne	19,9 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	19,8 %	Pas de différence significative
Normandie	19,7 %	Pas de différence significative
Occitanie	19,6 %	Pas de différence significative
Pays de la Loire	19,5 %	Pas de différence significative
Île-de-France	19,4 %	Pas de différence significative
Grand Est	19,3 %	Pas de différence significative
Nouvelle-Aquitaine	19,2 %	Pas de différence significative
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19,1 %	Pas de différence significative
Normandie	19,0 %	Pas de différence significative
Occitanie	18,9 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	18,8 %	Pas de différence significative
Alsace	18,7 %	Pas de différence significative
Normandie	18,6 %	Pas de différence significative
Occitanie	18,5 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	18,4 %	Pas de différence significative
Alsace	18,3 %	Pas de différence significative
Normandie	18,2 %	Pas de différence significative
Occitanie	18,1 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	18,0 %	Pas de différence significative
Alsace	17,9 %	Pas de différence significative
Normandie	17,8 %	Pas de différence significative
Occitanie	17,7 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	17,6 %	Pas de différence significative
Alsace	17,5 %	Pas de différence significative
Normandie	17,4 %	Pas de différence significative
Occitanie	17,3 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	17,2 %	Pas de différence significative
Alsace	17,1 %	Pas de différence significative
Normandie	17,0 %	Pas de différence significative
Occitanie	16,9 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	16,8 %	Pas de différence significative
Alsace	16,7 %	Pas de différence significative
Normandie	16,6 %	Pas de différence significative
Occitanie	16,5 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	16,4 %	Pas de différence significative
Alsace	16,3 %	Pas de différence significative
Normandie	16,2 %	Pas de différence significative
Occitanie	16,1 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	16,0 %	Pas de différence significative
Alsace	15,9 %	Pas de différence significative
Normandie	15,8 %	Pas de différence significative
Occitanie	15,7 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	15,6 %	Pas de différence significative
Alsace	15,5 %	Pas de différence significative
Normandie	15,4 %	Pas de différence significative
Occitanie	15,3 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	15,2 %	Pas de différence significative
Alsace	15,1 %	Pas de différence significative
Normandie	15,0 %	Pas de différence significative
Occitanie	14,9 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	14,8 %	Pas de différence significative
Alsace	14,7 %	Pas de différence significative
Normandie	14,6 %	Pas de différence significative
Occitanie	14,5 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	14,4 %	Pas de différence significative
Alsace	14,3 %	Pas de différence significative
Normandie	14,2 %	Pas de différence significative
Occitanie	14,1 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	14,0 %	Pas de différence significative
Alsace	13,9 %	Pas de différence significative
Normandie	13,8 %	Pas de différence significative
Occitanie	13,7 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	13,6 %	Pas de différence significative
Alsace	13,5 %	Pas de différence significative
Normandie	13,4 %	Pas de différence significative
Occitanie	13,3 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	13,2 %	Pas de différence significative
Alsace	13,1 %	Pas de différence significative
Normandie	13,0 %	Pas de différence significative
Occitanie	12,9 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	12,8 %	Pas de différence significative
Alsace	12,7 %	Pas de différence significative
Normandie	12,6 %	Pas de différence significative
Occitanie	12,5 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	12,4 %	Pas de différence significative
Alsace	12,3 %	Pas de différence significative
Normandie	12,2 %	Pas de différence significative
Occitanie	12,1 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	12,0 %	Pas de différence significative
Alsace	11,9 %	Pas de différence significative
Normandie	11,8 %	Pas de différence significative
Occitanie	11,7 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	11,6 %	Pas de différence significative
Alsace	11,5 %	Pas de différence significative
Normandie	11,4 %	Pas de différence significative
Occitanie	11,3 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	11,2 %	Pas de différence significative
Alsace	11,1 %	Pas de différence significative
Normandie	11,0 %	Pas de différence significative
Occitanie	10,9 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	10,8 %	Pas de différence significative
Alsace	10,7 %	Pas de différence significative
Normandie	10,6 %	Pas de différence significative
Occitanie	10,5 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	10,4 %	Pas de différence significative
Alsace	10,3 %	Pas de différence significative
Normandie	10,2 %	Pas de différence significative
Occitanie	10,1 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	10,0 %	Pas de différence significative
Alsace	9,9 %	Pas de différence significative
Normandie	9,8 %	Pas de différence significative
Occitanie	9,7 %	Pas de différence significative
Centre-Val de Loire	9,6 %	Pas de différence significative
Alsace</		

L'usage quotidien de la cigarette électronique varie selon les caractéristiques socio-économiques, bien que le niveau de diplôme n'influence pas cette pratique. La prévalence est plus faible chez les utilisateurs se considérant financièrement à l'aise (4,2 %) et plus élevée chez ceux qui jugent leur situation difficile (8.2 %). Sur le plan professionnel, le vapotage quotidien est plus fréquent chez les ouvriers (7,3 %) et les employés (6, 6 %) que chez les cadres. Enfin, les actifs et les demandeurs d'emploi vapotent davantage que les retraités ou les étudiants.(21)

IV. Conséquences sanitaires majeures : enjeux de santé publique

En 2023, selon Santé publique France, 68 000 décès sont imputables au tabac, soit 11 % de la mortalité totale (16 % chez les hommes et 6 % chez les femmes). Bien que ces chiffres soient en légère diminution depuis 2015, le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France métropolitaine. (22) (23)

Les conséquences du tabac sur la santé sont multiples :

- Cancers : le tabagisme est impliqué dans un tiers des cancers.

Le cancer du poumon est le plus fréquent, 80 à 90 % des cas étant liés au tabagisme actif et environ 5 % des cas étant liés au tabagisme passif. Les données actuelles montrent que le cancer reste la première cause de mortalité liée au tabac, représentant 55 % des décès liés au tabac chez les femmes et 58 % chez les hommes.

En 2023, on estimait à 52 777 le nombre de nouveaux cas par an avec une incidence en hausse chez les femmes ces dernières années. D'un point de vue histologique, le cancer du poumon est essentiellement réparti en deux grandes catégories :

- Les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC), qui constituent la grande majorité des cas (80 à 85 % des cas). Ils regroupent notamment des adénocarcinomes, des carcinomes épidermoïdes et des carcinomes à grandes cellules.
- Les cancers bronchiques à petites cellules (CBPC), sont beaucoup moins fréquents mais sont généralement plus agressifs et caractérisés par une croissance rapide. De plus, il est aujourd'hui établi que l'exposition cumulative au tabac, exprimée en paquets-années¹ est

¹ Paquet année : unité utilisée pour quantifier l'exposition cumulative au tabac. Il correspond à la consommation d'un paquet de 20 cigarettes par jour pendant un an.

corrélée à un risque plus élevé de développer un cancer bronchique à petites cellules, comparativement aux autres types de cancer du poumon (24,25)

Au niveau de la survie à 5 ans, elle est estimée à 25 % pour les CBNPC et aux alentours de 6 à 7 % pour les CBPC. La survie est nettement améliorée lorsque la maladie est détectée à un stade localisé, mais dans plus de 80 % des cas, le diagnostic est posé à un stade avancé. (26)

- D'autres types de cancer sont également associés au tabac, notamment ceux de la gorge, de la bouche, des lèvres, du pancréas, de la vessie, de l'utérus, du rectum, de l'œsophage et même de certains types de leucémie.(27)
- Maladies cardiovasculaires, le tabac est reconnu comme l'un des principaux facteurs de risque, des maladies cardiovasculaires dans le monde. (28)
 - Infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral : le risque est multiplié par 2 à 3 par rapport aux non-fumeurs, et ces risques persistent dans le temps malgré l'arrêt, bien qu'ils diminuent graduellement en l'absence de consommation de tabac. (29)
 - Artérite des membres inférieurs : qui survient dans les artères qui sont rétrécies par l'athérosclérose.
 - Hypertension artérielle : le tabac augmentant la pression sanguine et le rythme cardiaque.
- Les maladies respiratoires constituent une autre conséquence majeure du tabagisme. La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes, entraînant une limitation durable des débits respiratoire. Cette obstruction est évaluée principalement par la spirométrie et n'est pas complètement réversible, y compris après l'arrêt du tabac. Toutefois, le sevrage tabagique permet de ralentir significativement le déclin de la fonction

respiratoire et de réduire la fréquence des exacerbations. Le tabagisme constitue le principal facteur de risque de la BPCO dans les pays à revenu élevé, étant responsable d'environ 80 % des cas. (30)

- Outre les cancers et les maladies cardio-respiratoires le tabagisme favorise ou aggrave de nombreuses autres affections, parmi ces effets :
 - Sur le plan digestif : le tabac augmente le risque d'ulcères gastro-duodénaux en retardant la cicatrisation de la muqueuse digestive et en favorisant l'infection par *Helicobacter pylori*, ainsi que d'autres troubles digestifs (31)
 - Au niveau bucco-dentaire : le tabagisme est associé à une halitose, à des colorations dentaires, et à un risque accru de maladies parodontales (gingivite, parodontite), ainsi qu'à des caries plus sévères. (31)
 - Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le tabac est un facteur de risque majeur. C'est l'une des principales causes de perte de vision centrale irréversible chez les personnes âgées. Au niveau oculaire, le tabagisme augmente le risque de cataracte. (31,32)
 - Autre effets : le tabac peut aggraver certaines maladies auto-immunes, une réduction de la fertilité, provoquer des troubles de la peau, ainsi qu'augmenter la susceptibilité aux infections notamment ORL. (27)

Il est important de souligner aussi les conséquences du tabac chez la femme, que ce soit l'association tabac/contraception ou lors de la grossesse.

- Pour la grossesse :
 - Même avant le début de la grossesse, la consommation de tabac peut diminuer la fertilité, et allonger le délai avant de concevoir un enfant. Cela s'explique par les effets négatifs du tabac, sur les ovaires, les hormones, la qualité des ovules, ainsi que par l'altération de l'oxygénation des tissus reproducteurs. (33)
 - Fumer durant la grossesse, expose à de nombreux risques. La nicotine et le monoxyde de carbone traversent la barrière placentaire,

entraînant une hypoxie fœtale chronique et une vasoconstriction utéro-placentaire, responsable d'une diminution des apports en oxygène et en nutriments. Le tabagisme maternel est associé à un risque accru de retard de croissance intra-utérin, de faible poids à la naissance, de prématurité, de mort fœtale in utero et de mort subite du nourrisson. Il augmente aussi le risque de complications obstétricales, telles que le décollement placentaire, le placenta prævia et la rupture prématurée des membranes. Même à plus long terme, l'exposition prénatale au tabac est impliquée dans des troubles du développement respiratoires, ainsi que des troubles neurodéveloppementaux chez l'enfant. L'arrêt du tabac, même en cours de grossesse permet de réduire significativement ces risques.(34)

- L'association tabac et contraception est problématique aussi. En effet, les données disponibles montrent que l'association du tabac et de la pilule combinée, c'est-à-dire contenant des œstrogène et des progestatifs, augmente considérablement les risques cardiovasculaires, comme les thromboses veineuses, les AVC et les infarctus, en particulier chez les femmes de plus de 35 ans ou celles fumant un nombre important de cigarettes par jour. Chez ces femmes, les critères internationaux de prescription privilégient l'usage de contraceptifs avec uniquement des progestatifs (pilules, implant, stérilet) ou des méthodes non hormonales (dispositifs intra-utérins au cuivre, préservatifs) (35)

V. Cadre légal et lutte anti-tabac

A. Loi Veil

En France, la première loi encadrant la consommation de tabac est la loi Veil du 9 juillet 1976, qui a établi les bases de la lutte contre le tabagisme. Parmi les principales mesures mises en place :

- Interdiction de la publicité sur certains supports, notamment la télévision, le cinéma, l'affichage publicitaire et la presse destinée aux enfants, bien que la publicité reste autorisée dans la presse écrite.
- Interdiction pour les producteurs, fabricants et commerçants de tabac de sponsoriser des manifestations sportives, à l'exception des courses de véhicules à moteur.
- Les produits destinés à l'arrêt du tabac sont considérés comme des médicaments.
- Interdiction de fumer dans certains lieux à usage collectif lorsque cela présente un risque sanitaire potentiel. (36) (37)

B. Loi Evin

Le 10 juin 1991, la loi la plus connue du grand public, la loi Evin, a été adoptée. Elle a introduit plusieurs mesures restrictives concernant le tabac :

- Obligation d'indiquer la teneur en nicotine sur les paquets et d'apposer la mention « nuit gravement à la santé ».
- Création d'une journée annuelle dédiée à la lutte contre le tabac, la « Journée sans tabac ».
- Interdiction totale de la publicité pour le tabac.
- Exclusion du prix du tabac du calcul de l'indice des prix, libérant ainsi le prix des cigarettes des contraintes liées à la lutte contre l'inflation.
- Protection des non-fumeurs par l'interdiction de fumer dans les lieux publics.
- Interdiction de distribuer gratuitement du tabac ou des produits du tabac.(38)

Grâce à la loi Evin, et à la sortie du tabac du calcul de l'indice des prix, aujourd'hui, les paquets de cigarettes peuvent voir leur prix augmenté. C'est principalement sur ce levier économique que se sont appuyés les différents plans cancer dans la lutte contre le tabagisme.(38) (39)

C. Tabac et lieux publics

Comme évoqué précédemment, les premières restrictions concernant l'usage du tabac dans les espaces publics ont été introduites par les lois Veil et Évin. Toutefois, c'est à partir du 15 novembre 2006 que l'interdiction de fumer a été généralisée et clairement encadrée par la réglementation, avec son application à plusieurs types de lieux, notamment :

- Les espaces fermés et couverts recevant du public, ainsi que les lieux de travail ;
- Les transports collectifs, afin de limiter l'exposition au tabagisme passif ;
- Les espaces extérieurs des établissements scolaires (écoles, collèges et lycées) ;
- Les structures accueillant des mineurs, qu'il s'agisse d'établissements de formation, d'hébergement ou d'accueil.(40,41)

Le 11 août 2016, le champ de l'interdiction de fumer a été étendu, incluant désormais les aires de jeux destinées aux enfants, ainsi que l'intérieur des véhicules en présence d'un mineur, afin de renforcer la protection contre le tabagisme passif. (40,42)

Depuis le 27 juin 2025, l'interdiction de fumer a été étendue à de nouveaux espaces publics afin de protéger davantage la population, et en particulier les enfants et les jeunes. Elle concerne désormais :

- Les parcs et jardins ouverts au public ;
- Les plages bordant des zones de baignade pendant la saison balnéaire ;
- Les zones destinées à l'attente des voyageurs (gares, arrêts de transport en commun, etc.) ;

- Les espaces extérieurs des bibliothèques ;
- Les espaces extérieurs des équipements sportifs, tels que définis à l'article R. 312-2 du Code du sport ;
- Les abords immédiats des établissements scolaires, des structures accueillant des mineurs, des bibliothèques et des équipements sportifs, avec un périmètre réglementaire d'au moins 10 mètres défini par un arrêté. (40,43)

D. Le paquet neutre

À partir du 20 mai 2016, la France a mis en place le conditionnement neutre des produits du tabac, modifiant profondément la présentation des paquets de cigarettes et de tabac à rouler. Cette mesure vise à réduire l'attractivité des produits en supprimant les éléments marketing. Elle repose notamment sur :

- L'uniformisation de l'apparence des emballages, avec l'imposition d'une couleur identique pour tous les produits concernés.
- La standardisation de l'affichage des marques, limitées à une typographie et un emplacement réglementé.
- Le renforcement des messages de prévention, à travers des avertissements sanitaires plus visibles et plus dissuasifs. (44,45)

E. Le mois sans tabac

Depuis 2016, la France organise chaque année l'initiative nationale « Mois sans tabac », visant à inciter les fumeurs à tenter un arrêt temporaire de 30 jours au mois de novembre. Cette campagne a été mise en place par Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, en collaboration avec Santé publique France et l'Assurance Maladie, dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme.

(46)

La campagne repose sur une communication à grande échelle, combinant messages d'encouragement, actions de sensibilisation et dispositifs d'accompagnement à l'arrêt. Elle s'inspire de modèles de marketing social internationaux, tels que la campagne

britannique « Stoptober », et utilise divers canaux de diffusion (télévision, radio, affichage public, Internet) pour renforcer la motivation des participants et favoriser le soutien social autour de leur démarche.(47)

Dans le cadre de ce programme, des kits d'aide au sevrage sont distribués dans les pharmacies et certains bureaux de tabac afin d'accompagner les fumeurs tout au long de leur tentative d'arrêt. Ces kits combinent des outils pratiques et des conseils comportementaux et contiennent généralement :

- Un carnet ou un agenda de suivi, permettant d'enregistrer les tentatives d'arrêt, les réussites quotidiennes et les difficultés rencontrées, dans le but de maintenir la motivation et la persévérance ;
- Des conseils pratiques pour gérer les envies de fumer, identifier les situations à risque et mettre en place des stratégies de substitution (activités physiques, respiration, distractions, etc.) ;
- Des informations sur les substituts nicotiniques, leur mode d'emploi et leur posologie, afin d'optimiser l'efficacité du traitement ;
- Des supports de motivation, tels que des affiches, autocollants ou messages rappelant les bénéfices à court et à long terme de l'arrêt du tabac ;
- Des ressources numériques, dans certains kits, offrant un accès à des applications mobiles, sites web ou services téléphoniques de soutien.(46)

F. Le prix du tabac

Depuis le 1^{er} janvier 2026, le coût d'un paquet de 20 cigarettes de la marque la plus connue est de 13,50 euros, (48)

En 2000 le coût d'un paquet de 20 cigarettes était de 3,20 euros soit une augmentation de plus de 10 euros.

Ces mesures ont permis de diminuer le nombre de ventes de cigarettes en France : chez les buralistes, on est passé de 92 000 tonnes de tabac en 2000 à 33 000 tonnes de tabac en 2024. (15)

En termes de cigarettes vendues à l'unité, les données montrent une diminution majeure des volumes de ventes pour la marque la plus vendue, passant d'environ 80 milliards de cigarettes en 2000 (prix moyen de 3,20 euros), à près de 25 milliards en 2024, tandis que

le prix du paquet a été multiplié par près de quatre pour atteindre 12,54 euros. Cette évolution illustre un effet ciseaux caractéristique entre hausse des prix et baisse de la consommation. Cet effet caractérisant bien le fait que l'augmentation des prix du tabac et la manière la plus efficace et rentable pour réduire le tabagisme. (49,50) (figure 6)

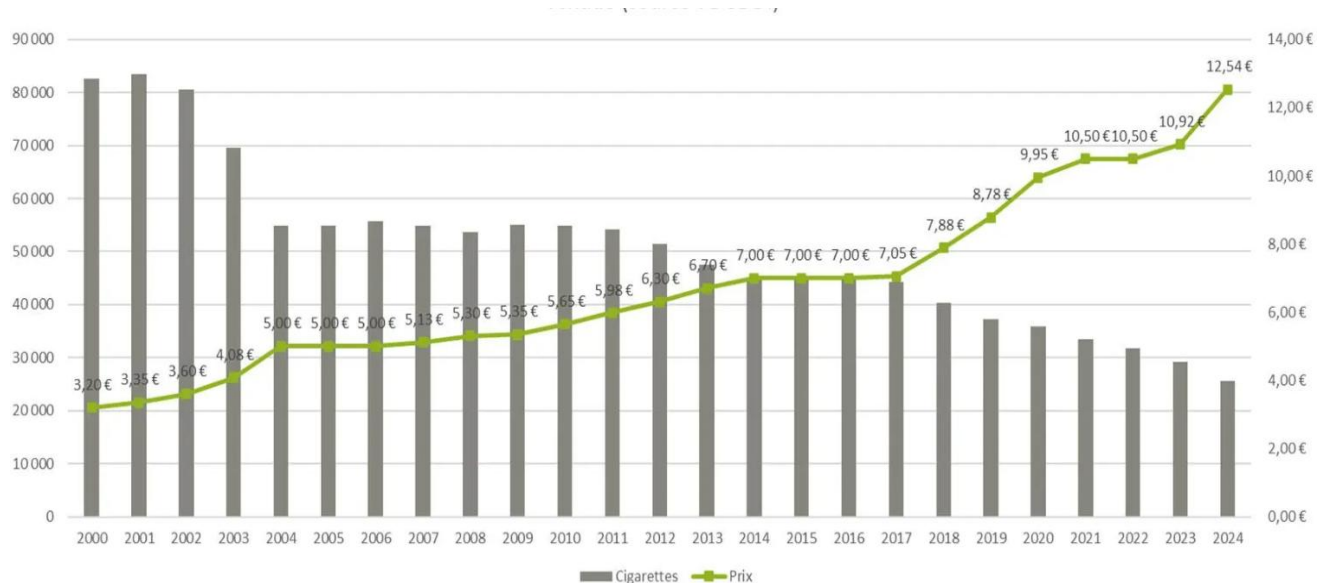


Figure 6 : vente de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue(49)

Attention, il faut quand même prendre en compte, avec ces chiffres, l'augmentation de la vente de contrebande, ainsi que les consommateurs qui vont se fournir dans d'autres pays, comme les pays frontaliers où les prix sont pour certains plus avantageux.

En effet, selon la société d'exploitation industrielle des tabacs et d'allumettes (SEITA), en France en 2020, 30 % des cigarettes consommées en France ne sont pas achetées chez un buraliste français. (51)

G. Décret n°2025-898

Le Décret n° 2025-898 du 5 septembre 2025 instaure, à compter du 1er avril 2026, l'interdiction des produits à usage oral contenant de la nicotine sur le territoire français. Cette interdiction concerne notamment les sachets de nicotine (« nicotine pouches »), les poudres ou granulés nicotinés à placer en bouche, ainsi que toute forme de produit oral sans tabac délivrant de la nicotine. Elle couvre l'ensemble de leur cycle de vie, incluant la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, la cession, l'acquisition et l'usage. Cette mesure s'inscrit dans une démarche de santé publique visant à limiter l'exposition à la nicotine et à prévenir le développement de nouvelles formes de dépendance. (52)

VI. Tabagisme et coût social

Le concept de « coût social » d'une drogue permet de représenter l'ensemble des coûts directs et indirects causés par celle-ci. (53)

A. Impact économique direct

Les coûts directs du tabagisme correspondent à l'ensemble des coûts de santé directement causés par la consommation de tabac, que ce soit pour le diagnostic, le traitement ou le suivi des pathologies tabaco-induites.

Ils incluent notamment :

- Les frais d'hospitalisation ;
- Les consultations médicales ;
- Les traitements médicamenteux ;
- Les soins de longue durée ;
- Les prise en charges de complications associées. (54)

Ces coûts sont pour la plupart supportés par le système de santé, et en majeure partie par l'Assurance Maladie. (55)

Selon une étude réalisée en 2006, on estime le coût direct à 18,3 milliards d'euros, par an répartis comme suit :

- 8,7 milliards pour les soins hospitaliers ;
- 9,5 milliards pour les soins de ville (56)

Dans une nouvelle étude réalisée en 2019, le coût des traitements est de 16,4 milliards d'euros (53)

B. Impact indirect (pertes de productivité)

Maintenant, si on s'intéresse aux coûts indirects, ils correspondent à la totalité des dépenses non médicales ou des pertes économiques consécutives au tabagisme mais non liées à la santé directement.

Cela inclut :

- La perte de productivité (absentéisme, décès prématuré) ;
- Les baisses de performances ;
- Incendies causés par le tabac ;
- Les frais liés à la prévention et aux différentes campagnes de santé publique. (54)

Le coût externe pour le tabac est estimé en 2019 à 154,2 milliards d'euros, ce qui représente 99 % du coût social total, ce qui illustre l'ampleur considérable de l'impact de ces coûts indirects. (53)

C. Intérêt économique du sevrage tabagique

Des initiatives de sevrage comme la campagne « Mois sans tabac » démontrent l'intérêt économique d'accompagner les fumeurs vers l'arrêt : selon les modélisations de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), cette campagne permettrait de réduire en moyenne les dépenses de santé de 94 millions d'euros par an entre 2023 et 2050, pour un coût d'environ 12 millions d'euros par an, soit un retour sur investissement très positif, à peu près 7 euros d'économisés pour chaque euro investi. De plus, ces économies sont complétées par des bénéfices en termes de productivité du travail, estimés à environ 85 millions d'euros par an, grâce à une meilleure santé et à moins d'absentéisme. (57)

Une étude réalisée dans une entreprise américaine a ainsi mis en évidence, chez les salariés étant inscrits dans le programme, une réduction moyenne des dépenses de santé de 950 dollars par rapport aux employés non-inscrits dans le programme. Il est aussi associée une augmentation des gains de productivité estimé à 960 dollars par an, comparativement aux fumeurs persistants. (58)

PARTIE 2 – MÉCANISMES DE LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

I. Addiction à la nicotine

A. Pharmacocinétique

a. Absorption

Lorsqu'une cigarette est fumée, la nicotine contenue dans la fumée est rapidement transportée jusqu'aux alvéoles pulmonaires, où elle traverse les fines membranes pulmonaires pour entrer dans le sang. Grâce à cette absorption efficace, la nicotine atteint le cerveau en seulement 7 à 10 secondes, ce qui explique la sensation immédiate de stimulation et de plaisir que ressent le fumeur. (3) (59)

b. Distribution

La nicotine étant liposoluble, elle se répartit rapidement dans l'ensemble de l'organisme. Elle atteint en priorité le cerveau, où elle se fixe sur les récepteurs nicotiniques cholinergiques, provoquant des effets psychostimulants et contribuant à la dépendance. Elle se diffuse également vers d'autres organes, comme le cœur, les reins et le foie. (3) (59)

c. Métabolisme

Une fois dans le sang, la nicotine est principalement métabolisée par le foie via l'enzyme CYP2A6, qui la transforme en cotinine et en autres métabolites oxydés. La cotinine possède une demi-vie plus longue, d'environ 16 à 20 h ce qui permet de mesurer l'exposition au tabac dans le sang ou l'urine. (3) (59)

d. Élimination

La nicotine et ses métabolites sont principalement éliminés par les urines

La demi-vie de la nicotine dans le sang est courte, environ 2 h ce qui explique que le fumeur ressente rapidement le besoin de reprendre une cigarette pour maintenir les niveaux de nicotine. (3) (59)

B. Pharmacodynamie de la nicotine

La nicotine agit principalement en se liant aux récepteurs nicotiniques cholinergiques, qui sont des canaux ioniques présents dans le système nerveux central et périphérique, ainsi que dans certains tissus comme le cœur et les muscles.(3) (60)

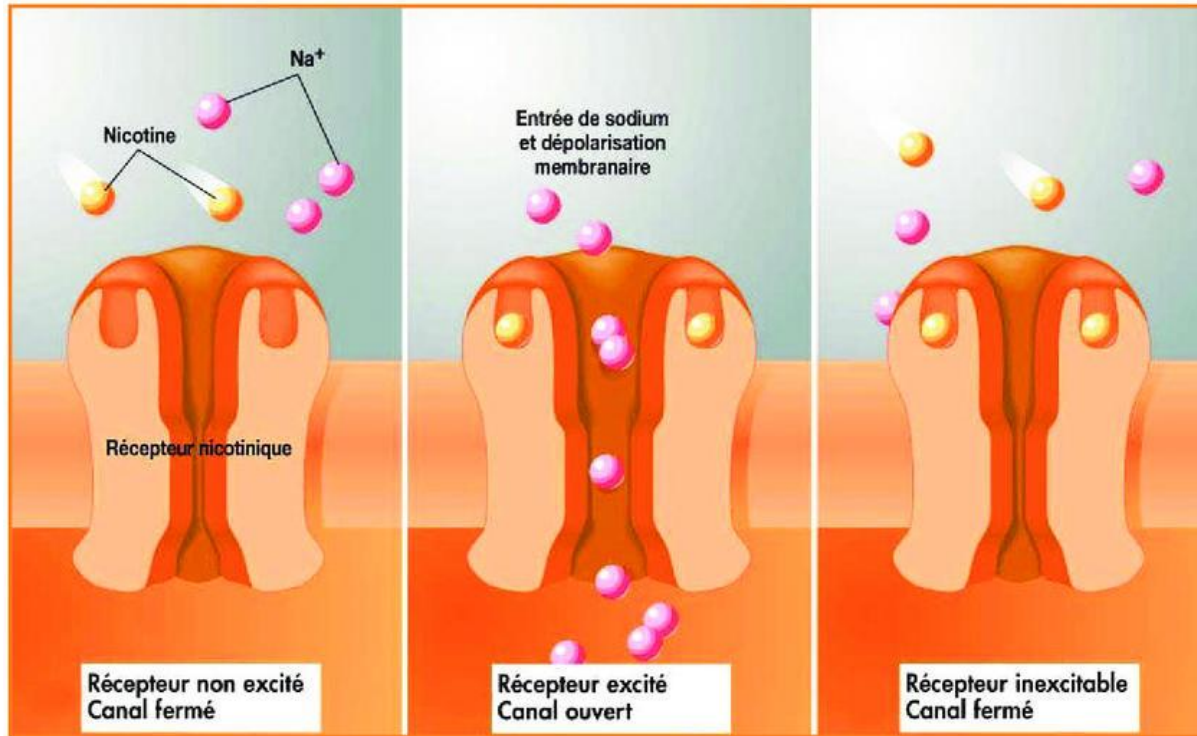


Figure 7 : représentation schématique d'un récepteur nicotinique cholinergique (3)

Lorsque la nicotine se fixe au récepteur, celui-ci va changer de conformation, ce qui permet l'ouverture du canal ionique, et laisse entrer le sodium à l'intérieur de la cellule, provoquant la dépolarisation de la membrane. De plus, on sait que les récepteurs sont aussi perméables au calcium, ce qui facilite la libération de certains neurotransmetteurs comme la dopamine qui, est associée au circuit du plaisir. (3) (60) (figure 9)

Il existerait un phénomène de up-régulation chez le fumeur. C'est-à-dire que le nombre de récepteurs nicotiniques chez le fumeur chronique est supérieur en moyenne par rapport à une personne non-fumeuse. Ce phénomène pourrait être lié à la désensibilisation de ces mêmes récepteurs, du fait de leur diminution. L'organisme réagit en augmentant le nombre de récepteurs. (60)

Dans le cerveau, la stimulation de ces récepteurs, en particulier dans le système mésolimbique de la récompense, entraîne la libération de dopamine, de noradrénaline, de sérotonine et d'acétylcholine. La dopamine provoque une sensation de plaisir et de renforcement, ce qui constitue le principal facteur de dépendance psychologique. La nicotine augmente également l'attention, la vigilance et l'humeur, mais ces effets sont transitoires et suivis de symptômes de manque lorsque la substance n'est plus disponible. (3)

Au niveau du système cardiovasculaire, la nicotine stimule le système nerveux sympathique, entraînant une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, ainsi qu'une vasoconstriction périphérique, contribuant à un risque accru de maladies cardiovasculaires. (3)

Elle agit également sur le système digestif, en augmentant la sécrétion gastrique et intestinale et en accélérant le transit intestinal, par stimulation du système nerveux parasympathique.(3)

C. Tests d'évaluation

a. Test de Fagerström

Pour favoriser un arrêt du tabac, il faut que le traitement soit bien adapté au patient.

TEST DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE (FAGERSTRÖM)

▶ Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
▶ Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
▶ À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
▶ Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
▶ Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
▶ Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Score de votre test ▶		
▶ Score de 0 à 2 : vous n'êtes pas dépendant(e) de la nicotine. Vous pouvez vous arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois vous redoutez cet arrêt, prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin traitant. ▶ Score de 3 à 4 : vous êtes faiblement dépendant(e) de la nicotine. ▶ Score de 5 à 6 : vous êtes moyennement dépendant(e). L'utilisation de substituts nicotiniques va augmenter vos chances de réussite. Demandez conseil à votre médecin traitant ou à votre pharmacien pour choisir le traitement le plus adapté à votre cas. ▶ Score de 7 à 10 : vous êtes fortement ou très fortement dépendant(e) de la nicotine. L'utilisation de substituts nicotiniques est recommandée pour vous aider à surmonter votre dépendance à la nicotine. Le traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, prenez conseil auprès de votre médecin traitant ou de votre pharmacien.		

Figure 8 : Test de Fagerström

Pour cela on peut réaliser un test de Fagerström, composé de six questions. Il permet de mettre un chiffre sur la dépendance du patient, qui sera divisée en quatre niveaux :

- Pas dépendant ;

- Faiblement dépendant ;
- Moyennement dépendant ;
- Fortement dépendant. (61) (Figure 8)

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

Figure 9 Test de Fagerström simplifié en 2 questions (63)

Il existe aussi une version simplifiée du test de Fagerström en deux questions reprenant les questions 1 et 4, celui-ci aurait le même niveau d'efficacité que celui à six questions et il serait plus adapté aux gros fumeurs.(62) (63) (Figure 9)

b. Test de « Cigarette dependence scale » (CDS)

Un Autre outil d'évaluation de la dépendance tabagique, le Cigarette Dependence Scale (CDS). Il se présente dans sa version classique sous la forme de douze items (CDS-12). C'est un questionnaire auto-administré qui explore les principaux critères de la dépendance au tabac, notamment la compulsion à fumer, les symptômes de sevrage, la perte d'intérêt pour d'autres activités et la poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives. Le score permet de classer le niveau de dépendance en plusieurs catégories généralement faible, modéré et élevé.(64) (65) (Annexe 1)

II. Sevrage de la nicotine

A. Symptômes de sevrage

a. Dépendance physique

Les symptômes de sevrage et leur durée

<u>Envie irrésistible de fumer</u> (craving)	quelques jours
<u>Irritabilité</u>	variable
Etourdissements	1 à 2 jours
Maux de tête	variable
<u>Fatigue</u>	2 à 4 semaines
Toux	moins de 7 jours
<u>Troubles du sommeil</u>	moins de 7 jours
Constipation	3 à 4 semaines
<u>Faim</u>	quelques semaines
<u>Manque de concentration</u>	principalement les 2 premières semaines puis occasionnellement
<u>Humeur changeante, dépression</u>	variable

Figure 10 : Symptômes de sevrage à la dépendance physique et leur durée (21)

Pour la dépendance physique, elle persiste entre 3 semaines et 3 mois. Cette durée s'explique par le nombre de récepteurs qui doit revenir à un taux normal. Des symptômes peuvent survenir pendant ce temps. Les premiers symptômes apparaissent moins de 24h après la dernière cigarette, et ils atteignent leur intensité maximum entre 24 et 72h. On retrouve la liste des symptômes et leur durée dans le tableau ci-dessus. (Figure 10). (66) (67) (68)

b. Dépendance psychologique et comportementale

La dépendance au tabac ne se limite pas à une simple addiction pharmacologique à la nicotine, mais repose sur une interaction étroite entre des composantes pharmacologiques, comportementales et psychologiques qui forme un maillage complexe et qui pérennise l'addiction. En effet, les habitudes, les contextes environnementaux et les mécanismes cognitifs jouent un rôle déterminant dans le maintien de la consommation.(69)

i. 1. La dépendance comportementale : le conditionnement

La dépendance comportementale s'inscrit dans des habitudes d'automatisation des gestes liés à la cigarette (porter la cigarette à la bouche, allumer, inhaler), associés à des mécanismes de conditionnement contextuels comme les pauses, la consommation de café ou les interactions sociales. Ces comportements deviennent des signaux déclencheurs du besoin de fumer, renforcés par la répétition et l'association à des effets perçus comme positifs. Ces automatismes expliquent en partie la persistance du comportement, indépendamment du besoin nicotinique strict. Ainsi même en l'absence de manque physique, ces automatismes peuvent déclencher une envie irrésistible de fumer. (70)

ii. 2. La Dépendance Psychologique : Une Régulation Emotionnelle

Au-delà des mécanismes biologiques, la dépendance au tabac s'inscrit souvent dans des vulnérabilité et besoins psychologiques sous-jacents. Chez certains fumeurs, la cigarette est progressivement mobilisée comme un outil de régulation émotionnelle, permettant de moduler l'anxiété, d'atténuer les effets négatifs ou de faire face à des situations vécues comme stressante ou éprouvantes. Dans cette perspective, le tabagisme acquiert une fonction spécifique dans l'organisation du quotidien. Il peut ainsi servir de stratégie de gestion du stress, du support à la mise d'un malaise interne, ou encore de moyen de « pause cognitive » permettant une forme de recentrage ou de contenance psychique. Ces usages traduisent des déterminants psychologiques de la dépendance, souvent peu conscients pour l'individu lui-même. (71)

Avec le temps, ces associations entre consommation et états émotionnels se renforcent par des mécanismes d'apprentissage et de conditionnement. La cigarette cesse alors d'être un simple produit de consommation pour devenir une réponse automatisée à des états internes, contribuant à l'installation et à la pérennisation d'une dépendance plus résistante aux tentatives de modification comportementale. (71)

B. Mécanismes physiologiques

Le sevrage nicotinique résulte de l'interruption brutale d'une exposition chronique à la nicotine. L'arrêt de la consommation entraîne une chute rapide de la stimulation des récepteurs nicotiniques conduisant à un déficit dopaminergique aigu. De plus, l'up-régulation ayant eu lieu induit une hyperexcitabilité neuronale lors du sevrage, responsable d'une augmentation de l'anxiété, de l'agitation et des troubles du sommeil. Le sevrage s'accompagne également d'une activation des systèmes du stress, notamment de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, avec une élévation du taux de cortisol, favorisant la survenue du craving et augmentant le risque de rechute. (72)

C. Risque de rechute

Le risque de rechute après un sevrage tabagique reste élevé, notamment au cours de la première année suivant l'arrêt. Des données épidémiologiques montrent que plus de 50 % des individus ayant arrêté dans l'année rechutent. Ce risque diminue graduellement en fonction du temps d'abstinence mais ne disparaît jamais réellement, avec une stabilité autour des 10 % à partir de 30 ans d'abstinence. (73)

D. Facteurs influençant la réussite du sevrage

La réussite du sevrage tabagique dépend d'un ensemble de facteurs individuels, comportementaux, socio-économiques et environnementaux. Il a été démontré qu'un faible niveau de dépendance à la nicotine, mesuré par exemple avec un test de Fagerström qui serait faible, serait associé à une probabilité de réussite plus élevée. D'autres caractéristiques sociodémographiques, comme un niveau d'éducation plus

élevé, l'absence d'exposition à des fumées environnementales ou un statut marital stable sont corrélées à des taux plus élevée de cessation réussie. (74)

D'autres facteurs plus psychologiques, comme l'intention personnelle, ou encore la confiance en soi de pouvoir arrêter, sont des facteurs favorisant la réussite. Enfin, l'absence d'autres fumeurs dans l'entourage, ainsi qu'un suivi clinique régulier améliorent les taux de réussite. (74)

E. Arrêt du tabac et interaction médicamenteuse

Les produits de combustion de la cigarette sont des inducteurs de l'activité des cytochromes P450 1A2. Cette augmentation est maximale à partir de 10 cigarettes fumées par jour. Le sevrage tabagique, et donc l'arrêt de l'induction, peut entraîner une modification de la concentration de certains médicaments métabolisés par ces cytochromes comme la théophylline, la clozapine, l'olanzapine ou la warfarine. (75)

PARTIE 3 – LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE SEVRAGE TABAGIQUE

I. Méthodes validées par la HAS

A. Les médicaments

a. Substituts nicotiniques

i. Patchs, gommes, pastilles, inhalateurs

Les substituts nicotiniques sont des médicaments efficaces pour l'arrêt du tabac. Selon l'Assurance maladie, ils augmenteraient les chances d'arrêt du tabac de 50 à 70 %.(76)

Ils existent sous différentes formes :

- Patchs transdermiques² (à libération progressive de nicotine)
- Formes orales : (à libération rapide de nicotine)
 - Des gommes à mâcher ;
 - Des comprimés à sucer ;
 - Des comprimés sublinguaux ;
 - Des sprays buccaux.

Les substituts nicotiniques, sont des médicaments à base de nicotine remboursés à 65 % par l'Assurance maladie, et le ticket modérateur peut être pris en charge par les mutuelles. Attention, toutes les formes de substituts nicotiniques, ne sont pas prises en charge. Les formes remboursées aujourd'hui sont : les dispositifs transdermiques, les gommes à mâcher, les comprimés à sucer, et les comprimés sublinguaux. (76) (77)

Les substituts nicotiniques peuvent être prescrits par des médecins, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes. Les sages-femmes peuvent aussi prescrire les substituts nicotiniques à l'entourage d'une femme enceinte ou

² Transdermique : Qui permet le passage à travers la peau.

de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier. (78)

Les pharmaciens ne peuvent pas encore les prescrire, bien que cela ait déjà été voté dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2022. (76)

ii. Schémas posologiques

Ceux-ci dépendront du niveau de dépendance de la personne qui sera déterminé grâce au test de Fagerström ou d'un autre test. Le patient commencera par une monothérapie à base de patchs transdermiques. Il existe 2 types de patchs, ceux qui ont une efficacité de 24 h et ceux qui en ont une de 16 h. (77)

Ici nous détaillerons ceux qui ont une efficacité de 24 h, et plus précisément ceux de la marque Nicopatchlib®.

	Phase initiale 3 à 4 semaines	Suivi de traitement 3 à 4 semaines	Sevrage thérapeutique 3 à 4 semaines
Score de 5 ou plus au test de Fagerström ou Fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour	NICOPATCHLIB 21 mg/24 h	NICOPATCHLIB 14 mg/24 h** ou NICOPATCHLIB 21 mg/24 h	NICOPATCHLIB 7 mg/24 h** ou NICOPATCHLIB 14 mg/24 h puis NICOPATCHLIB 7 mg/24 h
Score inférieur à 5 au test de Fagerström ou Fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour	NICOPATCHLIB 14 mg/24 h ou augmentation à NICOPATCHLIB 21 mg/24 h*	NICOPATCHLIB 7 mg/24 h** ou NICOPATCHLIB 14 mg/24 h	arrêt du traitement** ou NICOPATCHLIB 7 mg/24 h

* selon les résultats sur les symptômes de sevrage

** en cas de résultats satisfaisants

Figure 11 : Monothérapie par patch transdermiques (79)

Le traitement est divisé en 3 étapes :

- Une phase initiale de 3 à 4 semaines ;
- Un suivi de traitement de 3 à 4 semaines ;
- Et un sevrage thérapeutique de 3 à 4 semaines.

Le dosage est adapté au test de Fagerström ou à la quantité de cigarettes consommées par jour. La durée de traitement est d'environ 3 mois mais elle peut varier en fonction de la réponse individuelle. Il ne faut pas hésiter à effectuer un traitement plus long avec un avis médical pour éviter la rechute. (Figure 13 et 14) (79)

Période	Dispositif transdermique	Forme orale de substitut nicotinique (contenu en nicotine ≤ 2 mg)
Traitement initial		
Premières 6-12 semaines	Un patch 21 mg/24 h/jour	<i>Ad libitum</i> (généralement 5-6 unités de prise)
Sevrage progressif		
3-6 semaines suivantes	Un patch 14 mg/24 h/jour	Continuer d'utiliser le nombre nécessaire
3-6 semaines suivantes	Un patch 7 mg/24 h/jour	Continuer d'utiliser le nombre nécessaire
Jusqu'à 12 mois	/	Réduire progressivement le nombre jusqu'à l'arrêt

Figure 12 : Bithérapie associant patch et forme orale (31)

En cas de monothérapie bien réalisée, mais si les envies quotidiennes sont encore trop fortes, ou s'il y a une rechute, le patient passera sous traitement associant des patchs transdermiques à une forme orale de substituts nicotiques à utiliser dès lors qu'il y a une envie de fumer.

Normalement 5 à 6 unités de prise procurent l'effet désiré, mais il est possible de monter jusqu'à 24 formes orales par jour (dosés à 2 mg). (79)

b. Varéniciline (Champix®)

i. Mécanisme d'action

La varéniciline se lie avec une affinité et une sélectivité élevée aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$, sur lesquels elle agit comme agoniste³ partiel, ayant à la fois une activité agoniste, avec une activité intrinsèque plus faible que la nicotine, et une activité antagoniste⁴ en présence de nicotine. (80)

ii. Posologie

Indication chez l'adulte de plus de 18 ans :

- 1 comprimé de 0.5 mg par jour, pendant les 3 premiers jours ;
- 1 comprimé de 0.5 mg, 2 fois par jour pendant les 4 jours suivants ;
- 1 comprimé à 1 mg, 2 fois par jours jusqu'à la fin du traitement.

Attention, l'arrêt du tabac n'est effectué que deux semaines après le début du traitement, afin de permettre au patient d'atteindre une concentration plasmatique stable et de réduire les symptômes de sevrage. La durée du traitement est d'habituellement de 12 semaines mais celle-ci peut être prolongée en fonction des patients. (80)

iii. Effets indésirables

Les effets secondaires les plus courants observés sont : les troubles du sommeil, les nausées, les rêves anormaux et les maux de tête. Selon les données cliniques, ces effets indésirables sont classés comme très fréquents ($\geq 10\%$ des patients). (80)

Point de vigilance : la varéniciline peut être associée à des modifications du comportement ou de l'humeur, mais elles restent peu fréquentes. Il est possible de retrouver de l'agitation, de l'hostilité, de l'agressivité envers soi-même ou envers les autres mais aussi

³ Agoniste : Qui produit des effets identiques à ceux d'une substance de référence.

⁴ Antagoniste : Qui est en opposition fonctionnelle.

des symptômes de dépression. Il est essentiel d'informer le patient, lors de la première délivrance. Si lui-même ou un de ses proches détecte l'un de ses symptômes, une consultation médicale immédiate est recommandée afin d'évaluer la nécessité d'une adaptation de traitement. (81)

iv. Résultats

Une étude réalisée par, Timothy Baker et son équipe, du Centre de recherche sur le tabac de l'Université du Wisconsin a traité de ce sujet. (82) (83) Ils ont réalisé une étude randomisée⁵ sur 1 086 fumeurs ayant une consommation minimale de 17 cigarettes par jour en moyenne. (82) (83) .Les patients ont été répartis en 3 différents groupes :

- Le 1^{er} groupe, composé de 241 personnes, a reçu un traitement par des patchs nicotiniques ;
- Le 2nd groupe composé de 424 personnes, s'est vu délivrer un traitement par CHAMPIX®
- Ceux du 3^{ème} groupe, composé de 421 personnes, a reçu une combinaison randomisée de deux substituts nicotiniques (patchs et gommes) (82) (83)

Les 2 points de contrôle choisis pour l'étude étaient, l'abstinence⁶ à 26 semaines et à 52 semaines. Les résultats sont les suivants (Figure 15) :

	26 semaines	52 semaines
Patch	22.8%	20.8%
CHAMPIX ®	23.6%	19.1%
Patch + gommes	26.8%	20.2%

Figure 13 : résultats de l'étude de Timothy Baker et Coll, pourcentage d'abstinence selon le temps. (53) (54)

L'auteur a conclu son étude en affirmant qu'il n'y avait pas de différence significative, malgré une observance⁷ similaire dans les différents groupes. (82) (83)

⁵ Étude randomisée : étude expérimentale dans laquelle un traitement est comparé à un autre traitement, à une absence de traitement ou à un placebo

⁶ Abstinence : Privation d'une activité ou d'une consommation.

⁷ Observance : respect de la prescription.

c. Bupropion (Zyban®)

Ce médicament est classé en liste I, c'est-à-dire qu'il est soumis à prescription médicale obligatoire. Cependant il ne bénéficie pas de remboursement, par l'Assurance maladie. (84)

A la base, il était commercialisé comme antidépresseur, mais les patients ont remarqué une diminution de leur envie de fumer ; donc il a été utilisé comme substitut nicotinique.(85)

i. Mécanisme d'action

C'est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine). Son action est minime sur la recapture des indolamines (sérotonine). Il n'inhibe pas les monoamines-oxydases. Le mécanisme d'action du bupropion dans l'aide à l'abstinence tabagique n'est pas connu, mais son action serait induite par des mécanismes noradrénergiques et/ou dopaminergiques. (86)

ii. Posologie

Indication chez l'adulte de plus de 18 ans :

- Le début du traitement est de 1 comprimé à 150 mg par jour, pendant les 6 premiers jours.
- A partir du 7^{ème} jour : 300 mg en 2 prises espacées d'au moins 8 h.
- Attention, ne jamais dépasser 150 mg par prise et 300 mg par jour.
- L'arrêt du tabac doit intervenir idéalement pendant la deuxième semaine de traitement, pour permettre au patient d'avoir une concentration plasmatique assez élevée avant l'arrêt.

La durée de traitement recommandée est de 7 à 9 semaines. (86)

iii. Effets indésirables

Il y a un risque élevé de convulsions avec ce traitement. Il est estimé à 1 pour 1000 pour les doses préconisées. Cependant, ce risque est dose dépendant, en augmentant significativement avec des doses supérieures aux recommandations. (86)

Chez les personnes n'ayant pas d'antécédents de convulsion, il faut tout de même faire attention celles personnes présentant une accumulation de facteurs de risque pouvant abaisser le seuil épileptogène. Dans ces situations, il ne faudra pas dépasser 150 mg de bupropion par jour. Les principaux facteurs de risque sont :

- L'abus d'alcool ;
- la prise d'autres médicaments diminuant le seuil épileptogène ;
- les antécédents de traumatisme crânien. (86)

Toute convulsion durant la durée du traitement doit entrainer un arrêt définitif de celui-ci.(86)

Des troubles du comportements peuvent également intervenir sous bupropion, indépendamment des symptômes classiques du sevrage tels que l'irritabilité ou une morosité morale. Ces manifestations peuvent inclure des épisodes d'agitation, des troubles de l'humeur sévères, des hallucinations ou des idées suicidaires. En cas d'apparition de ces symptômes, l'arrêt immédiat du traitement est impératif et une consultation doit être envisagée. (86)

iv. Résultats

L'étude EAGLES (Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study) a évalué la tolérance et l'efficacité de la varénicline et du bupropion par rapport aux substituts nicotiques et au placebo dans le sevrage tabagique, chez des fumeurs avec ou sans antécédents psychiatriques. Les résultats d'efficacité ont montré que le taux d'abstinence continue entre les semaines 9 et 12 était plus élevé dans le groupe varénicline (35,5 %) que dans le groupe placebo (12,5 %) ainsi que dans le groupe traité par substituts nicotiques (23,4 %).(87)

B. Thérapies comportementales et cognitives

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectif de changer les habitudes handicapantes, et d'en développer de nouvelles, mieux adaptées aux situations. Au départ, elles étaient utilisées pour le traitement des troubles anxieux, des phobies et des dépressions. Maintenant elles ont une place de choix dans le traitement des pratiques addictives. (88)

a. Principe

Les TCC sont des prises en charge de la souffrance psychique, reposant sur une méthodologie, issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne. (89)

Le postulat de base des TCC est de partir du fait qu'un comportement inadapté, dans notre cas la consommation de tabac, est considéré comme étant le fruit d'apprentissages, liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, et qui est maintenu par des facteurs environnementaux. La thérapie visera donc, par un nouveau processus d'apprentissage, à remplacer les conduites problématiques du patient, par d'autres en adéquation, avec ses souhaits. (88)

b. Mise en place

Les TCC consistent en une psychothérapie brève, qui se déroule, généralement, sur une vingtaine de séances, d'environ 45 minutes par séance. La prise en charge se déroule sur une durée de 3 à 6 mois, à raison d'une à deux séances par semaine. (88)

L'élément central de cette thérapie est la relation de confiance entre le thérapeute et le patient. C'est pour cela qu'il est impératif, de mettre en place un rapport collaboratif entre les deux parties. Le patient doit comprendre qu'il est acteur de sa santé. (88)

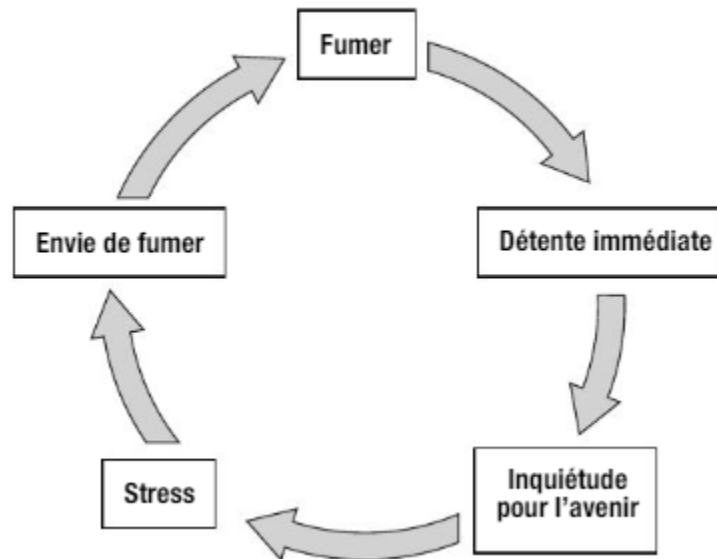


Figure 14 : Exemple de cercle vicieux (58)

A partir du moment où la relation de confiance est installée, il s'agira de réaliser l'analyse fonctionnelle. Cette étape vise à explorer et comprendre le fonctionnement d'une personne aujourd'hui mais aussi ses expériences passées. Durant cette phase, le thérapeute pourra utiliser différents outils comme la technique des cercles vicieux. Cette technique permet de mettre en lumière les interactions entre les pensées, les émotions et le comportement d'une personne. Cette approche permet de donner des armes aux patients, face à leur addiction. (Figure 16). (88)

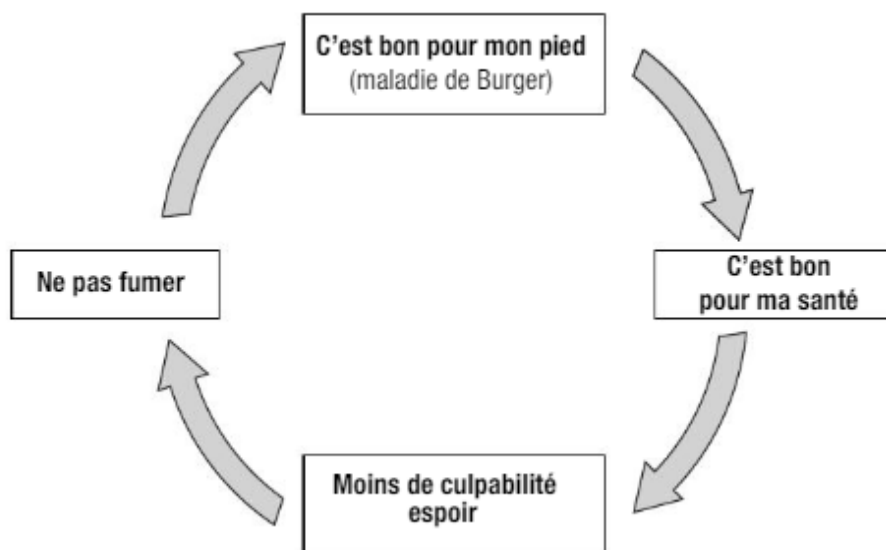


Figure 15 : exemple de cercle vertueux, pour une personne fumeuse dans la maladie du Birger

Le rôle du thérapeute sera d'amener le patient à transformer le cercle vicieux, en plaçant au centre de ce nouveau schéma l'idée de ne pas fumer. Au contraire du cercle vicieux, ici on remplace les pensées et comportements dysfonctionnels par des alternatives positives, favorisant ainsi un maintien durable de l'abstinence (Figure 15). (88)

D'autres techniques sont disponibles pour le thérapeute, pour augmenter la motivation en tabacologie :

- La balance décisionnelle : c'est un outil utilisé pour aider le patient à évaluer les avantages et les inconvénients de l'arrêt du tabac. Ce qui est intéressant c'est que le patient est invité à établir la liste de ces différents éléments lui-même. Si le patient perçoit plus d'avantages à continuer de fumer, que d'arrêter c'est que celui-ci n'est pas encore prêt mentalement. Le rôle du thérapeute sera de l'accompagner dans l'identification des solutions ou motivations, qui pourront favoriser une prise de décision orientée vers l'abstinence. (88)
- L'histoire de vie du patient et l'évolution de ses priorités à court et long terme : ces notions peuvent être explorées grâce à une échelle qui va de « tout sacrifier pour l'avenir » à « tout sacrifier au plaisir immédiat ». Cet outil permet aux patients

d'identifier un équilibre entre les efforts nécessaires à l'arrêt du tabac sur le long terme et leur plaisir immédiat. A partir de cette réflexion un entretien motivationnel est mené pour approfondir la compréhension des choix du patient, renforcer sa motivation vis-à-vis du changement et élaborer avec le patient des stratégies adaptées à ses priorités (88)

- Désamorcer les schémas de pensée rigides tels que les « je dois », les « il faut que » et la précipitation dans l'urgence qui vont dans la plupart du temps amplifier le stress et l'anxiété. Par exemple, quand on se dit « je ne dois pas fumer » le patient peut directement associer cette idée à une contrainte ou un effort perçu comme insurmontable. Ceci peut augmenter son irritabilité, son anxiété et le décourager. Pour cela il faut donner les outils au patient de contourner ce schéma de pensée en reformulant ses envies, « je choisis de ne pas fumer pour atteindre mes objectifs ». Le thérapeute peut aussi accompagner le patient, en l'amenant vers des techniques de respiration, des activités de substitution ou l'identification des déclencheurs émotionnels (88)
- La dernière technique est la lettre de rupture. Cet exercice introspectif invite le patient à écrire une lettre adressée à sa dépendance. Le patient exprimera les différents aspects de sa relation avec le tabac. Que ce soit les bénéfices qu'il pensait en retirer, mais aussi les inconvénients qu'il éprouve. Il va aussi formuler une vision de sa vie sans cigarette. Cet outil permet d'externaliser les pensées et les émotions liées à l'addiction. (88)

C. Résultats

Actuellement, les TCC sont recommandées pour l'arrêt du tabac, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et par la Haute Autorité de santé. Ces recommandations s'appliquent, surtout pour les fumeurs les plus dépendants, mais en association avec les substituts nicotiques permettant d'optimiser les chances de sevrage tabagique. (88)

Une étude menée auprès de 277 femmes enceintes, a montré que le taux d'abstinence en post-partum, à 5 mois, était de 37.3 % pour les patientes ayant réalisé une TCC contre 19.0% chez les femmes n'ayant eu que de simples conseils d'arrêt. (88)

Par ailleurs, une autre étude, comparant un groupe ayant reçu une TCC seule et un autre groupe ayant bénéficié d'une TCC associée à des substituts nicotiniques, a montré un taux d'abstinence à 12 mois pour le 2^{ème} groupe à 38 % contre 22 %. (88)

II. Méthodes non validées par la HAS

Les méthodes de sevrage tabagique que nous allons évoquer ici ne s'inscrivent pas dans le parcours thérapeutique conventionnel. Elles ne sont pas validées par la HAS, et pour la plupart n'ont pas fait preuve d'innocuité et peuvent donc présenter un risque. Il est donc important de s'y intéresser pour bien comprendre les principes et pouvoir réorienter les patients.

A. Cigarette électronique

a. Composition d'une cigarette électronique et mode de fonctionnement

Une cigarette électronique ou vapoteuse se compose de deux éléments essentiels :

- La batterie, qui est la partie basse de l'appareil, elle permet de conserver l'énergie nécessaire à l'alimentation du clearomiseur. (90) (Figure 18)

- Un clearomiseur, situé dans la partie supérieure de la vapoteuse. Il intègre un réservoir de liquide ainsi que la résistance.
- Cette dernière va chauffer le liquide produisant un aérosol que le consommateur va inhaler. (90) (Figure 18)

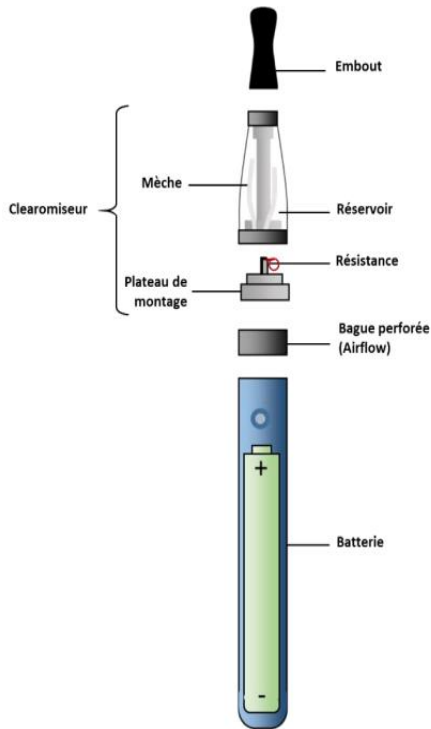


Figure 16 : schéma d'une cigarette électronique (60)

Pour le mode de fonctionnement, le e-liquide va imbiber une mèche qui traverse la résistance. Lorsque l'utilisateur appuie sur le bouton, la batterie va chauffer la résistance, vaporisant le liquide et produisant ainsi un aérosol inhalé par l'utilisateur. (Figure 19)(90)

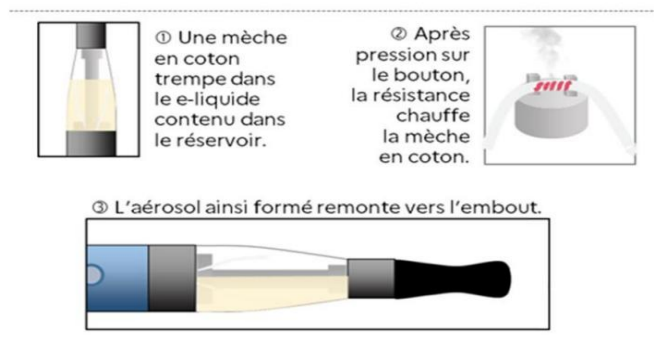


Figure 17 : mode de fonctionnement d'une cigarette électronique (90)

b. Composition du liquide de cigarette électronique

Les liquides de cigarettes électroniques sont composés de :

- Un support de dilution, encore appelé base, qui représente la majeure partie du e-liquide. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un mélange de propylène glycol et de glycérol :
 - Le propylène glycol : il va permettre de reproduire la sensation de « throat hit⁸ » et il est un bon support à la délivrance de nicotine.
 - Le glycérol : quant à lui est très visqueux et va donner des aérosols plus denses et ajouter un goût légèrement sucré.(90) (91)
- De la nicotine sous 4 dosages différents (3 à 6 mg/ml – 7 à 12 mg/ml – 13 à 17 mg/ml – 18 à 20 mg/ml). En France la teneur médiane est de 6 mg. Il est également interdit depuis une directive européenne du 3 avril 2014, sur les produits du tabac, d'avoir des concentrations supérieures à 20 mg/ml. (91)
- Les e-liquides contiennent également diverses substances ayant pour objectif de conférer un goût ou une saveur. Parmi les plus fréquemment utilisés on retrouve la vanilline, le Maltol, les menthols, les esters donnant des odeurs fruitées. Certains e-liquides peuvent également contenir des sucres et des édulcorants. Ces différentes substances représentent 10 % de la totalité du liquide. (90) (91)

⁸ Throat hit : sensation de picotement ressenti lorsque l'on fume une cigarette

c. Réglementation en France

Comme énoncé précédemment et conformément à la réglementation en vigueur, la vente d'e-liquides dont la concentration en nicotine dépasse 20 mg/ml est interdite. De plus, les contenants de e-liquides nicotinés ne peuvent dépasser un volume de 10 ml. (90) (91)

L'article L3513-6 du Code de la santé publique précise les lieux où il est interdit de vapoter mais aussi de fumer en France :

- Les établissements scolaires, les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;
- Les moyens de transport collectif fermés ;
- Les lieux de travail fermés et à couverts à usage collectif. (92)

Selon l'Article L3513-5 du Code de la santé publique il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement dans les débits de tabac, et tous commerces ou lieux publics, à des mineurs des produits de vapotage. (93)

d. Effets sur la santé

Aujourd'hui, il y a peu d'études scientifiques existantes sur la toxicité du vapotage, cela est lié à des problèmes méthodologiques. En effet ces études sont confrontées à des problèmes :

- études de petite taille ;
- résultats contradictoires ;
- absence de suivi à long terme ;
- conflits d'intérêts.(94)

Néanmoins, des études de toxicité ont été réalisées en laboratoire sur animaux ou sur cultures cellulaires exposées aux liquides et aux fumées de cigarette électronique. Il a été mis en évidence en 2018, la présence de métaux lourds dans les liquides de recharge de cigarettes électroniques. Les éléments retrouvés sont :

- le cadmium (Cd) ;
- le plomb (Pb) ;
- le Nickel (Ni) ;
- le cuivre (Cu) ;
- l'arsenic (As) ;
- le chrome (Cr). (95)

Mais tous ces éléments, même si ils sont nocifs pour la santé, se sont retrouvés dans des concentrations inférieures aux seuils réglementaires Il faut toutefois rester vigilants car, les connaissances scientifiques actuelles restent insuffisantes sur les effets de ces molécules sur le long terme (95)

L'aérosol émis par la cigarette électronique, plus communément appelé « vapeur », a une température d'environ 60 degrés et contient des substances chimiques communes à celles d'une cigarette traditionnelle, comme : le formaldéhyde, l'acétaldéhyde, l'acroléine, le toluène et les nitrosamines. Cependant, la vapeur contient de 9 à 450 fois moins de substances toxiques que la fumée de cigarette. (96)

i. Vapotage et cancer

La présence de formaldéhyde cités précédemment et classés cancérogènes par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), tout comme la présence de constituants potentiellement mutagènes (humectant et aromatisants) et cytotoxiques pourrait influencer le risque de cancer. Il s'agirait en particulier de cancers nasopharyngés, des sinus et des voies respiratoires hautes, où la concentration de formaldéhydes est la plus importante. (94)

Pour les autres cancers, il n'existe pas de données évaluant le risque. Il reste à déterminer si les niveaux d'exposition sont suffisamment élevés. (94)

ii. Vapotage et impact pulmonaire

Il a été prouvé que chez une personne non fumeuse, l'utilisation d'une cigarette électronique peut nuire au système respiratoire. Les arômes utilisés dans les liquides pourraient avoir un effet toxique sur les cellules respiratoires via le stress oxydatif et les processus inflammatoires. Il y a des preuves modérées d'une augmentation de la toux et de la respiration sifflante chez les adolescents qui utilisent la cigarette électronique, et une augmentation de l'exacerbation de l'asthme. (94)

iii. Impact cardiovasculaire

Le nombre d'études est faible pour le risque cardiovasculaire cependant, les résultats obtenus sont concordants dans l'implication des liquides de cigarette électronique dans les maladies coronariennes, les AVC, et les maladies artérielles périphériques. (94)

iv. Impact buccodentaire

Les études existantes suggèrent que les vapeurs inhalées peuvent induire une inflammation gingivale et nuire à la santé bucco-dentaire.

La Fédération européenne de parodontologie (EFP) recommande au dentiste de ne pas conseiller le vapotage comme moyen de substitution au tabac. (97)

e. Intoxication

Des cas d'ingestion intentionnelle ou accidentelle, de liquide de cigarette électronique ont été recensés. Pour les risques, cela dépend des concentrations plus ou moins élevées en nicotine. Ces ingestions peuvent être létales chez l'enfant. (94)

Sur les produits vendus en France, il doit y avoir des pictogrammes montrant cette toxicité. (98) (figure 20)

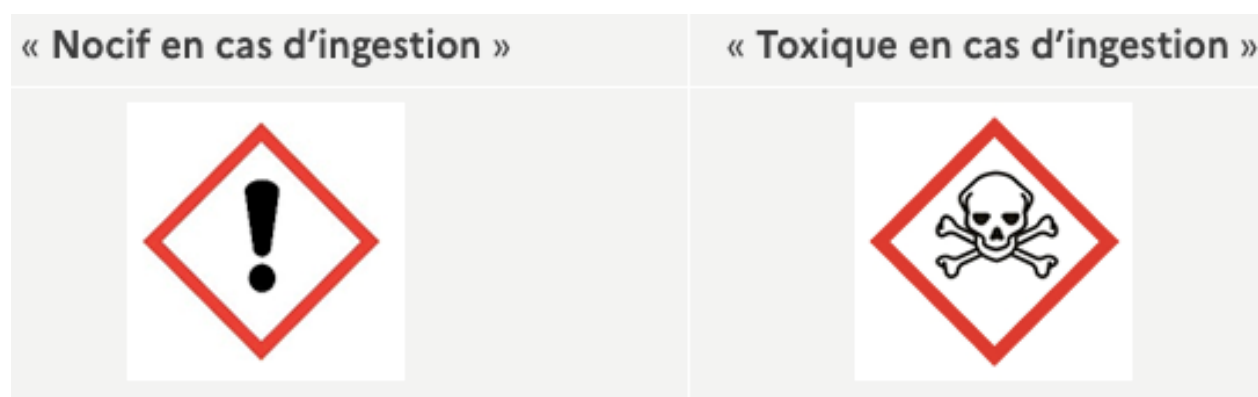


Figure 18 : pictogrammes d'intoxication (98)

f. La « Puff »

La cigarette électronique jetable, communément appelée « puff » a vu le jour en 2019 en Californie, et a connu directement le succès aux Etats-Unis. Elle est arrivée sur le marché français en 2020. (99)

i. Qu'est-ce que la puff ?

La puff est une cigarette électronique jetable, simple d'utilisation, prête à l'emploi. Elle présente deux différences par rapport aux e-cigarettes traditionnelles :

- Préremplie de liquide sans possibilité de recharge, donc à usage unique.
 - Totalement automatisée : sans bouton pour l'allumer ou déclencher l'inhalation.
- Elle se rapproche grandement du fonctionnement d'une cigarette classique (99)

Les puffs classiques contiennent entre 500 à 600 bouffées. (99)

ii. Le problème de la puff

Le principal enjeu lié aux puffs réside dans leur attractivité chez les jeunes populations. En effet, le tabagisme chez les collégiens n'a jamais été aussi faible : il y aurait deux fois moins d'expérimentation et quatre fois moins d'usage en quotidien en 2021 par rapport à 2010. (99)

Mais le problème étant que la puff est une grande porte d'entrée pour les jeunes vers le tabagisme. En effet, plusieurs points vont favoriser cette consommation chez les jeunes :

- Des saveurs attractives pour les jeunes (Cola, Gout marshmallow, Bubble juice..) (Figure 21) (99)
- L'emballage : de toutes les couleurs, et peu encombrant. On retrouve ce problème aussi avec les cigarettes électroniques où les liquides jouent avec le packaging en utilisant des références qui vont intéresser les jeunes, comme l'exemple de la culture manga. (Figure 22) (99) (100)
- L'influence des réseaux sociaux : En effet, les puffs ont reçu une énorme promotion sur les réseaux sociaux tels que Tik Tok ou Instagram, notamment par le biais de placements de produits. Un réseau de micro-influenceurs (entre 1 000 à 100 000 followers) a fait de la publicité, pour la consommation de ces puffs, sachant que le public jeune est beaucoup plus sensible à ce type de publicité. (101)
- L'argument de la nicotine : Tout comme la cigarette électronique, elle existe en zéro nicotine, mais cela permet de donner le « geste » aux jeunes. Autre argument, la nicotine peut être mise en avant pour pimenter l'utilisation « Sensations garanties grâce aux sels de nicotine » (99)

- Un prix très accessible : compris entre 8 et 12 euros pour 500 à 600 bouffées ce qui équivaut à peu près à une quarantaine de cigarettes. (99)



Figure 20: exemple de puffs (73)



Figure 19 : Puff en référence à la culture manga (66)

iii. Chiffre chez la jeunesse

En juillet 2022, 10 % de la population des 13-16 ans avait déjà essayé la « puff ». 28 % des utilisateurs d'e-cigarette se sont initiés à cause de la puff. (99)

iv. Réglementation de la puff en France

Depuis le 24 février 2025 et la promulgation de la loi n°2025-175 du Code de la santé, il est interdit en France, la vente, et la distribution à titre gratuit des cigarettes électroniques jetables. La France devient le deuxième pays européen après la Belgique à interdire la puff à la vente. Mais malgré cela il est toujours possible de s'en procurer via internet ou d'aller en chercher dans certains pays frontaliers. (102) (103)

g. Positionnement du professionnel de santé

Le rôle du pharmacien et plus largement du professionnel de santé est d'assurer la protection du patient et de l'accompagner dans la réduction des risques liés au tabagisme. Lorsqu'un patient déclare utiliser la cigarette électronique, la conduite à tenir repose sur plusieurs principes. Tout d'abord, le vapotage est considéré comme présentant un risque moindre que la consommation de tabac fumé, sans pour autant être dénué de risques.

Ensuite, son utilisation doit s'inscrire dans une démarche de sevrage tabagique, avec un objectif de réduction puis d'arrêt complet de la nicotine lorsque cela est possible. Enfin, deux principes essentiels sont à rappeler : le vapotage doit rester un usage transitoire et, dans la mesure du possible, exclusif afin d'éviter le maintien ou la double consommation avec le tabac.(104)

Dans son rapport d'expertise collective, l'ANSES souligne que la cigarette électronique présente une toxicité globalement inférieure à celle du tabac fumé, mais qu'elle n'est pas pour autant sans risque en raison de la présence de substances irritantes et potentiellement toxiques dans les aérosols inhalés. Par ailleurs, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans son avis de 2021, recommande que les professionnels de santé accompagnant un fumeur dans une démarche de sevrage tabagique privilégient en priorité les traitements médicamenteux et non médicamenteux ayant démontré leur efficacité. Les données scientifiques actuelles étant insuffisantes, les systèmes électroniques de délivrance de nicotine ne doivent pas être proposés comme aide de première intention au sevrage tabagique dans la prise en charge médicale. En revanche, ces produits, en tant que produits de consommation, peuvent être utilisés par les fumeurs en dehors du système de soins ou en complément d'une prise en charge, et leur rapport bénéfice/risque pourrait être favorable chez certains utilisateurs, contribuant ainsi à une réduction des risques dans certaines situations. Leur utilisation est toutefois déconseillée chez la femme enceinte fumeuse, en raison de l'absence de données sur leur efficacité et leurs risques potentiels, les substituts nicotiniques restant les traitements de référence dans ce contexte. Enfin, une utilisation encadrée peut être envisagée chez des publics présentant une forte vulnérabilité ou une dépendance importante, notamment lorsque les patients expriment une préférence pour ces dispositifs ou présentent une faible adhésion aux traitements validés, à condition qu'il s'agisse d'un usage temporaire, sécurisé et réalisé en complément des stratégies thérapeutiques de première intention, dans l'attente de données supplémentaires sur leur rapport bénéfice/risque. (105) (106)

B. Hypnose

a. Qu'est-ce que l'hypnose thérapeutique

Le terme « hypnose » provient du grec ancien hupnos signifiant « sommeil ». (107)

L'hypnose consiste à induire intentionnellement un état modifié de la conscience, avec un but qui peut être thérapeutique ou exploratoire selon ce que l'on recherche. Elle va mobiliser l'imaginaire du patient pour l'amener à recréer une réalité subjective, influençant ainsi la manière dont il perçoit et réagit à cette réalité. Cela va permettre aux patients de favoriser l'émergence de nouveaux comportements, en facilitant les ajustements cognitifs émotionnels et comportementaux (108) (109)

L'induction hypnotique consiste à reproduire un état modifié de conscience qui est naturel et spontané, similaire à ceux que l'on peut expérimenter au quotidien (rêverie, concentration intense). Cependant, la réceptivité à l'hypnose varie d'un individu à l'autre : certains vont rentrer dans un état d'hypnose rapidement, pour d'autres ce sera plus long ou nécessitera davantage d'aide pour y arriver. (108) (109)

Il existe plusieurs applications à l'hypnose médicale :

- médecine de la douleur (chez les grands brûlés, lors d'accouchement...) ;
- gestion des troubles anxieux (exemple : stress, troubles de la confiance en soi, états de panique) ;
- les comportements de dépendance (tabagisme, troubles de l'alimentations).(64) (110)

Les séances d'hypnose peuvent être remboursées en partie par l'assurance maladie et une autre part peut être prise par la complémentaire. Toutefois pour prétendre aux remboursements, le patient a respecté le parcours de soins, c'est-à-dire qu'il dispose d'une ordonnance de son médecin, et que la séance est effectuée par un médecin généraliste ou un médecin psychiatre. (111)

b. Hypnose dans le sevrage tabagique

Dans le cadre du sevrage tabagique par hypnose, la motivation personnelle du patient constitue un facteur déterminant de réussite. En effet, si la démarche d'arrêt n'est pas profondément personnelle mais initiée sous la pression de l'entourage, les chances de réussite durable sont considérablement diminuées. L'efficacité de l'hypnose repose sur l'implication active du patient et de sa propre volonté de modifier son comportement. (112)

L'hypnose dans le cadre de l'arrêt du tabac constitue un outil visant à moduler les impulsions liées à la dépendance et à réduire les envies de fumer. Elle peut également contribuer à renforcer la motivation du patient à arrêter en agissant sur les leviers inconscients du comportement et en facilitant l'adhésion à la démarche du sevrage. (113)

Elle va reposer sur un mécanisme de la suggestion ainsi que sur le concept de l'empreinte psychique. Chez chaque individu fumeur, il existe une volonté, même minime, d'arrêter de fumer. Le travail hypnotique vise à mobiliser cette part latente de motivation en l'amplifiant par la suggestion, afin de favoriser un changement durable du comportement. (113)

Au cours de la séance, le thérapeute propose différentes suggestions, parmi lesquelles le patient sélectionnera inconsciemment celles qui résonnent le plus fortement avec sa motivation et ses besoins personnels. (113)

Il existe 5 niveaux d'approches pour l'hypnose au sevrage tabagique :

- Suggestion directe : proposer explicitement au patient un changement comportemental, ici l'arrêt du tabac.
- Modifier la perception de la dépendance : amener le patient à envisager son comportement de fumeur sous un autre angle, qui dévalorisera cette action.
- Induire une hypno-aversion : associer mentalement le tabac à une sensation désagréable.
- Autohypnose : permet au patient d'autonomiser sa démarche.
- Visualisation positive : guider le patient à se projeter mentalement dans une vie future sans tabac, renforçant ainsi la motivation au changement. (113)

c. Déroulement d'une séance

Les séances d'accompagnement se déroulent majoritairement en petits groupes, généralement composés de trois à six participants. Avant cela, chaque patient bénéficie d'un entretien individuel permettant une évaluation approfondie de plusieurs éléments essentiels au sevrage tabagique : (114)

- le degré de dépendance nicotinique ;
- le niveau de motivation au sevrage tabagique ;
- le contexte environnemental, incluant les sphères familiale, professionnelle et sociale (présence ou non de fumeurs)
- l'historique des différentes tentatives d'arrêt.
- les risques de survenue d'effets secondaires, tels que la prise de poids, l'anxiété ou les troubles dépressifs.(114)

Cet entretien constitue une étape préalable indispensable, car il permet d'élaborer une stratégie thérapeutique individualisée, incluant les suggestions hypnotiques qui seront utilisées lors de la séance collective. (114)

La séance de groupe se déroule selon un protocole bien structuré, dont les étapes sont les suivantes :

- évaluation de la suggestibilité des participants ;
- induction hypnotique réalisée dans une position assise, dans un fauteuil confortable ;
- phase de pesanteur corporelle ;
- phase d'engourdissement sensoriel ;
- administration des suggestions thérapeutiques ;
- transmission de conseils hygiéno-diététiques visant à accompagner le sevrage ;
- réveil progressif.(114)

A la fin de la séance, le thérapeute conseillera aux patients de réaliser des modifications directes dans leur environnement. Cela inclut notamment l'élimination de tous les objets

associés à la consommation de tabac : paquets de cigarettes, briquets, cendriers etc. (114)

d. Résultats

Une étude datant de 2008, comptant 286 fumeurs, a comparé l'efficacité de l'hypnose à celle de la thérapie comportementale, dans deux groupes portant des patchs de nicotine. Les résultats ont montré qu'au bout de 12 mois, le taux d'abstinence auto déclaré sur 7 jours était de 24 % pour le groupe hypnose contre 16 % pour le groupe sans. (115)

Une étude de 2019 montre des résultats similaires aux thérapies comportementales ou aux aides pharmacologiques. Mais cette étude n'a pas réussi à isoler l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique. La conclusion de cette étude est qu'il est potentiellement possible que l'hypnothérapie soit aussi efficace que les thérapies cognitivo-comportementales. (116)

e. Rôle du pharmacien

Il est important de souligner que, bien que cette approche ne soit pas recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS), elle ne semble pas présenter de risque particulier dans les données disponibles. Elle peut ainsi être envisagée en complément des thérapies validées, sans s'y substituer. (116)

C. Auriculothérapie / acupuncture

a. Qu'est-ce que l'acupuncture ?

Elle consiste en la stimulation de points spécifiques appelés « points d'acupuncture » sur différents endroits du corps, à l'aide de différentes techniques (implantation d'aiguilles, dispositifs d'acupression, application d'aimants, de lasers) (117) (118)

Dans le cadre de l'acupuncture, le corps humain est appréhendé sur un plan énergétique. Le praticien va s'intéresser à la circulation de l'énergie vitale, appelée Qi, circulant dans le corps humain, ce qui va lui permettre d'établir un diagnostic énergétique, basé sur plusieurs points

En acupuncture, la maladie et ses symptômes sont vus comme un déséquilibre dans la circulation de l'énergie corporelle. Cette pratique permettrait de remettre en ordre ce déséquilibre.

Les points d'acupuncture sont des endroits sur la peau où il est possible d'accéder à l'énergie circulante du corps. Ils sont situés, pour la plupart, le long des méridiens énergétiques, et sont considérés comme des portes d'accès privilégiées pour moduler le flux énergétique. (118)

Ces différents points peuvent être stimulés par diverses techniques physiques choisies en fonction des indications thérapeutiques et des troubles de santé présentés par le patient. Parmi les principales méthodes de stimulation, on retrouve :

- L'insertion d'aiguilles fines à travers la peau, la technique la plus courante
- La moxibustion qui est une méthode ancestrale souvent associée à l'utilisation des aiguilles, qui consiste à appliquer une source de chaleur sur les points d'acupuncture. Cette chaleur est traditionnellement produite par la combustion d'un bâtonnet d'armoise, bien qu'aujourd'hui des dispositifs modernes à rayonnements infrarouges puissent être utilisés.
- Electro-acupuncture qui combine la stimulation par aiguille à une impulsion électrique de faible intensité, délivrée à fréquence variable par un électro stimulateur médical.
- Le laser-acupuncture, technique non invasive utilisant un faisceau laser de faible intensité pour activer les points d'acupuncture sans percer la peau. (118)

Au niveau des indications principales on retrouve :

- les douleurs chroniques : arthrose, fibromyalgie, névralgie... ;
- la dépression, l'anxiété ou l'insomnie chronique ;
- troubles liés à la grossesse : lombalgie, nausées... ;
- les addictions : tabac mais aussi alcool et drogues. (118)

Attention, l'acte d'acupuncture est un acte médical, elle ne peut être réalisée que par des professions médicales, médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, mais dans la limite de leur spécialité. (117)

b. Acupuncture et arrêt du tabac

La méthode consiste à stimuler certains points spécifiques souvent localisés au niveau de l'oreille. C'est le protocole NADA (National Acupuncture Detoxification Association), il s'agit d'une méthode standardisée d'acupuncture auriculaire qui implique la stimulation de cinq points spécifiques sur chaque oreille (figure 23)(119) :

- sympathique : régule le système nerveux autonome et favorise la relaxation ;
- shen Men : également connu sous le nom de porte de l'esprit, et il est utilisé pour calmer l'esprit et réduire l'anxiété ;
- rein : associé à la peur et à la volonté, il est censé renforcer l'énergie vitale ;
- foie : lié à la colère et au stress, il aide à la détoxification ;
- poumon : associé au chagrin et à la respiration, il est particulièrement pertinent dans le contexte du sevrage tabagique. (119)



Figure 21 : Les 5 différents points d'acupuncture du protocole NADA (119)

c. La laserothérapie

La lasérothérapie, ou acupuncture au laser de faible intensité, est une méthode à l'inverse de l'acupuncture traditionnelle, non invasive. Elle est utilisée pour stimuler des points d'acupuncture spécifiques, ici en ce qui concerne l'arrêt du tabac, ce sont les mêmes points que vus précédemment, pour l'acupuncture traditionnelle. (120)

Pendant la séance, des lasers sont utilisés en émettant des longueurs d'onde comprises entre 600 et 1000 nanomètres, couvrant le spectre de la lumière rouge ou proche infrarouge. Cette gamme de longueurs d'onde permettrait une pénétration efficace des tissus sans provoquer de chaleur, assurant ainsi une stimulation sûre et indolore des points d'acupuncture. (120)

La stimulation des points d'acupuncture par laser favorise la libération de neurotransmetteurs tels que la dopamine et la sérotonine, qui jouent un rôle crucial dans la régulation de l'humeur et la réduction des symptômes de sevrage, tels que l'irritabilité, l'anxiété et les envies de fumer. (120)

d. Résultats

Selon les données issues des revues systématiques de la Cochrane Library, portant sur l'acupuncture et les techniques apparentées, il n'existe pas de preuve cohérente démontrant une efficacité durable de ces interventions dans l'arrêt du tabac. Les résultats sont hétérogènes, de faible qualité méthodologique, et ne montrent pas de supériorité claire par rapport au placebo ou à l'absence d'intervention. Ainsi, en l'état actuel des connaissances, ces méthodes ne peuvent être considérées comme des stratégies efficaces de sevrage tabagique, bien qu'elles ne semblent pas associées à des effets indésirables significatifs lorsqu'elles sont pratiquées dans un cadre approprié. (121)

e. Rôle du pharmacien

Il est important, au comptoir, de sensibiliser le patient à ces pratiques. Lorsqu'elles sont encadrées, elles peuvent être envisagées comme complémentaires des traitements conventionnels. Néanmoins, une vigilance particulière doit être portée face aux dérives,

notamment au risque de charlatanisme et aux promesses d'efficacité exagérées, souvent trop séduisantes pour être fondées scientifiquement. (122)

D. L'homéopathie

a. Qu'est-ce que l'homéopathie ?

L'homéopathie a été fondée à la fin du XVII^e siècle par le médecin allemand Samuel Hahnemann. (123)

Elle repose sur trois principes fondamentaux :

- La similitude : au contraire de l'allopathie, l'homéopathie « soigne le mal par le mal », selon le médecin Samuel Hahnemann « toute substance capable d'induire à des doses pondérales chez le sujet sain des symptômes pathologiques est susceptible à dose spécialement préparée de faire disparaître des symptômes semblables chez le malade qui les présente ». En homéopathie donc, ce qui va rendre malade en forte dose, sera le remède à faible dose.
- L'infinitésimalité : les remèdes sont préparés par dilutions successives d'une substance active appelée « souche ». Pour ne pas être toxiques ces souches sont diluées selon soit la technique hahnemannienne, notée en DH pour les dilutions au dixième et CH pour les dilutions au centième, ou alors la technique korsakovienne notée en k
- Le principe de globalité : le thérapeute homéopathe appréhende globalement la personne et non uniquement ses symptômes à un moment donné.

b. Spécialité disponible

Parmi les spécialités proposées, on retrouve le mélange homéopathique SEVAMEO®, indiqué comme traitement d'appoint dans la réduction des troubles associés au sevrage tabagique et à l'arrêt du tabac, tels que : la nervosité, la frustration, l'irritabilité et les envies de fumer. Sa composition associe plusieurs souches homéopathiques : *Lobelia inflata* 5 CH, *Staphysagria* 15 CH, *Caladium seguinum* 5 CH et *Nux vomica* 15 CH. La posologie recommandée est de 5 granules, deux fois par jour.

Il convient toutefois de préciser qu'il s'agit d'un exemple de spécialité disponible, et que la prise en charge en homéopathie repose en principe sur une individualisation du traitement, adaptée au profil du patient. (124)

c. Résultats

Selon une étude menée sur 33 patients avec un trouble lié à l'usage du tabac, il a été observé une amélioration significative de la dépendance à la nicotine chez les participants, selon plusieurs échelles de gradation de la dépendance. Les auteurs ont conclu que les traitements homéopathiques pouvaient être efficaces. Cependant certaines limites sont à opposer à cette étude, que ce soit par l'absence de groupe témoin, la petite taille de l'échantillon ainsi que la durée de suivi limitée à six mois.(125)

Une autre étude menée à Cuba en 2018 a comparé trois approches : l'homéopathie, l'auriculothérapies et les techniques psychologiques. Sur 90 participants, 30 % de ceux traités par l'homéopathie ont arrêté de fumer contre 21,1% pour l'auriculothérapie et 5,6 % pour les techniques psychologiques. (126)

d. Rôle du pharmacien

De la même manière que l'hypnose, cette approche ne dispose pas d'un niveau de preuve suffisant pour être considérée comme une méthode validée dans le sevrage tabagique. Néanmoins, elle ne semble pas associée à des effets indésirables significatifs et peut ainsi être envisagée en complément d'un traitement conventionnel. (127) (128)

PARTIE 4 – LE RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

I. Les différents types de prévention et rôle du pharmacien

A. Prévention primaire

a. Définition

La prévention primaire consiste en l'ensemble des actions visant à empêcher la survenue d'une maladie ou d'un problème de santé, en agissant en amont de l'apparition de toute pathologie, notamment par la réduction ou l'élimination des facteurs de risque et la promotion de comportements favorables à la santé. Dans le cadre du tabagisme, elle peut inclure les politiques de lutte contre l'initiation, les campagnes d'information, les mesures réglementaires et la promotion d'un environnement sans tabac. (129)

b. Les programmes nationaux de lutte contre le tabac

En 2014, le président de la République a confié à la ministre des Affaires sociales et de la Santé l'élaboration d'un programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Ce programme s'inscrivait dans une stratégie de santé publique plus large, intégrée au Plan cancer 2014-2019, avec pour objectif de diminuer la prévalence du tabagisme, de prévenir l'entrée dans le tabac et de renforcer l'accompagnement du sevrage tabagique. (130)

Pour cela, quatre leviers ont été identifiés :

- rendre les produits du tabac moins attractifs ;
- renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer ;
- encadrer les dispositifs électroniques de vapotage ;
- améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs.(130)

Entre 2018 et 2022, un nouveau programme de lutte contre le tabac a vu le jour ; il s'inscrit dans la continuité du précédent. Il se structure autour de quatre axes principaux :

- protéger les enfants et prévenir l'entrée dans le tabagisme ;
- encourager et accompagner les fumeurs vers le sevrage ;
- agir sur l'économie du tabac pour renforcer la protection de la santé publique ;
- surveiller, évaluer et diffuser les connaissances relatives au tabac.(131)

Aujourd'hui nous sommes dans le troisième Programme national de lutte contre le tabac allant de 2023 à 2027, celui-ci s'articulant sur cinq axes : (132)

Axe	Idée principale	Mesures phares
Axe 1 : Protéger les jeunes du tabagisme	Poursuivre et amplifier les travaux menés ces 10 dernières années pour rendre le tabac moins attractif et moins abordable	- Augmenter le prix du tabac avec un paquet à 13€ en 2027 - Renforcer le contrôle de l'interdiction de vente des produits du tabac et du vapotage pour protéger les mineurs - Interdire la vente des produits du vapotage (puffs) - Instaurer le paquet neutre pour tous les produits du tabac et du vapotage
Axe 2 : Accompagner les fumeurs, en particulier les plus vulnérables	Viser à renforcer les dispositifs existants et à orienter les fumeurs vers ces solutions pour les aider dans leur démarche d'arrêt du tabac	- Systématiser le repérage du tabagisme dans le dispositif « Mon bilan de prévention » et orienter les personnes concernées vers une prise en charge adéquate -Renforcer l'accessibilité des traitements de substitution nicotinique (TSN) en expérimentant leur accès sur demande directe auprès du pharmacien ou en ouvrant leur prescription à distance par les professionnels de santé du dispositif « Tabac Info Service ». - Renforcer le dispositif d'accompagnement « Tabac Info Service » pour que chaque fumeur entrant dans une démarche d'arrêt se voit proposer d'être rappelé pour bénéficier d'un accompagnement personnalisé vers l'arrêt. -Renforcer les efforts de prévention et d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les publics à forte prévalence du tabagisme (personnes en situation de précarité, présentant des maladies chroniques, exerçant dans les secteurs professionnels fortement touchés par le tabagisme, personnes sous-main de justice, etc.).

Axe 3 : Préserver notre environnement de la pollution liée au tabac	L'enjeu de cet axe est à la fois de lutter contre le tabagisme passif et contre les effets néfastes du tabac sur l'environnement	- Instaurer de nouveaux espaces extérieurs à usage collectif libérés du tabac (plages, parcs publics, forêts, abords extérieurs de certains lieux publics à usage collectif, spécialement les établissements scolaires). - Généraliser les lieux de santé sans tabac et campus et écoles de santé sans tabac. - Interdire la vente des produits du vapotage jetables (puffs).
Axe 4 : Transformer les métiers du tabac et lutter contre les trafics	Cet axe ambitionne d'accompagner la transition de notre économie vers la sortie du tabac	- Poursuivre la transformation du métier de buraliste vers celui de commerce de proximité. - Poursuivre la mise en œuvre de l'engagement de la France de lutter dans tous les secteurs de l'État contre l'influence des industriels du tabac dans la politique de lutte contre le tabac. - Renforcer la lutte contre le marché parallèle du tabac en concrétisant les mesures du plan tabac et en conduisant des opérations de grande ampleur. - Agir au niveau de l'Union Européenne et des États membres pour mieux harmoniser la politique fiscale et réduire les écarts de prix.
Axe 5 : Améliorer la connaissance sur les dangers liés au tabac et les interventions pertinentes	Grâce au levier de la recherche, sur lequel se concentre cet axe, la connaissance sur les dangers liés au tabac sera améliorée et permettra de mieux comprendre et anticiper les évolutions liées au marché du tabac.	- Développer la recherche sur tous les leviers du Programme national de lutte contre le tabac - Renforcer la surveillance sur les produits du tabac et du vapotage. - Élaborer une feuille de route cohérente sur la réglementation applicable à l'ensemble des produits nicotinés, comme les sachets de nicotine.

c. Le Mois sans tabac

Le dispositif Mois sans tabac a été introduit en 2016 dans le cadre du premier Plan national de lutte contre le tabagisme. Il s'agit d'une intervention de santé publique

déployée à l'échelle nationale, dont l'objectif est d'encourager les fumeurs à interrompre leur consommation de tabac pendant une période de 30 jours, durée reconnue comme critique pour initier un sevrage durable.

Afin de soutenir les participants dans leur démarche d'arrêt, plusieurs outils d'accompagnement sont mis à leur disposition. Les fumeurs peuvent notamment être mis en relation avec un tabacologue via un numéro téléphonique gratuit, bénéficier d'une application mobile dédiée au sevrage, et accéder à une forte visibilité du dispositif sur les réseaux sociaux et dans les médias, favorisant l'adhésion collective. L'ensemble des professionnels de santé est également mobilisé pour promouvoir l'accompagnement au sevrage tabagique.

En officine, les pharmaciens peuvent remettre gratuitement aux patients concernés un kit Mois sans tabac, conçu pour structurer la démarche d'arrêt. Ce kit comprend un livret d'accompagnement sur 40 jours, incluant une phase de préparation de 10 jours suivie de 30 jours de sevrage, une roue de calcul des économies financières réalisées grâce à l'arrêt du tabac, ainsi que deux dépliants informatifs présentant les outils disponibles et les professionnels de santé habilités à accompagner le sevrage tabagique. (46)

B. Prévention secondaire

La prévention secondaire dans la lutte contre le tabac regroupe l'ensemble des actions visant à détecter précocement les maladies liées au tabagisme ou les risques élevés chez les fumeurs, afin d'intervenir rapidement et de limiter les complications. Elle inclut par exemple le dépistage systématique du cancer du poumon chez les fumeurs à haut risque, le suivi des patients présentant des anomalies respiratoires ou cardiovasculaires précoces, ou la surveillance des marqueurs biologiques liés au tabagisme. L'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées au tabac par une prise en charge précoce, tout en incitant à l'arrêt du tabac. (129)

C. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire vise à réduire les complications, la progression et les séquelles d'une maladie déjà installée. Dans le cadre du tabagisme, elle concerne la prise en charge des patients souffrant de maladies liées au tabac (par exemple, cancer du poumon, BPCO, maladies cardiovasculaires), afin de limiter les aggravations, d'améliorer la qualité de vie et de prévenir les récives. Elle inclut par exemple le suivi médical spécialisé, la réadaptation respiratoire ou cardiovasculaire, et l'accompagnement continu à l'arrêt du tabac pour éviter la rechute.(129)

II. Rôle du pharmacien aujourd'hui

A. Identifier le patient fumeur au comptoir

A l'officine, les opportunités d'aborder la consommation de tabac sont nombreuses et s'inscrivent pleinement dans le rôle de prévention et d'accompagnement du pharmacien. Ces situations permettent un repérage opportuniste, souvent mieux accepté par le patient car intégré à une démarche de soin. On distingue :

- Les occasions spontanées au comptoir liées à la dispensation des thérapeutiques prescrites ou dans le cadre de l'automédication.

Ainsi, certaines situations cliniques constituent des points d'entrée naturels pour aborder le tabagisme, comme, par exemple la délivrance de traitements à visée respiratoire, notamment dans le cadre de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), de l'asthme ou d'infections respiratoires récidivantes, ce qui justifie l'évaluation de l'exposition tabagique, le tabac étant un facteur aggravant majeur de ces pathologies.

De la même manière, lors de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires, la dispensation de médicaments antihypertenseurs, de statines, d'antiagrégants plaquettaires ou des d'anticoagulants s'accompagne de la prise en compte du tabagisme qui constitue un facteur de risque majeur, justifiant ainsi son intégration dans une démarche de prévention secondaire ou tertiaire.

En outre, chez la femme, la délivrance d'une contraception hormonale, en particulier après 35 ans, constitue également une situation clé, compte tenu de l'augmentation du risque thromboembolique associé au tabagisme.

De plus, la grossesse ou un projet de grossesse, repérés lors de l'achat de tests de grossesse ou de compléments tels que l'acide folique ou le fer, représentent un moment privilégié pour aborder le sevrage tabagique dans une optique de prévention materno-fœtale.

Enfin, dans un autre registre, une automédication répétée pour des troubles digestifs (brûlures gastriques), des céphalées fréquentes ou des troubles du sommeil peut révéler des symptômes aggravés par le tabac et ouvrir la discussion.

Enfin, le pharmacien doit être vigilant lors de certaines délivrances exposant à des interactions médicamenteuses avec le tabac, telles que la théophylline ou la clozapine, qui imposent d'aborder explicitement la consommation tabagique, le tabac pouvant modifier le métabolisme de ces substances via l'induction enzymatique.

- Occasions liées à une demande de substituts nicotinique

La demande de substituts nicotiniques constitue une opportunité directe pour évaluer le degré de dépendance tabagique, adapter la posologie et proposer un accompagnement structuré du sevrage.

Elle démontre en effet un engagement du patient dans une démarche d'arrêt du tabac, qu'il convient de soutenir et de valoriser. Cette situation permet d'instaurer plus facilement un dialogue individualisé, d'identifier les motivations et de faire le point sur les obstacles à franchir et, ainsi de renforcer l'adhésion au projet d'arrêt du tabac. Le pharmacien peut ainsi proposer un suivi adapté et délivrer des conseils personnalisés afin d'optimiser les chances de succès du sevrage.

- Occasions institutionnelles et événementielles

Les campagnes de santé publique, telles que le Mois sans tabac ou la Journée mondiale sans tabac, constituent des moments particulièrement favorables pour engager le dialogue. La présence d'affiches, de supports visuels et de documentation au sein de l'officine facilite une approche non culpabilisante et renforce la visibilité des dispositifs d'aide au sevrage.

B. Accompagner le sevrage

Le rôle du pharmacien consiste à personnaliser la stratégie thérapeutique en fonction du niveau de dépendance, des habitudes de consommation et du vécu du patient.

Conseils pratiques à transmettre au patient :

- Adapter le dosage initial en fonction de la dépendance nicotinique et des besoins individuels ;
- Surveiller l'apparition de signes de sous-dosage (envies irrépressibles, irritabilité, agitation) ou de surdosage (nausées, palpitations, céphalées) ;
- Éviter l'arrêt prématuré du traitement, le sevrage nicotinique nécessitant une prise en charge prolongée ;
- En cas d'échec ou de rechute, réévaluer la stratégie sans jugement, en modifiant la forme galénique, la posologie ou l'intensité du suivi.

Le succès du sevrage tabagique repose en grande partie sur un accompagnement structuré et prolongé. Il est recommandé de proposer des points de suivi réguliers, notamment à J+7, J+15, puis à 1 mois, avec une adaptation de la fréquence en fonction des besoins du patient.

À chaque contact, le pharmacien doit réévaluer :

- Le niveau de motivation ;
- La persistance des envies de fumer ;
- La tolérance et l'observance du traitement ;
- Les progrès réalisés, même partiels, afin de les valoriser.

Le rôle du pharmacien est aussi de prévenir et rassurer le patient quant à l'apparition de possibles effets indésirables à l'arrêt de la cigarette :

- Toux expectorante
 - Ne pas stopper la toux car elle est généralement bénéfique, elle permet l'évacuation des sécrétions bronchiques. Cependant l'utilisation de médicaments fluidifiants peut être proposée pour faciliter leur évacuation (133)
 - Exemple : Carbocistéine ou acétylcystéine (134)
- Constipation
 - La nicotine du tabac stimule le transit intestinal, c'est donc pour cela qu'il y a des risques de constipation lors de l'arrêt du tabac.
 - Pour contrer cela quelques règles hygiéno diététiques peuvent faire l'affaire :
 - Une bonne hydratation, minimum 1,5 L par jour, avec des eaux riches en magnésium. Un verre de jus de pruneau frais et à jeun peut également stimuler les contractions intestinales.
 - S'asseoir sur les toilettes tous les jours à la même heure, avec les jambes légèrement surélevées permet de travailler le réflexe d'exonération
 - Consommer des fruits murs, éviter les légumes crus et privilégier les cuits. (135)
- Irritabilités, stress
 - On peut recommander des pauses respirations, de la relaxation
 - Utilisation de tisanes calmantes, à base de camomille, tilleul..
 - Certains compléments alimentaires peuvent aussi aider à lutter contre le stress exemple Synapsyl® (136)
- Crainte de prise de poids
 - Rappeler au patient que la prise de poids reste très limitée (3 à 5kg) et peut être contrôlée avec une bonne alimentation et une activité physique régulière.(137)

III. Rôle du pharmacien dans le futur

Initialement prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, la possibilité pour les pharmaciens de prescrire des substituts nicotiniques n'est toujours pas pleinement appliquée à ce jour. Toutefois, en mars 2025, trois régions ont été retenues pour mener une expérimentation : les Hauts-de-France, la Nouvelle-Aquitaine et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Cette expérimentation vise à évaluer la faisabilité et l'impact de la prescription de substituts nicotiniques par les pharmaciens d'officine afin d'améliorer l'accès aux traitements de sevrage tabagique. Les modalités pratiques de mise en œuvre de ce dispositif devaient initialement être précisées et validées au cours de l'été suivant, mais celles-ci n'avaient pas encore été officiellement publiées au moment de la rédaction.

Dans ce cadre, la dispensation des substituts nicotiniques devrait s'accompagner d'un entretien motivationnel, permettant au pharmacien d'évaluer la motivation du patient à arrêter de fumer, d'adapter le traitement et d'assurer un accompagnement personnalisé dans la démarche de sevrage tabagique. (138)

Parmi les nouvelles missions confiées au pharmacien d'officine, l'accompagnement des patients dans le sevrage tabagique occupe une place croissante et devrait encore se développer dans les années à venir. Dans ce contexte, une expérimentation est actuellement menée dans la région des Hauts-de-France, notamment dans les secteurs de Lens, Hérin et du Valenciennois.

L'objectif de ce dispositif est de réduire la prévalence du tabagisme chez certains publics ciblés, notamment les adultes fumeurs, les personnes présentant un risque de Bronchopneumopathie chronique obstructive, ainsi que les patients souhaitant arrêter de fumer dans le cadre d'un parcours préopératoire ou d'une prise en charge en cancérologie. En revanche, les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse sont exclues de cette expérimentation et orientées vers d'autres dispositifs de prise en charge spécialisés.

Le programme repose sur un accompagnement structuré comprenant quatre entretiens réalisés sur une période de trois mois. Ces consultations permettent d'évaluer la motivation du patient, d'adapter les stratégies de sevrage et d'assurer un suivi régulier. Chaque entretien est rémunéré à hauteur de 20 euros, reconnaissant ainsi l'implication du pharmacien dans la prise en charge du sevrage tabagique en officine. (139)

Cette expérimentation pourrait permettre de généraliser ces missions dans toutes la France, dans la prochaine convention nationale pharmaceutique de 2027. (138)

Conclusion

Le tabagisme demeure, en France, un enjeu majeur de santé publique en raison de sa prévalence toujours élevée et de son rôle essentiel dans la survenue de nombreuses pathologies oncologiques, respiratoires et cardiovasculaires.

Malgré les politiques de prévention déployées depuis des dizaines d'années, la réduction du tabagisme représente un défi sanitaire, social et économique permanent nécessitant une mobilisation continue des acteurs de santé.

La compréhension des mécanismes de dépendance tabagique, qui repose sur la combinaison de l'action neurobiologique de la nicotine, des dimensions comportementales et psychologiques, explique en partie la complexité du sevrage. En agissant sur les circuits de la récompense cérébrale, la nicotine entraîne une dépendance importante, fréquemment renforcée par des habitudes de vie bien installées. Cette complexité multifactorielle justifie une prise en charge globale, personnalisée et pluridisciplinaire.

Face à la difficulté du sevrage tabagique, différentes méthodes de sevrage reconnues par la Haute Autorité de Santé, comme les traitements nicotiniques de substitution, les thérapies cognitivo-comportementales et certains traitements médicamenteux, ont démontré leur efficacité lorsqu'ils sont utilisés de façon adaptée avec un accompagnement et un suivi, réguliers. En parallèle, d'autres approches, non reconnues ou insuffisamment documentées pour être validées scientifiquement, continuent d'être utilisées par les patients.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine, en raison de son accessibilité, de la relation de proximité qu'il entretient avec ses patients et de son expertise pharmacologique, s'impose comme un acteur clé dans le repérage des fumeurs. Il est ainsi particulièrement bien placé pour initier le dialogue, évaluer la dépendance, assurer la dispensation des traitements et accompagner le patient dans le sevrage tabagique.

L'intervention du pharmacien d'officine s'inscrit pleinement dans une démarche de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, et favorise l'adhésion du patient aux stratégies thérapeutiques, grâce à la relation de confiance qu'il entretient avec lui.

A l'heure où les missions du pharmacien d'officine évoluent, notamment par l'élargissement de ses compétences en matière de prévention, de dépistage et de prescription encadrée, son rôle dans la prise en charge du tabagisme est appelé à se renforcer. L'expérimentation, en cours, de la prescription de substituts nicotiniques et la mise en place d'entretiens pharmaceutiques structurés renforcent sa légitimité et son implication pour répondre aux enjeux du sevrage tabagique et, plus largement, de la santé publique.

Annexe 1 : test Cigarette dependance scale

TESTEZ VOTRE DÉPENDANCE À LA CIGARETTE *Cigarette Dependence Scale*

IMPORTANT			Veuillez répondre à toutes les questions		Points
Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes	0-20	1		...	
	21-40	2			
	41-60	3			
	61-80	4			
	81-100	5			
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cig/jour	1		...	
	6-10	2			
	11-20	3			
	21-29	4			
	30 et +	5			
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min	5		...	
	6-15	4			
	16-30	3			
	31-60	2			
	61 et +	1			
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5		...	
	Très difficile	4			
	Plutôt difficile	3			
	Plutôt facile	2			
	Très facile	1			
Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :					SOUS-TOTAL 1 (ST1) ...
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	Pas du tout d'accord	1		...	
	Plutôt pas d'accord	2			
	Plus ou moins d'accord	3			
	Plutôt d'accord	4			
	Tout à fait d'accord	5			
Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.	Pas du tout d'accord	1		...	
	Plutôt pas d'accord	2			
	Plus ou moins d'accord	3			
	Plutôt d'accord	4			
	Tout à fait d'accord	5			
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	Pas du tout d'accord	1		...	
	Plutôt pas d'accord	2			
	Plus ou moins d'accord	3			
	Plutôt d'accord	4			
	Tout à fait d'accord	5			
					SOUS-TOTAL 2 (ST2) ...

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

			Points
Je suis prisonnier(ère) des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume trop.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume tout le temps.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
			SOUS-TOTAL 3 (ST3)
			...

Total des points des 12 rubriques

ST1 + ST2 + ST3 = ...

Interprétation des résultats

Jusqu'à 24 points	Dépendance modérée
Entre 25 et 44 points	Dépendance intermédiaire
45 points et plus	Dépendance forte

Pour en savoir plus ou trouver une aide :

→ Site internet tabac-info-service.fr

→  Application mobile
Tabac info service

À télécharger gratuitement sur :



→ Numéro de téléphone gratuit : 3989

Tabac info service :
un coaching adapté à vos besoins
L'ecoaching gratuit Tabac info service
offre un accompagnement 100 %
personnalisé adapté à vos motivations,
vos inquiétudes et vos habitudes de vie.

Le CDS a été développé à l'Institut de santé globale de la faculté de médecine de l'université de Genève. © 2016 Stop-tabac.ch

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org

Bibliographie

1. Molière. Dom juan acte 1 scène 1 - Commentaire et dissertation [Internet]. 3 déc 2018 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://commentaireetdissertation.fr/dom-juan-acte-1-scene-1/>,
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva; 2023.
3. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. Medecine & hygiène. 2003;61(2452):1845-8. doi:10.53738/REVMED.2003.61.2452.1845
4. Neal L. Benowitz. Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2009;49:57-71. doi:10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742 PubMed PMID: 18834313; PubMed Central PMCID: PMC2946180.
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Arsenic [Internet]. 2022 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/arsenic>
6. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Smokeless Tobacco and Some Tobacco-specific N-Nitrosamines. Vol. 89. LYON: International Agency for Research on Cancer; 2007.
7. Comité National Contre le Tabagisme (CNCT). La composition des produits et de la fumée de tabac. CNCT [Internet]. [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://cnct.fr/tabac-sante/la-composition-des-produits-et-de-la-fumee-de-tabac/>
8. Keithly L, Ferris Wayne G, Cullen DM, Connolly GN. Industry research on the use and effects of levulinic acid: a case study in cigarette additives. Nicotine Tob Res. oct 2005;7(5):761-71. doi:10.1080/14622200500259820 PubMed PMID: 16191747.
9. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. Ban on menthol cigarettes: European Union member states shall prohibit the placing on the market of tobacco products with a characterising flavour. Tob Prev Cessation. 1 juill 2020;6(July). doi:10.18332/tpc/124164
10. Rabinoff M, Caskey N, Rissling A, Park C. Pharmacological and Chemical Effects of Cigarette Additives. Am J Public Health. nov 2007;97(11):1981-91. doi:10.2105/AJPH.2005.078014 PubMed PMID: 17666709; PubMed Central PMCID: PMC2040350.
11. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Additifs dans les produits du tabac [Internet]. Berne; 2023 [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/tabak/gesundheitsliche-folgen-rauchen/zusatzstoffe-zigaretten.html>

12. Fleury Megane. Fréquence Médicale [Internet]. 2025 [cité 23 mars 2026]. Tabac : les filtres des cigarettes sont mauvais pour la santé. Disponible sur: <https://www.frequencemedicale.com/hematologie/patient/298252-Tabac-les-filtres-des-cigarettes-sont-mauvais-pour-la-sante?utm>
13. Institut National Du Cancer. cancer.fr [Internet]. Boulogne-Billancourt; 2025 [cité 24 avr 2026]. Forte baisse du tabagisme en France : 4 millions de fumeurs quotidiens en moins en 10 ans. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/actualites/forte-baisse-du-tabagisme-en-france-4-millions-de-fumeurs-quotidiens-en-moins-en-10-ans>
14. Sante Publique France. santepubliquefrance.fr [Internet]. 2025 [cité 24 avr 2026]. Forte baisse du tabagisme en France : en 10 ans, 4 millions de fumeurs quotidiens en moins. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/forte-baisse-du-tabagisme-en-france-en-10-ans-4-millions-de-fumeurs-quotidiens-en-moins>
15. DOUCHET MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2024 [Internet]. Observatoire français des drogues et des tendances addictives; mai 2025 [cité 21 déc 2025]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-05/tt_bil25.pdf
16. Spilka S, Philippon A, Le Nézet O, Janssen E. Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens : résultats EnCLASS 2024 [Internet]. Observatoire français des drogues et des tendances addictives; févr 2026 [cité 24 avr 2026]. p. 20. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2026-03/note-enclass-2026.pdf>
17. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Than V. Tabagisme: usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt [Internet]. Saint maurice: Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024; déc 2025. p. 9. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/888146_spf00006251.pdf
18. Génération sans tabac. generationsanstabac.org [Internet]. Paris; 2020 [cité 20 janv 2026]. Les inégalités territoriales du tabagisme en France. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/fr/actualites/inegalites-territoriales-du-tabagisme/>
19. Le Nézet O, Pasquereau A, Guignard R, Philippon A, Nguyen Thanh V, Spilka S. Tabagisme et vapotage parmi les 18-75 ans en 2023 [Internet]. Observatoire français des drogues et des tendances addictives; mai 2025. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-05/tendances_168_0.pdf
20. DOUCHET MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2021 [Internet]. Observatoire français des drogues et des tendances addictives; avr 2022 [cité 26 janv 2025]. p. 20. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3327-doc_num--explnum_id-32755-.pdf
21. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Than V. Vapotage: usage et évolutions récentes [Internet]. Saint maurice: Baromètre de Santé publique France:

résultats de l'édition 2024; déc 2015. p. 8. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/907038_spf00006348.pdf

22. Semaille C. Tabagisme en France : 68 000 décès évitables en 2023, une baisse encourageante mais un fardeau toujours trop important [Internet]. Santé publique France; févr 2026 [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/tabagisme-en-france-68-000-deces-evitables-en-2023-une-baisse-encourageante-mais-un-fardeau>
23. Comité national contre le tabagisme. 68 000 morts prématurées, évitables, chaque année : le tabac reste une urgence sanitaire [Internet]. Paris; [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: <https://cnct.fr/communiques/68-000-morts-prematurees-evitables-chaque-annee-le-tabac-reste-une-urgence-sanitaire/>
24. Institut national du cancer. Cancer du poumon, statistiques et chiffres sur les cancers [Internet]. Boulogne-Billancourt; 2025 [cité 21 févr 2026]. Disponible sur: <https://en-www.cancer.fr/professionnels-de-sante/statistiques-et-chiffres-sur-les-cancers/epidemiologie-des-cancers/cancer-du-poumon>
25. Toh CK, Gao F, Lim WT, Leong SS, Fong KW, Yap SP, et al. Differences between small-cell lung cancer and non-small-cell lung cancer among tobacco smokers. *Lung Cancer*. mai 2007;56(2):161-6. doi:10.1016/j.lungcan.2006.12.016 PubMed PMID: 17270313.
26. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Diagnosing and Treating Adult Cancers and Associated Impairments [Internet]. Washington (DC); [cité 21 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.nationalacademies.org/read/25956/chapter/8>
27. Santé publique France. Tabagisme, conséquences sur la santé [Internet]. 2025 [cité 21 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
28. U.S Food and Drug Administration. FDA [Internet]. Silver Spring (MD); 2025 [cité 21 févr 2026]. How Smoking Affects Heart Health. Disponible sur: <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/how-smoking-affects-heart-health>
29. Olié V, Grave C, Helft G, Nguyen-Than V, Andler R, Quatremere G, et al. Epidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire : les facteurs de risques comportementaux [Internet]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2025 [cité 21 févr 2026]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/HS/2025_HS_7.html?
30. Assurance maladie. Prévenir la BPCO et la diagnostiquer au plus tôt [Internet]. Paris; 2025 [cité 21 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/bpco-bronchite-chronique/prevention>

31. Assurance Maladie. Tabac : quels sont les risques pour la santé ? [Internet]. Paris; 2026 [cité 21 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/tabac/risques-tabagisme>
32. U.S Food and Drug Administration. FDA [Internet]. Silver Spring (MD): FDA; 2025 [cité 21 févr 2026]. How Smoking Can Contribute to Vision Loss and Blindness. Disponible sur: <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/how-smoking-can-contribute-vision-loss-and-blindness>
33. Center for Disease Control and Prevention. Smoking and Tobacco Use [Internet]. Atlanta (GA); 2025 [cité 22 févr 2026]. Cigarettes and reproductive Health. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-reproductive-health.html>
34. Assurance Maladie. Amelie.fr [Internet]. Paris; 2024 [cité 23 févr 2026]. Conduites à risque : tabac, drogue et grossesse. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/devenir-parent/grossesse/grossesse-en-bonne-sante/tabac-alcool-droque-et-grossesse/conduites-risques-tabac-drogues>
35. Assurance Maladie. Amelie.fr [Internet]. Paris; 2024 [cité 23 févr 2026]. Tabac et contraception. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/contraception/tabac-et-contraception>
36. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme [Internet]. 9 juill 1976. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006095039>
37. Ministère des Solidarités et de la Santé. Historique de la lutte contre le tabac [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/historique_lutte_.pdf
38. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 [Internet]. 10 janv 1991. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000344577>
39. Institut national du cancer. e-cancer.fr [Internet]. Boulogne-Billancourt: INCa; 2025 [cité 27 janv 2025]. Les Plans cancer - Stratégie de lutte contre les cancers en France. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>
40. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. sante.gouv.fr [Internet]. Paris; 2026 [cité 21 déc 2025]. Espaces sans tabac. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/espaces-sans-tabac>
41. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 [Internet]. 15 nov 2006. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006054716>

42. Décret n° 2016-1117 du 11 août 2016 relatif à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac - Légifrance [Internet]. [cité 21 déc 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033027704?utm_source=chatgpt.com
43. Décret n° 2025-582 du 27 juin 2025 relatif aux espaces sans tabac et à la lutte contre la vente aux mineurs des produits du tabac et du vapotage. 2025-582. 27 juin 2025.
44. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. sante.gouv.fr [Internet]. Paris; 2021 [cité 21 déc 2025]. Le paquet neutre. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/le-paquet-neutre>
45. Décret n° 2016-334 du 21 mars 2016 relatif au paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac. 2016-334. 21 mars 2016.
46. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. sante.gouv.fr [Internet]. Paris; 2025 [cité 21 déc 2025]. Mois sans tabac, inscrivez-vous dès maintenant! Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/mois-sans-tabac-inscrivez-vous-des-maintenant>
47. Santé publique France. santepubliquefrance.fr [Internet]. Saint-Maurice; 2019 [cité 21 déc 2025]. De « Stoptober » à « Mois sans tabac » : comment importer une campagne de marketing social. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/articles-du-mois/2019/de-stoptober-a-mois-sans-tabac-comment-importer-une-campagne-de-marketing-social>
48. Direction Générale des Douanes et Droits Indirects. Arrêté du 10 décembre 2024 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France métropolitaine [Internet]. Journal Officiel de la République Française; déc 2024. Disponible sur: https://www.douane.gouv.fr/la-douane/opendata?f%5B0%5D=categorie_opendata_facet%3A688
49. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Vente annuelle et prix annuel moyen du paquet de cigarettes et du paquet de tabac à rouler de la marque la plus vendue [Internet]. Saint-Denis: OFDT; juin 2025 [cité 4 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2025/vente-annuelle-et-prix-annuel-moyen-du-paquet-de-cigarettes-et-du-paquet-de-tabac>
50. World Health Organization. who.int [Internet]. Geneva: WHO; [cité 4 mai 2026]. Raising taxes on tobacco. Disponible sur: https://www.who.int/activities/raising-taxes-on-tobacco/raising-taxes-on-tobacco?utm_source=chatgpt.com
51. Boukheflia F. En France, 6 milliards de cigarettes de contrebande ont été consommées en 2020. www.rtl.fr [Internet]. 5 juill 2021 [cité 26 avr 2023]. Disponible

sur: <https://www.rtl.fr/actu/economie-consommation/en-france-6-milliards-de-cigarettes-de-contrebande-ont-ete-consommees-en-2020-7900052065>

52. Décret n° 2025-898 du 5 septembre 2025 relatif à l'interdiction des produits à usage oral contenant de la nicotine. 2025-898. 5 sept 2025.
53. Kopp P. Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 [Internet]. Saint-Denis: Observatoire français des drogues et des tendances addictives; juill 2023 [cité 18 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2023/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019-511>
54. Organisation mondiale de la Santé. Economics of tobacco toolkit: assessment of the economic costs of smoking. Geneve: World Health Organization; 2011.
55. Assemblée nationale. Rapport d'information n° 764 sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme [Internet]. Paris; 2012. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0764.pdf>
56. Kopp P, Fenoglio P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000. Actualité et dossier en santé publique (ADSP) [Internet]. 2006 [cité 16 janv 2026];(55). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=adsp-55.pdf&utm>
57. Santé publique France. Première évaluation économique de Mois sans tabac : un dispositif jugé efficace et qui génère des économies de santé [Internet]. 16 juin 2023 [cité 23 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/premiere-evaluation-economique-de-mois-sans-tabac-un-dispositif-juge-efficace-et-qui-genere-des-economies-de-sante>
58. Brault M, Reina D, Graham A. Economic impact of a digital tobacco cessation program: healthcare savings and productivity gains in a self-insured manufacturing company. *Journal of Medical Economics*. 2025;28(1):1061-74. doi:10.1080/13696998.2025.2529721
59. Rostami AA, Campbell JL, Pithawalla YB, Pourhashem H, Muhammad-Kah RS, Sarkar MA, et al. A comprehensive physiologically based pharmacokinetic (PBPK) model for nicotine in humans from using nicotine-containing products with different routes of exposure. *Sci Rep*. 20 janv 2022;12(1):1091. doi:10.1038/s41598-022-05108-y
60. Gipson CD, Fowler CD. Nicotinic Receptors Underlying Nicotine Dependence: Evidence from Transgenic Mouse Models. *Curr Top Behav Neurosci*. 2020;45:101-21. doi:10.1007/7854_2020_134 PubMed PMID: 32468493; PubMed Central PMCID: PMC8442880.
61. Assurance Maladie - CPAM du Gers. Test de dépendance à la nicotine [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/test-dependance_cpam-gers.pdf

62. Haute Autorité de Santé (HAS). Test de Fagerström : Évaluation de la dépendance à la nicotine [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
63. Fagerström K, Russ C, Yu CR, Yunis C, Foulds J. The Fagerström Test for Nicotine Dependence as a predictor of smoking abstinence: a pooled analysis of varenicline clinical trial data. *Nicotine Tob Res.* déc 2012;14(12):1467-73. doi:10.1093/ntr/nts018 PubMed PMID: 22467778.
64. Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology.* févr 2003;28(2):359-70. doi:10.1038/sj.npp.1300030 PubMed PMID: 12589389.
65. RESPADD. Testez votre dépendance à la cigarette (CDS).
66. Els C, Kunyk D, Sidhu H. Abandon du tabagisme et effets neuropsychiatriques indésirables. *Can Fam Physician.* juin 2011;57(6):e194-7. PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC3114689.
67. Tabac Info Service. tabac-info-service.fr [Internet]. Santé publique France; [cité 20 avr 2023]. Durée sevrage nicotine. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/questions-reponses/04_questions-mises-en-ligne/duree-sevrage-nicotine
68. Stop-tabac.ch. [Stop-tabac.ch](http://stop-tabac.ch) [Internet]. Lausanne: Université de Genève; 2023 [cité 20 avr 2023]. Les différents symptômes de sevrage et leur durée. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/sevrage/les-symptomes-de-sevrage/les-symptomes-de-sevrage-et-leur-duree/>
69. VIDAL [Internet]. 2024 [cité 2 juin 2026]. La dépendance au tabac. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/arreter-fumer-cigarette-tabac/dependance-tabac.html>
70. Inserm. Inserm [Internet]. Paris; 2020 [cité 2 juin 2026]. Addictions. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
71. Mon-Psychotherapeute.Com. Pourquoi devient-on dépendant au tabac ? Les causes psychologiques et biologiques [Internet]. 2026 [cité 2 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.mon-psychotherapeute.com/pourquoi-devient-on-dependant-au-tabac-les-causes-psychologiques-et-biologiques/>
72. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Tabac : Comprendre la dépendance pour agir [Internet]. Les éditions Inserm; 2004 [cité 20 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/149>
73. García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Flórez-Salamanca L, Okuda M, Liu SM, Blanco C. Probability and predictors of relapse to smoking: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol*

Depend. 1 oct 2013;132(3):479-85. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.03.008 PubMed PMID: 23570817; PubMed Central PMCID: PMC3723776.

74. El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addict Behav.* mai 2018;80:110-5. doi:10.1016/j.addbeh.2018.01.016 PubMed PMID: 29407680.
75. SRAE Addictologie Pays de la Loire. Fiche : interactions médicamenteuses et tabac [Internet]. Nantes, France: SRAE Addictologie / ARS Pays de la Loire; 2024. Disponible sur: <https://srae-addicto-pdl.fr/referentiels/fiche-interaction-medicamenteuses-et-tabac/>
76. Assurance Maladie. ameli.fr [Internet]. Paris; 2025 [cité 5 juill 2023]. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques ? Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques>
77. Ministère de la Santé / DSS - CNAM / DDGOS. Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie au 18/10/2022. 2022-10-18.
78. Article L4151-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 mai 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424013?utm_source=chatgpt.com
79. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Résumé des caractéristique du produit pour Nicopatchlib [Internet]. 2018 [cité 7 juill 2023]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0323578.htm>
80. Agence européenne des médicaments (EMA). Résumé des caractéristiques du produit (RCP) – Champix® (varénicline) [Internet]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/champix-epar-product-information_fr.pdf
81. VIDAL. CHAMPIX [Internet]. 2023 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/champix-30459.html>
82. VIDAL. Sevrage tabagique : comparaison randomisée de 3 approches (patches, patches + gommes, varénicline) [Internet]. 2016 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/19472-sevrage-tabagique-comparaison-randomisee-de-3-approches-patches-patches-gommes-varenicline.html>
83. Baker TB, Piper ME, Stein JH, Smith SS, Bolt DM, Fraser DL, et al. Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 26 janv 2016;315(4):371-9. doi:10.1001/jama.2015.19284

84. VIDAL. [Vidal. Vidal.fr \[Internet\]. 2004 \[cité 23 oct 2023\]. Zyban LP 150 mg \(bupropion\). Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/zyban-52096.html>](https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/zyban-52096.html)
85. VIDAL. [Vidal. Vidal.fr \[Internet\]. 2021 \[cité 22 oct 2023\]. Les médicaments du sevrage tabagique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/arreter-fumer-cigarette-tabac/medicaments.html>](https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/arreter-fumer-cigarette-tabac/medicaments.html)
86. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Résumé des caractéristiques du produit - ZYBAN L.P. 150 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2024 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64556383&typedoc=R#RcpPropPharmacodynamiques>
87. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. 1 juin 2016;387(10037):2507-20. doi:10.1016/s0140-6736(16)30272-0
88. Guichenez P. Traiter l'addiction au tabac avec les thérapies cognitivo comportementales. Dunod. 2017.
89. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC). AFTCC [Internet]. [cité 13 août 2023]. Les Thérapies Comportementales et Cognitives. Disponible sur: <https://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>
90. ANSES. Etude sur les pratiques de consommation des usagers de cigarettes électroniques en France : appui à la caractérisation des expositions [Internet]. Maisons-Alfort: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; 2022. p. 68. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/TABAC2020SA0017Ra.pdf>
91. ANSES. [anses.fr \[Internet\]. Maisons-Alfort; 2020 \[cité 12 janv 2024\]. Produits du vapotage. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/produits-du-vapotage>](https://www.anses.fr/fr/content/produits-du-vapotage)
92. République française. Article L3513-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032549222
93. République française. Article L3513-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033678343
94. Centre Leon Bernard-Département Prévention Cancer Environnement. Cancer-Environnement.fr [Internet]. Lyon; 2023 [cité 18 janv 2024]. Cigarette électronique - vapoteuse et effets sur la santé. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr>

environnement.fr/fiches/expositions-environnementales/cigarette-electronique-ou-vapoteuse/

95. Kamilari E, Farsalinos K, Poulas K, Kontoyannis CG, Orkoulas MG. Detection and quantitative determination of heavy metals in electronic cigarette refill liquids using Total Reflection X-ray Fluorescence Spectrometry. Food and Chemical Toxicology. 1 juin 2018;116:233-7. doi:10.1016/j.fct.2018.04.035
96. Lukasz GM, Jakub K, Michal G, Leon K, Andrzej S, Jolanta K, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapor from electronic cigarettes. Tob Control. mars 2014;23(2):133-9. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050859 PubMed PMID: 23467656; PubMed Central PMCID: PMC4154473.
97. Taupin A. dentaire365 [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2024]. Fédération européenne de parodontologie alerte sur le vapotage. Disponible sur: <https://www.dentaire365.fr/actualites/sante-publique/lassociation-europeenne-de-parodontologie-alerte-sur-le-vapotage-2/>
98. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). Economie.gouv.fr [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2024]. Cigarette électronique. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/cigarette-electronique>
99. Basset B., Rigaud A., Savy M. Les puffs : la promotion insidieuse du tabac [Internet]. Association Addictions France; avr 2022 [cité 1 déc 2023]. Rapport n°: 50. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2023/01/Decryptages-N-50-Les-Puffs-RV-2023.pdf>
100. E-liquide Bereta 50ml - Saiyen Vapors - Swoke [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e-liquide-fr.com/bereta-50ml-saiyen-vapors-c2x39986492>
101. Comité national contre le tabagisme. generationsanstabac.org [Internet]. 2023 [cité 19 janv 2024]. L'utilisation des influenceurs sur Instagram dans la promotion des produits du vapotage. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/actualites/utilisation-influenceurs-instagram-promotion-vapotage/>
102. Vie publique. Vie-publique.fr [Internet]. 2025 [cité 29 avr 2025]. Interdiction Puffs cigarette électronique jetable. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/292058-interdiction-puffs-cigarette-electronique-jetable-loi-du-24-fevrier-2025>
103. République française. LOI n° 2025-175 du 24 février 2025 visant à interdire les dispositifs électroniques de vapotage à usage unique (1). 2025-175. 24 févr 2025.
104. Société de Pneumologie de Langue Française. splf.fr [Internet]. 2022 [cité 5 mai 2026]. Informations sur la cigarette électronique utilisée dans un objectif d'aide au sevrage tabagique. Disponible sur: <https://splf.fr/information-et-conseils-aux-fumeurs->

sur-la-cigarette-electronique-vape-utilisee-dans-un-objectif-daide-au-sevrage-tabagique/

105. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Évaluation des risques sanitaires liés aux produits du vapotage : avis de l'ANSES – rapport d'expertise collective. ANSES; 2025. p. 720. Rapport n^{os}: 2023-AUTO-0223.
106. HCSP. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique. Rapport de l'HCSP [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; nov 2021 [cité 4 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>
107. Roustang F. Qu'est-ce-que l'hypnose médicale ? AFEHM [Internet]. [cité 25 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.hypnose-medicale.com/quest-ce-que-lhypnose-medicale/>
108. Institut Français d'hypnose. hypnose.fr [Internet]. 2024 [cité 25 janv 2024]. Qu'est-ce que l'hypnose ? Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
109. Llieu JC, Hamm P, Jouffroy L, Llieu J, Hartmann G, Lupescu R, et al. Hypnose en anesthésie : des origines à nos jours ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 1 avr 2009;13(2):145-50. doi:10.1016/j.pratan.2009.03.005
110. Bioy A. Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives. Rev Med Suisse. 27 juin 2012;347(25):1399-403.
111. Assurance Maladie. Forum-assures.ameli.fr [Internet]. 2017 [cité 25 janv 2024]. L'Hypnose pour l'arrêt du tabac est remboursée? Disponible sur: <https://forum-assures.ameli.fr/questions/1497076-hypnose-arret-tabac-remboursee>
112. Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale(AFEHM). hypnose-medicale.com [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Arrêt du tabac par hypnose : arrêter de fumer définitivement. Disponible sur: <https://www.hypnose-medicale.com/arret-du-tabac-arreter-de-fumer-definitivement/>
113. Stop-tabac.ch. Stop-tabac.ch [Internet]. 2023 [cité 26 janv 2024]. Hypnose pour arrêter de fumer. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/traitements-pour-arreter-fumer/psychotherapie/hypnose/>
114. Dickson-Spillmann M, Kraemer T, Rust K, Schaub M. Group hypnotherapy versus group relaxation for smoking cessation: an RCT study protocol. BMC Public Health. 4 avr 2012;12:271. doi:10.1186/1471-2458-12-271 PubMed PMID: 22475087; PubMed Central PMCID: PMC3340305.
115. Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. Nicotine Tob Res. mai 2008;10(5):811-8. doi:10.1080/14622200802023833 PubMed PMID: 18569754.

116. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 juin 2019;2019(6):CD001008. doi:10.1002/14651858.CD001008.pub3 PubMed PMID: 31198991; PubMed Central PMCID: PMC6568235.
117. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. L'acupuncture [Internet]. 2015. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_acupuncture.pdf
118. Estelle B. Santé sur le Net [Internet]. 2018 [cité 29 janv 2024]. Acupuncture : définition, principes, indication et réelle efficacité. Disponible sur: <https://www.sante-sur-le-net.com/sante-quotidien/sante-naturelle/acupuncture/>
119. Litscher G. Ear Acupuncture according to the NADA (National Acupuncture Detoxification Association). *Medicines (Basel).* 31 mars 2019;6(2):44. doi:10.3390/medicines6020044 PubMed PMID: 30935106; PubMed Central PMCID: PMC6630623.
120. Yavagal PC, L N. Efficacy of Laser Auricular Acupuncture for Smoking Cessation. *Sultan Qaboos Univ Med J.* mai 2021;21(2):e275-81. doi:10.18295/squmj.2021.21.02.017 PubMed PMID: 34221476; PubMed Central PMCID: PMC8219332.
121. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews.* 23 janv 2014;2014(1). doi:10.1002/14651858.CD000009.pub4
122. Conseil national de l'Ordre des médecins. Pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) [Internet]. CNOM; mai 2025. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-05/cnom_psnc.pdf
123. Wikipedia contributors. Homeopathy. In: Wikipedia [Internet]. 2025 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Homeopathy&oldid=1288392124>
124. Sevameo® - Médicament homéopathique - Boiron [Internet]. [cité 4 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/nos-produits/nos-medicaments/sevameo>
125. Deepak K. A clinical study on the effectiveness of individualized homoeopathic medicines in reducing the dependence in tobacco use disorder. *Int J Homoeopathic Sci.* 1 janv 2023;7(4):203-8. doi:10.33545/26164485.2023.v7.i4c.979
126. Luis Alberto Viton Fleitas, Mildrey Diaz Herrera, Osmaiki Martin Junco, Yadira Mendez Borrego. Effectiveness of the treatment applied in the smoking cessation consultation [Internet]. Vol. 17. 16 nov 2022;17(3). Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/384099958_Effectiveness_of_the_treatment_applied_in_the_smoking_cessation_consultation

127. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023 [Internet]. [cité 4 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>
128. Académie nationale de médecine, Académie nationale de pharmacie. academie-medecine.fr [Internet]. 2019 [cité 4 mai 2026]. L'homéopathie en France : position des académies. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/lhomeopathie-en-france-position-de-lacademie-nationale-de-medecine-et-de-lacademie-nationale-de-pharmacie/>
129. Haute Autorité de Santé. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives. [Internet]. Paris; mars 2018 [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
130. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris; 2015.
131. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT). Paris; 2018.
132. Ministère des Solidarités et de la Santé; Ministère de l'Action et des Comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2023 – 2027 (PNLT). Paris, France; 2023.
133. Assurance Maladie. ameli.fr [Internet]. 2024 [cité 27 févr 2026]. Le diagnostic et le traitement en cas de toux. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/toux/diagnostic-traitement>
134. VIDAL. Vidal.fr [Internet]. 2025 [cité 27 févr 2026]. Les médicaments de la toux. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/voies-respiratoires/toux-adulte/traitements.html>
135. Tabac Info Service. tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 27 févr 2026]. Constipation. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/questions-reponses/04_questions-mises-en-ligne/constipation8
136. NHCO Nutrition. nhco-nutrition.com [Internet]. [cité 27 févr 2026]. Syapsyl-équilibre nerveux. Disponible sur: <https://nhco-nutrition.com/produit/synapsyl/>
137. Tabac Info Service. tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 27 févr 2026]. Prise de poids après l'arrêt du tabac. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/questions-reponses/04_questions-mises-en-ligne/prise-de-poids-apres-l-arret-du-tabac
138. Duverney-Prêt E. Expérimentation des substituts nicotiniques : la mèche est (enfin) allumée. Le Moniteur des pharmacies [Internet]. 21 mars 2025 [cité 9 mars 2026].

Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/nouvelles-missions/prevention/experimentation-des-substituts-nicotiniques-la-meche-est-enfin-allumee>

139. URPS Pharmaciens Hauts-de-France. [urps-pharmaciens-hdf.fr](https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr) [Internet]. [cité 9 mars 2026]. Accompagnement au sevrage tabagique. Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/action/accompagnement-sevrage-tabagique/>

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2025/2026

Nom : ROGER
Prénom : Maxence

**Titre de la thèse : Rôle du pharmacien dans la lutte contre le tabac :
Un combat actuel et futur**

Mots-clés :

**Pharmacien, Nouvelles missions, Médicaments, Substitut nicotiniques,
prescription**

Résumé :

Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France. Ce travail propose une revue des différentes stratégies d'arrêt du tabac et analyse le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients, tant dans les pratiques actuelles que dans les perspectives de la profession.

Membres du jury :

Président : Pierre-Arthur Moreau, Professeur de science végétal et fongique, faculté de Lille

Assesseur(s) : Lydie Lavorel, pharmacien d'officine

Membre(s) extérieur(s) : Brassart Olivier, pharmacien d'officine et directeur de thèse.