FÉDÉRATION ADDICTION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner

TABAC, NICOTINE, VAPE



Document de positionnement

Octobre 2026

SOMMAIRE

LE TABAC, UN ENJEU SANITAIRE, SOCIAL ET POLITIQUE 3

Le recul du tabagisme n'est pas le fruit du hasard 3

Le tabac reste un marqueur majeur des inégalités sociales 3

Un cap : réduire les maladies et les décès 4

DÉFINITIONS 5

Le tabac, une substance psychoactive à part entière 5

La nicotine : une substance addictive... mais pas la principale responsable des dommages du tabac 6

La vape : une innovation issue des usages, sans tabac ni combustion 7

SIX PRIORITÉS POUR LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 9

1. Faire de la réduction des maladies et des morts la priorité de l'action publique 9

2. Donner enfin à la prévention et à l'intervention précoce l'importance qu'elles méritent 11

3. Faire respecter les interdits protecteurs... sans céder à l'illusion prohibitionniste 12

4. Placer la réduction des inégalités sociale au cœur de toutes les politiques de santé 13

5. Continuer à agir sur les prix et créer des environnements favorables à la santé 14

6. Garantir un accès effectif à l'accompagnement et à la réduction des risques 14

GLOSSAIRE 17

BIBLIOGRAPHIE 18

LE TABAC,
un enjeu sanitaire, social et politique

Le tabagisme recule nettement en France. **La prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans est passée d'environ 25 % en 2021 à 18 % en 2024**[1]. Cette bonne nouvelle ne doit toutefois pas faire oublier l'ampleur des dommages : avec **environ 75 000 décès** qui lui sont attribuables chaque année, le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France. Une approche volontariste est donc toujours d'actualité. Son poids pour la collectivité reste également considérable : on estimait en 2019 son coût social à 156 milliards d'euros, très loin des 13 milliards d'euros de recettes fiscales générées par le tabac[2].



→ Le recul du tabagisme n'est pas le fruit du hasard

Car **la baisse du tabagisme n'est pas spontanée**, elle est **le résultat de plusieurs décennies de politiques publiques qui ont progressivement combiné différents leviers** : hausse du prix du tabac, limitation de la publicité et de la visibilité des produits, protection contre le tabagisme passif, prévention, campagnes d'aide à l'arrêt, amélioration de l'accès aux traitements de substitution nicotinique et développement de différentes formes d'accompagnement. Le Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 s'inscrit dans cette continuité en associant prévention de l'entrée dans le tabagisme, accompagnement vers l'arrêt, action sur les environnements et attention portée aux populations les plus exposées[3].

Les outils proposés aux personnes se sont eux aussi diversifiés, qu'ils soient médicamenteux ou non. Tous ne présentent cependant ni le même niveau de preuve ni la même utilité : distinguer les interventions efficaces des solutions commerciales insuffisamment évaluées reste un enjeu important.

La vape occupe dans ce paysage une place particulière. Elle s'est d'abord développée à partir des pratiques des personnes qui fumaient, de leurs expérimentations et des savoirs échangés entre usagers, avant que les professionnels et la recherche ne s'en saisissent. Son efficacité pour sortir du tabac est aujourd'hui étayée par les connaissances scientifiques. Cette trajectoire est importante : elle rappelle que **les réponses aux addictions ne viennent pas seulement des politiques publiques ou des professionnels, mais aussi de l'expérience et des innovations développées par les personnes concernées**.

→ Le tabac reste un marqueur majeur des inégalités sociales

Les résultats obtenus ne doivent surtout pas masquer la persistance d'inégalités sociales considérables. **En 2024, le tabagisme quotidien concerne 25 % des ouvriers contre 12 % des cadres, et 30 % des personnes au chômage contre 19 % des personnes en emploi**. Il atteint 30 % parmi les personnes qui déclarent une situation financière difficile, contre 10 % parmi celles qui se disent financièrement à l'aise[4]. À mesure que la prévalence générale diminue, le risque est donc de voir le tabagisme et ses conséquences sanitaires se concentrer toujours davantage dans les populations les plus vulnérables.

Pour la Fédération Addiction, la lutte contre le tabac ne pourra être considérée comme une réussite si la diminution globale des consommations s'accompagne d'un creusement des écarts sociaux.

→ Un cap : réduire les maladies et les décès

C'est à partir de ce double constat — des progrès importants, mais encore très inégalement répartis — que la Fédération Addiction construit son positionnement.

Sa première boussole est sanitaire : **une politique du tabac doit d'abord être jugée à sa capacité à réduire les maladies et les décès**. Cela implique de distinguer clairement la dépendance à la nicotine des dommages provoqués principalement par la combustion du tabac… donc sans faire de l'absence de toute dépendance un objectif qui primerait sur la santé. La réduction des risques, dont la pertinence ne fait plus aucun doute pour les substances illicites, a aussi sa place face au tabac : arrêter complètement peut être un objectif mais sortir de la combustion, substituer un produit moins dangereux ou réduire les dommages constituent également des progrès de santé légitimes.

Cette approche suppose aussi de ne laisser personne à l'écart. Réduire les inégalités sociales de santé doit devenir un critère central de toute politique contre le tabagisme. Cela passe par une prévention qui intervient tôt et au plus près des lieux de vie, par un accès effectif à l'accompagnement et aux traitements, par la mobilisation du premier recours et du secteur spécialisé en addictologie, et par des démarches d'aller-vers pour les personnes les plus éloignées du soin. Cela suppose enfin de faire confiance aux pratiques, aux choix et aux savoirs des personnes elles-mêmes plutôt que de leur imposer un parcours unique.

Le présent document s'inscrit dans cette perspective. Après quelques repères permettant de distinguer le tabac, la nicotine et le vapotage, il formule six priorités pour poursuivre la baisse du tabagisme tout en réduisant ses conséquences sanitaires et sociales : prévenir davantage, protéger sans céder à la seule logique de l'interdit, réduire les inégalités, agir sur les prix et les environnements, garantir l'accès à l'accompagnement et reconnaître pleinement la réduction des risques.

[1] Pasquereau, Guignard et Andler
[2] Kopp
[3] Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027
[4] Pasquereau, Guignard et Andler

DÉFINITIONS

→ Le tabac, une substance psychoactive à part entière

Plante originaire du continent américain, le tabac est consommé en Europe depuis plusieurs siècles sous des formes diverses. Tour à tour présenté comme produit médicinal, objet de plaisir, de réconfort ou de sociabilité, il a longtemps été considéré comme un produit commercial ordinaire. Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XX^{e} siècle que ses conséquences sanitaires ont été pleinement reconnues. En France, la loi Veil de 1976, qui a notamment encadré la publicité en faveur du tabac, puis la loi Évin de 1991, qui a renforcé les restrictions concernant sa promotion et son usage dans les lieux collectifs, ont posé les fondements de la politique contemporaine de lutte contre le tabagisme.

Le tabac bénéficie encore aujourd'hui d'un statut particulier dans notre société : produit légal, largement diffusé, il est rarement considéré comme une drogue… ce qu'il est, pourtant, de fait. Ses effets immédiats sont certes moins visibles que ceux d'autres substances comme l'alcool, le cannabis ou les stimulants, ce qui favorise sa banalisation. Mais **le tabac présente à la fois un potentiel addictif très élevé et une toxicité majeure** : il doit être considéré comme une substance psychoactive à part entière.

DES FORMES MULTIPLES DE CONSOMMATION

La cigarette manufacturée constitue la forme de tabac la plus répandue. Elle n'est cependant pas la seule :

– **Les cigarettes roulées sont parfois perçues comme plus « naturelles » et moins nocives que les cigarettes manufacturées mais cette représentation est trompeuse.** Leur composition et leur fabrication sont plus variables, tout comme la quantité de tabac utilisée. Elles peuvent conduire à une inhalation plus profonde ou plus fréquente et à une exposition au moins équivalente, voire supérieure, au monoxyde de carbone, à la nicotine et aux goudrons. Le fait de rallumer plusieurs fois une cigarette roulée peut également accroître la production de substances issues de la combustion.

– **La pipe à eau (chicha)** permet d'adoucir la sensation de la fumée mais la durée des séances et les volumes de fumée inhalés peuvent conduire à une exposition particulièrement importante au monoxyde de carbone, aux goudrons et à la nicotine.

– Certaines formes, plus rares en France, ne sont ni fumées ni chauffées comme **le snus** (tabac placé sous la lèvre) et **le tabac réduit en poudre** et prisé par voie nasale. Ces produits évitent les risques directement liés à l'inhalation de fumée mais **exposent à des risques spécifiques pour les muqueuses buccales et nasales.**



DES DOMMAGES PRINCIPALEMENT LIÉS À LA FUMÉE

Le tabagisme est associé à de nombreux cancers, en particulier ceux du poumon et des voies aérodigestives supérieures, mais aussi à **des maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques.** Ces dommages ne concernent pas seulement la personne qui fume : **la fumée rejetée dans l'environnement expose également l'entourage aux produits de combustion**.

C'est lorsque le tabac brûle qu'il produit une fumée composée de substances toxiques et cancérigènes, parmi lesquelles le monoxyde de carbone et les goudrons : **c'est de ces substances que proviennent l'immense majorité des maladies liés au tabac.**

Le monoxyde de carbone se fixe sur l'hémoglobine à la place de l'oxygène, réduisant l'oxygénation des tissus. Cette exposition augmente notamment le travail du cœur et contribue au développement des maladies cardiovasculaires. **Les goudrons regroupent quant à eux de nombreux composés cancérigènes qui se déposent dans les voies respiratoires.** La fumée contient également des substances irritantes qui endommagent progressivement les bronches et les poumons. Elles peuvent favoriser le développement d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive, caractérisée par une obstruction progressive et durable des voies respiratoires.

Les risques diffèrent fortement selon les produits et les modes d'administration. Le critère déterminant est d'abord la présence ou non de combustion. Cette distinction est essentielle pour comprendre les politiques de réduction des risques : tous les produits contenant de la nicotine ne présentent pas la même dangerosité, tandis que toutes les formes de tabac fumé exposent à des risques sanitaires majeurs.



→ La nicotine : une substance addictive… mais pas la principale responsable des dommages du tabac

La nicotine est une substance psychoactive naturellement présente dans les feuilles de tabac : **une fois absorbée par les poumons ou les muqueuses, elle passe dans le sang et atteint le cerveau**. Elle se fixe sur des récepteurs du système nerveux et entraine la libération de plusieurs neurotransmetteurs. Elle stimule notamment le circuit cérébral de la récompense en augmentant la libération de dopamine, un mécanisme commun à différentes substances susceptibles d'entrainer une dépendance.

Avec les consommations répétées, le cerveau s'adapte à la présence régulière de nicotine. Lorsque sa concentration diminue, des symptômes de manque peuvent apparaître : envie impérieuse de consommer (ou craving), irritabilité, agitation, anxiété, difficultés de concentration ou troubles du sommeil. La consommation vient alors temporairement faire disparaître ces symptômes, ce qui entretient le cycle de la dépendance. Celle-ci ne repose toutefois pas uniquement sur la nicotine : elle est également renforcée par les gestes, les habitudes, les contextes sociaux, les émotions et les fonctions que la consommation occupe dans la vie de la personne.

La vitesse de délivrance constitue un élément déterminant. Les patchs diffusent par exemple la nicotine lentement et régulièrement, sans produire les pics associés à la cigarette. Les formes orales la délivrent également de manière plus progressive. Le vapotage occupe une position intermédiaire et variable selon le matériel, le liquide et la manière de vapoter.

La nicotine n'est pas une substance anodine : elle peut augmenter temporairement le rythme cardiaque et la pression artérielle. **À forte dose, elle peut entrainer une intoxication** dont les manifestations peuvent inclure nausées, vomissements, vertiges, maux de tête ou troubles neurologiques.

Ces risques ne doivent cependant pas conduire à attribuer à la nicotine les dommages provoqués par le tabac fumé. La nicotine n'est en effet pas, en elle-même, responsable de l'essentiel de la mortalité liée au tabagisme : **ces conséquences sont dues aux substances toxiques et cancérigènes produites par la combustion du tabac**. Un produit contenant de la nicotine sans combustion ne présente donc pas du tout le même niveau de risque qu'une cigarette.

Cette distinction est au fondement de l'utilisation d'outils comme les patchs, gommes, comprimés, sprays ou même de la vape : **il s'agit d'apporter une dose contrôlée de nicotine sans exposer la personne aux goudrons, au monoxyde de carbone et aux autres produits de la fumée.**
La nicotine doit donc être appréhendée avec précision : **elle est principalement responsable de la dépendance mais non de l'essentiel des maladies et des décès causés par le tabac.** Elle constitue un risque lorsqu'elle initie ou entretient une addiction. Mais, délivrée sans combustion et dans un cadre adapté, elle peut aussi devenir un outil majeur pour sortir du tabac fumé et réduire considérablement les maladies et les morts.

→ La vape : une innovation issue des usages, sans tabac ni combustion

Les dispositifs de vapotage se sont diffusés en France à partir du début des années 2010. La vape n'a pas été introduite comme un médicament ou un outil de sevrage : elle est d'abord apparue comme un produit de consommation courante puis s'est surtout diffusée par l'intermédiaire des fumeurs eux-mêmes. **Ceux-ci se la sont appropriée comme un moyen de diminuer ou de remplacer le tabac fumé.** Les forums, boutiques spécialisées, associations d'usagers ont joué un rôle important dans la production et la circulation des savoirs pratiques sur la vape. Les professionnels de santé et l'addictologie ne s'en sont saisis que plus tardivement.



Un dispositif de vapotage comporte une batterie, un réservoir contenant un liquide et une résistance électrique : la résistance chauffe le liquide et produit un aérosol qui est inhalé. Les liquides sont principalement composés de propylène glycol et de glycérine végétale auxquels peuvent s'ajouter, selon les produits et les choix de l'utilisateur, des arômes et de la nicotine. Le liquide ne contient pas de tabac et son fonctionnement ne repose pas sur la combustion : l'appareil ne produit donc pas de fumée au sens propre mais un aérosol. En l'absence de combustion du tabac, le vapotage n'expose donc pas aux mêmes niveaux de monoxyde de carbone, de goudrons et de substances cancérigènes que le tabac fumé. **Cela ne signifie pas que vapoter est sans risque : l'aérosol peut contenir des substances irritantes ou potentiellement toxiques**, notamment selon la composition des liquides, la qualité du matériel et les températures de chauffe. Les effets d'une inhalation prolongée sur plusieurs décennies restent moins bien connus que ceux du tabagisme. Une chose est cependant sûre : **pour une personne qui fume, le remplacement du tabac par la vape réduit fortement l'exposition aux produits les plus nocifs de la combustion**.

C'est pour cela que **nous préférons parler de « vape » et « vapotage » plutôt que de « cigarette électronique »**: ce choix lexical contribue à rompre avec la cigarette et à faire comprendre qu'il s'agit d'un autre produit, d'un autre mode d'administration de la nicotine et d'une autre approche des risques.

Les données montrent aujourd'hui que « **Le vapotage est quasi inexistant chez les personnes qui n'ont jamais expérimenté le tabac**[5]. » L'appropriation de la vape par les fumeurs vient du fait qu'elle répond à plusieurs dimensions de la dépendance tabagique: lorsqu'elle contient une dose suffisante de nicotine, **elle atténue le manque et le craving, elle permet de conserver certains gestes, l'inhalation, les sensations dans la gorge, les temps de pause et une dimension de plaisirs souvent associée aux saveurs**. Elle offre ainsi une réponse à la fois à la dépendance physique et à certaines dimensions comportementales et sensorielles du tabagisme, là où les traitements de substitution nicotiniques classiques agissent seulement sur le manque.

La littérature scientifique confirme d'ailleurs que **les personnes sont plus susceptibles d'arrêter de fumer pendant au moins six mois en utilisant la vape avec nicotine qu'en utilisant des traitements de substitution nicotiniques**[6].

Ainsi, bien que la vape ne soit pas considérée comme un traitement médical, car n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament, et ne convient pas nécessairement à toutes les personnes, elle s'est néanmoins **imposée comme un outil efficace de sevrage et de réduction des risques**, d'abord dans les pratiques, puis dans les données scientifiques.

[5] Le Nézet, Pasquereau et Guignard
[6] Lindson, Livingstone-Banks et Butler

SIX PRIORITÉS
pour la politique de lutte contre le tabagisme

→ 1. Faire de la réduction des maladies et des morts la priorité de l'action publique

Le tabagisme est aujourd'hui la première cause de décès évitables dans notre pays. Pour la Fédération Addiction, la politique publique en matière de tabac doit donc poursuivre un objectif simple et clair : **réduire les maladies et les morts liés au tabac.**

Or l'essentiel des cancers, des maladies cardiovasculaires et respiratoires et des décès liés au tabac sont directement liés à la combustion du tabac.

Avec la baisse du nombre de fumeurs ces dernières années s'est développé un discours voulant faire de la dépendance à la nicotine la principale cible des politiques publiques : mais si la nicotine entretient effectivement une dépendance parfois forte et durable, **faire de la disparition de cette dépendance le critère principal de réussite relève d'avantage d'une conception morale de l'abstinence que d'une approche sanitaire**. La réduction des risques invite au contraire à considérer qu'une personne qui ne fume plus mais continue de consommer de la nicotine au moyen de substituts ou de la vape peut rester dépendante, tout en ayant supprimé l'essentiel des risques auxquels elle était exposée : du point de vue de la santé, c'est une réussite.

En addictologie, l'émergence de la réduction des risques depuis les années 1990 nous invite à juger les réponses à leurs effets concrets plutôt qu'à leur conformité à un idéal de vie sans dépendance. À titre de comparaison, l'émergence des traitements de substitution aux opioïdes a marqué cette rupture : il a fallu parfois accepter le maintien d'une dépendance pharmacologique pour réduire les surdoses, les infections et la mortalité. Ce qui est aujourd'hui admis pour les opioïdes doit l'être également pour la nicotine.

L'arrêt complet de toute consommation peut rester un objectif pour celles et ceux qui le souhaitent : **il ne peut cependant pas être un préalable à l'accompagnement ni le seul résultat jugé légitime**. Substituts nicotiniques, vapotage et parcours progressifs doivent être pleinement reconnus. **La priorité n'est pas de combattre la nicotine en tant que telle, elle est de sauver des vies.**



EXISTE-T-IL UN EFFET PASSERELLE DE LA VAPE VERS LE TABAC ?

L'émergence du vapotage conduit à s'interroger sur l'existence d'un « effet passerelle » : des utilisateurs de la vape, non-fumeurs, seraient ensuite plus enclins à commencer à fumer. Selon certains discours, il s'agirait d'une stratégie délibérée des industriels du tabac.

Cette inquiétude est légitime, toutefois les données actuelles invitent à la relativiser : selon une revue systématique, **si les jeunes ayant expérimenté le vapotage commencent en effet plus souvent à fumer, le fait que ce soit la vape qui en soit la cause, plutôt que d'autres facteurs, n'est pas démontré**[7].

L'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT) indique que, en France, « **Le vapotage est quasi inexistant chez les personnes qui n'ont jamais expérimenté le tabac**[8]. » La diffusion du vapotage chez les jeunes s'est d'ailleurs accompagnée d'une forte diminution du tabagisme : **le tabagisme quotidien chez les lycéens est passé de 17,5 % en 2018 à 5,6 % en 2024**[9]. Ces évolutions ne correspondent, pas à ce stade, à un scénario d'une passerelle massive vers la cigarette.

[7]Begh, Conde et Fanshawe
[8]Le Nézet, Pasquereau et Guignard
[9]Spilka, Philippon et Le Nézet

→ 2. Donner enfin à la prévention et à l'intervention précoce l'importance qu'elles méritent

La forte baisse de la prévalence du tabagisme chez les jeunes ces dernières années invite à poursuivre et amplifier les politiques de prévention et d'intervention précoce : **il s'agit d'intervenir en amont, avant que la dépendance ne s'installe voire avant les premières expérimentations.**

Ces interventions, on le sait désormais, ne peuvent se limiter à informer les jeunes sur les dangers du tabac : il s'agit plutôt de **prendre en compte les fonctions que peuvent remplir les consommations, les pratiques de groupes et les stratégies commerciales auxquelles ils sont exposés**. Le développement des compétences psychosociales constitue à ce titre un levier essentiel : il s'agit **des capacités à prendre des décisions éclairées, à exercer son esprit critique, à réguler ses émotions et son stress, à résister aux pressions ou à demander de l'aide.** Ces compétences cognitives, émotionnelles et sociales contribuent à prévenir les conduites addictives et à renforcer le pouvoir d'agir des jeunes. Elles peuvent être développées dès l'enfance, notamment dans le milieu éducatif, par des programmes structurés dont certains ont déjà fait l'objet d'évaluations probantes. La stratégie nationale interministérielle lancée en 2022[10] et leur inscription dans le Programme national de lutte contre le tabac[11] constituent des avancées importantes qui doivent être réellement mises en œuvre et dotées de moyens pérennes.

Dans le dispositif de prévention et d'intervention précoce, les structures d'addictologie ont un rôle singulier à jouer, en particulier les consultations jeunes consommateurs (CJC) : **elles disposent d'une expertise unique dans l'information, l'accompagnement et l'orientation des jeunes et de leur entourage.** Leur vocation est d'aller vers les jeunes dans les établissements scolaires, les missions locales, les maisons des adolescents et les lieux de vie. Encore faut-il leur en donner les moyens : les CJC sont aujourd'hui insuffisamment dotées en moyens humains et financiers au regard de l'étendue de leurs missions. De ce fait, le tabac y est souvent moins pris en compte que d'autres consommations. La Fédération Addiction demande le renforcement durable des financements des CJC, une meilleure visibilité afin d'améliorer leurs capacités d'aller-vers.

[10] Gouvernement

[11] Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027), page 15



→ 3. Faire respecter les interdits protecteurs… sans céder à l'illusion prohibitionniste

Les interdits ont leur place en santé publique lorsqu'ils protègent les personnes contre les risques qu'elles ne choisissent pas ou contre les stratégies commerciales. L'interdiction de vendre du tabac et des produits de vapotage aux mineurs, l'encadrement strict de la publicité et du marketing, les espaces sans tabac constituent des mesures nécessaires car elles visent à retarder l'entrée dans les usages, à réduire l'attractivité des produits et à protéger la population du tabagisme passif… Encore faut-il que ces règles soient réellement appliquées : **le PNLT relève ainsi qu'en 2021, 64 % des buralistes acceptaient encore de vendre du tabac aux mineurs**[12]. Avant d'imaginer de nouvelles interdictions, les pouvoirs publics doivent donc réfléchir à l'application concrète de celles existantes : renforcement des contrôles, sanctions effectives, régulation des pratiques commerciales notamment en ligne et sur les réseaux sociaux. Ces missions régaliennes relèvent des autorités publiques et ne devraient pas être déléguées à la société civile.

Mais l'interdit ne fait pas disparaitre une demande ni encore moins les usages et les facteurs sociaux et psychologiques qui les favorisent. Il risque même de déplacer les consommations vers des circuits informels, éloigner les personnes des messages de prévention et des dispositifs d'accompagnement. L'expérience en matière de stupéfiants montre qu'une réponse punitive peut même accroitre les dommages. Le rôle de la puissance publique est d'assumer une fonction protectrice, non de chercher à punir les personnes qui consomment.

Chaque interdit doit donc être ciblé, proportionné et accompagné d'une stratégie associant prévention, intervention précoce, régulation du marché, accès à l'accompagnement. L'interdiction des puffs en fournit une illustration : elle était justifiée par l'attractivité particulière de ce produit jetable auprès des jeunes mais ne saurait remplacer le développement des compétences psychosociales, l'éducation critique au marketing et l'action des professionnels de proximité.

L'INTERDIT GÉNÉRATIONNEL, UNE FAUSSE BONNE IDÉE

Le Royaume-Uni a adopté en avril 2026 **une interdiction de la vente de tabac à toute personne née à partir du 1er janvier 2009**[13]**. Cette mesure est désormais débattue en France : en juillet 2026, l'Assurance maladie a proposé une interdiction similaire.**

Si l'objectif d'une génération sans tabac est légitime, cette interdiction générationnelle repose sur l'illusion que des phénomènes aussi complexes que les consommations et les addictions peuvent être résolu par l'interdit. Celui-ci ne supprime ni la demande ni les facteurs sociaux et économiques qui favorisent les consommations. Il peut déplacer les achats vers le marché illégal, internet ou des produits non contrôlés… tout en rendant les usages moins visibles et plus difficiles à accompagner.

Sa mise en œuvre soulève des difficultés quant à son acceptabilité et ses effets risquent d'être socialement différents : **les mieux dotées pourront plus facilement la contourner là où les plus précaires seront davantage exposés aux contrôles et aux sanctions.**

Pour la Fédération Addiction, l'objectif d'une génération sans tabac est atteignable en se reposant sur la combinaison de leviers déjà éprouvés : **prévention et intervention précoce, hausse des prix, régulation des prix, environnement sans tabac, accès à l'accompagnement et à la réduction des risques.**

→ 4. Placer la réduction des inégalités sociales au cœur de toutes les politiques de santé

Le tabagisme est aujourd'hui l'un des principaux marqueurs des inégalités sociales de santé. Sa prévalence est plus élevée chez les catégories sociales les plus désavantagées et c'est chez elles que les dommages sont les plus élevés : **la proportion de fumeurs quotidiens est 2,1 fois plus élevées chez les ouvriers que chez les cadres, 1,5 fois plus élevée chez les chômeurs que chez les actifs, 1,6 fois plus élevée chez les non diplômés et ceux ayant un diplôme inférieur au bac que chez les diplômés du supérieur**[14]. Stress, insécurité matérielle, mal-logement, isolement ou conditions de travail favorisent l'entrée dans le tabagisme, renforcent ses fonctions de régulation émotionnelle et rendent la sortie plus difficile. L'envie d'arrêter ne varie d'ailleurs pas significativement selon la situation professionnelle ou financière[15]. **Les personnes précaires ne souhaitent donc pas moins arrêter : elles rencontrent davantage d'obstacles pour y parvenir.**

Dans ce contexte, **la politique de dénormalisation du tabac comporte le risque de conduire, dans certaines populations, à des effets collatéraux négatifs de stigmatisation voire à faire du tabagisme un élément social identitaire**[16]**.**

La réduction des inégalités sociales de santé doit devenir un critère systématique d'élaboration et d'évaluation de toute politique de lutte contre le tabagisme. Une mesure ne peut être considérée comme pleinement efficace si elle fait **diminuer la prévalence moyenne tout en bénéficiant davantage aux populations les mieux dotées et en laissant les plus précaires toujours plus exposées.** Sans réponse adaptée, les politiques publiques risquent d'infliger une double peine à ces populations : **aux difficultés sociales et à la pression financière liée au tabac s'ajouteraient une concentration croissante des maladies et des décès.**

Les mesures universelles doivent donc être complétées par des interventions renforcées, adaptées aux besoins des personnes les plus exposées. Cela suppose de développer l'aller-vers, d'intervenir dans les lieux de vie, et de mobiliser les professionnels déjà en contact avec les personnes concernées. **Les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) ont un rôle majeur à jouer : ils doivent disposer des moyens humains et financiers nécessaires pour intégrer pleinement le tabac à leurs missions et proposer des accompagnements souples, durables et sans jugement.**

Ces accompagnements doivent donner accès à toute la palette des outils disponibles : **traitements de substitution nicotinique, soutien psychosocial et réduction des risques, notamment par le vapotage.** Pour les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas arrêter immédiatement, sortir de la combustion, réduire certains dommages et retrouver du pouvoir sur leurs consommations constituent déjà des objectifs de santé légitimes.



[12] Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, page 17

[13] Tobacco and Vapes Act 2026)

[14] Pasquereau, Guignard et Andler

[15] Pasquereau, Guignard et Andler

[16] Delile

→ 5. Continuer à agir sur les prix et créer des environnements favorables à la santé

C'est démontré : **la hausse du prix du tabac est l'un des leviers les plus efficaces pour réduire les consommations, prévenir l'entrée dans le tabagisme et encourager les tentatives d'arrêt.** Cette stratégie explique d'ailleurs en partie la baisse du tabagisme en France ces dernières années.

La Fédération Addiction soutient donc la poursuite d'une politique de prix ambitieuse, progressive et prévisible, telle que prévue par le PNLT[17]. Elle doit s'accompagner d'une meilleure harmonisation européenne afin de limiter les écarts de prix entre pays voisins.

Son efficacité ne doit toutefois pas masquer son poids immédiat sur le budget des personnes fortement dépendantes et précaires : **toute hausse doit aller de pair avec un accès renforcé et gratuit à l'accompagnement et aux outils permettant de sortir du tabagisme** (voir priorités 4 et 6).

Créer des environnements favorables à la santé constitue l'autre volet indispensable de cette politique : **la généralisation des espaces sans tabac dans les parcs, les plages, les forêts et aux abords des établissements scolaires protège du tabagisme passif, réduit la visibilité du produit et contribue à ne plus présenter la cigarette comme un élément ordinaire de la vie sociale**. Mais ces mesures ne doivent pas rester déclaratives : elles nécessitent une signalétique claire, une information accessible et des actions de médiation pour une application effective.

Les campagnes de communication destinées au grand public, notamment le Mois sans tabac, ont prouvé leur efficacité, particulièrement lorsqu'elles sont basées sur des messages positifs et motivationnels : elles doivent se poursuivre et continuer de faire l'objet d'évaluations. Avec les environnements favorables, elles contribuent à créer une société où il est normalisé de ne pas fumer et normalisé d'essayer d'arrêter.

→ 6. Garantir un accès effectif à l'accompagnement et à la réduction des risques

Comme toute dépendance, sortir du tabagisme est bien plus complexe que « Quand on veut on peut » : **le fait de recourir à une aide pour arrêter de fumer doit être normalisé.**

Médecins généralistes et pharmaciens constituent des interlocuteurs privilégiés : **ils doivent être formés au repérage de la dépendance, à l'utilisation et à l'adaptation des traitements nicotiniques, à la vape et à l'orientation vers les dispositifs spécialisés.**

Le rôle du secteur spécialisé doit parallèlement être pleinement affirmé. **Les CSAPA doivent pouvoir accueillir en première intention des personnes qui fument, y compris en l'absence d'une autre addiction, et devenir des lieux ressources sur le tabagisme. Les CAARUD doivent également pouvoir aborder systématiquement le tabac et proposer des réponses adaptées aux personnes les plus éloignées des soins**. Cela suppose de reconnaître ces missions, de former les équipes et d'accorder aux structures les moyens humains et financiers nécessaires pour proposer des accompagnements durables, des traitements nicotiniques et des outils de réduction des risques.

L'accès aux traitements de substitution nicotinique a nettement progressé : **la grande majorité est aujourd'hui remboursée à 65 % et peut bénéficier de la dispense d'avance de frais**. Des lacunes demeurent cependant : certains sprays ne sont toujours pas pris en charge. Par ailleurs, le développement des franchises médicales et des participations forfaitaires constitue des obstacles supplémentaires pour les personnes aux ressources les plus faibles.

Enfin, la vape doit faire pleinement partie de cette offre. **Son efficacité pour sortir du tabac est établie mais elle n'est pas reconnue comme un produit de santé et ne bénéficie d'aucune prise en charge par l'Assurance maladie.** Sa mise à disposition, accompagnée de conseils sur le matériel, les arômes et le dosage nicotinique, doit pouvoir être soutenue, notamment dans les CSAPA et les CAARUD et pour les personnes en situation de précarité. Le maintien éventuel d'une dépendance à la nicotine ne doit pas conduire à disqualifier un outil qui permet de sortir de la combustion et de réduire très fortement les dommages sanitaires.

Parallèlement, les personnes qui souhaitent réduire ou arrêter le vapotage doivent pouvoir être accompagnées, notamment en CSAPA. Cet accompagnement doit prendre en compte non seulement l'éventuelle dépendance à la nicotine, mais aussi la dimension comportementale de la vape : gestes, habitudes, automatismes et fonctions qu'elle peut remplir dans la vie quotidienne.
Le commerce de la vape doit naturellement être encadrée : **qualité et sécurité des produits, interdiction de vente aux mineurs, contrôle de la publicité et formation des professionnels des commerces spécialisés**. Mais une réglementation trop restrictive risquerait de détourner la vape de sa fonction sanitaire. La réduction des concentrations autorisées en nicotine pourrait la rendre insuffisante pour les personnes les plus dépendantes et favoriser le retour au tabac, une limitation excessive des arômes pourrait réduire son attractivité ou orienter les personnes vers des circuits non réglementés. **Réguler la vape doit permettre de protéger les jeunes et les consommateurs, sans affaiblir l'accessibilité à l'un des principaux outils disponibles pour sortir du tabac fumé.**

[17] Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, page 28

[18] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation

ENCADRER LA VAPE ET SES PRODUITS TOUT EN CONSERVANT SON ACCESSIBILITÉ

Reconnaître l'intérêt de la vape en réduction des risques ne signifie pas la laisser au libre marché. Sa commercialisation doit être encadrée afin de préserver la qualité et la sécurité des produits, de contrôler de la publicité, d'interdire de vente aux mineurs et de former les commerçants. Une labellisation des commerces spécialisés pourrait aussi garantir un niveau minimal de conseil, de formation et de respect des règles.

La composition des liquides doit faire l'objet d'une surveillance : l'ANSES rappelle que, si « Les connaissances actuelles permettent de conclure que les effets associés à l'usage de la cigarette électronique ne sont pas d'une gravité équivalente à ceux provoqués par le tabac », « son usage n'est pas dépourvu de risques[18] ». **Il faut donc mieux évaluer les substances inhalées, encadrer les ingrédients autorisés et retirer du marché les produits problématiques.**

L'encadrement du secteur de la vape doit trouver un juste équilibre entre santé et conservation de l'accessibilité de la vape. En particulier, des restrictions excessives sur les dosages de nicotine ou les arômes pourraient favoriser le retour au tabac ou le recours à des circuits non réglementés. De même, la fiscalité spécifique ne doit pas réduire excessivement l'avantage de prix par rapport au tabac, ni imposer des contraintes administratives telles qu'elles écarteraient les petits acteurs indépendants au profit des grands industriels du tabac qui convoitent ce marché.

GLOSSAIRE

ANSES — Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
Agence publique chargée d'évaluer les risques sanitaires liés notamment aux produits, substances et expositions environnementales. Dans ce document, elle est notamment mobilisée sur les risques liés aux produits du vapotage.

CAARUD — Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
Structure médico-sociale qui accueille les personnes consommatrices de drogues, notamment les plus éloignées du soin, et propose information, réduction des risques, accès au matériel, accompagnement social et orientation vers les soins.

CJC — Consultation jeunes consommateurs
Dispositif spécialisé destiné aux jeunes et à leur entourage pour informer, repérer les usages, évaluer les situations, accompagner précocement et orienter si nécessaire vers d'autres professionnels ou structures.

CSAPA — Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Structure médico-sociale spécialisée dans l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des conduites addictives, avec ou sans produit, ainsi que de leur entourage.

OFDT — Observatoire français des drogues et des tendances addictives
Organisme public chargé de documenter les usages de substances psychoactives, les comportements addictifs, leurs conséquences et les politiques publiques qui s'y rapportent.

PNLT — Programme national de lutte contre le tabac
Programme interministériel qui fixe les orientations de la politique publique française de lutte contre le tabagisme, notamment en matière de prévention, de prix, d'environnements sans tabac et d'accompagnement vers l'arrêt.

BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. «Évaluation des risques sanitaires liés aux produits du vapotage.» Décembre 2025.

Begh, Rachna, et al. «Electronic cigarettes and subsequent cigarette smoking in young people: A systematic review.» Addiction, juin 2025: 1090-111.

Delile, Jean-Michel. «Tabac et précarité : l'enjeu central de l'accès aux soins.» Santé publique, septembre/octobre 2023: 69-80.

Gouvernement. «Instruction ministérielle du 19 août 2022 relative à la stratégie multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037.» 19 août 2022.

Kopp, Pierre. « Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 ». OFDT, Notes, juillet 2023.

Le Nézet, O., A. Pasquereau, R. Guignard, A. Philippon, V. Nguyen-Thanh, et S. Spilka. «Tabagies et vapotage parmi les 18-75 ans en 2023.» Dans Tendances. OFDT, 2025.

Lindson, N, et al. «Electronic cigarettes for smoking cessation.» Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025.

Pasquereau, Anne, Romain Guignard, Raphaël Andler, et Viêt Nguyen-Thanh. «Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt.» Baromètre Santé publique France / Études et enquêtes (Santé publique France), octobre 2025.

«Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027.»

Spilka, Stanislas, Antoine Philippon, Olivier Le Nézet, et Éric Janssen. «Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens - résultats EnCLASS 2024.» Note de l'OFDT, février 2026.

«Tobacco and Vapes Act 2026.»

FÉDÉRATION ADDICTION

Prévenir
Réduire les risques
Soigner

104, rue Oberkampf – 75011 Paris
Tél. : 01.43.43.72.38
federationaddiction.fr