



Le point sur

Tabac

Date de publication : 16 février 2026

ÉDITION NATIONALE

Les décès attribuables au tabagisme

Mise à jour des estimations pour l'année 2023

Points clés

- En 2023, en France, le tabagisme a été responsable de **plus de 68 000 décès prématurés et évitables**.
- Ce nombre représente **11 % de l'ensemble des décès enregistrés en 2023** : 16 % des décès masculins, 6 % des décès féminins.
- **Le cancer est la principale cause** des décès attribuables au tabagisme avec 57 % des décès estimés.
- Le tiers des décès d'une maladie respiratoire chronique et un décès sur dix d'une maladie cardio-neuro-vasculaire est attribuable au tabac.
- **Les Hauts-de-France, le Grand Est et la Corse** sont les régions françaises qui présentent le fardeau le plus lourd en termes de mortalité attribuable au tabagisme.

Introduction

L'estimation régulière de la mortalité attribuable au tabagisme constitue un indicateur essentiel pour mesurer son impact sur la santé des populations. Ces estimations sont particulièrement utiles pour souligner le poids du tabagisme en santé publique et encourager le renforcement des actions de prévention et des politiques de lutte contre le tabac. Elles jouent également un rôle clé pour les décideurs politiques dans l'allocation des ressources et l'orientation des programmes et des politiques de santé publique, tant en matière de mise en œuvre que d'évaluation.

Depuis 2016, Santé publique France publie régulièrement des estimations du nombre de décès attribuables au tabagisme, d'abord au niveau national [1], [2], [3] puis au niveau régional [4], en métropole comme en outre-mer.

L'objectif de cette publication est de présenter une mise à jour des estimations pour l'année 2023, dernière année de référence pour les statistiques des causes de décès. Cette actualisation inclut également une révision de la liste des pathologies imputables au tabagisme et des risques de maladies en lien avec le tabac, afin de refléter les connaissances les plus récentes sur les liens entre tabagisme et maladies.

Méthode

Estimation de la fraction attribuable

Le nombre de décès attribuables au tabagisme est estimé à partir du calcul de fractions attribuables. Ces fractions représentent la part des décès liés au tabagisme pour des pathologies pour lesquelles ce comportement est un facteur de risque, et qui auraient pu être évités si toute la population s'était abstenue de fumer. Les estimations de ces fractions à l'échelon régional sont obtenues à partir d'une méthode adaptée de celle utilisée pour les estimations nationales [2]. Cette approche combine des données de mortalité, des taux de décès par cancer du poumon, ainsi que des risques relatifs (RR) de décès associés au tabagisme.

Plus précisément, la méthode générale d'estimation des fractions [5], [6] repose sur deux étapes principales :

1. La fraction des décès par cancer du poumon attribuable au tabac est estimée directement, en tenant compte de l'âge (catégories de 5 ans) et du sexe. Elle repose sur la différence entre le nombre observé de décès par cancer du poumon dans la population générale et le nombre attendu si l'ensemble de la population était non-fumeuse. Formellement, pour chaque tranche d'âge et chaque sexe, l'estimation de cette fraction (FRA_p) se base sur la formule suivante :

$$FRA_p = \frac{N_p - D_p \cdot M}{N_p}$$

où N_p est le nombre observé de décès par cancer du poumon, $D_p \cdot M$ le nombre attendu de cancers du poumon pour une population qui serait exclusivement non-fumeuse et calculé en appliquant D_p le taux de décès par cancer du poumon chez les non-fumeurs, estimé à partir de larges cohortes [7] à l'effectif M de la population (estimation Insee).

2. Pour les autres maladies, le calcul reposera sur la formulation de Levin de la fraction attribuable [8], [9]. La formule d'origine prend en compte la proportion P de fumeurs quotidiens dans la population et RR_i le risque relatif de décès dû à la maladie i chez les fumeurs quotidiens relativement aux non-fumeurs :

$$FRA_i = \frac{P(RR_i - 1)}{1 + P(RR_i - 1)}$$

Toutefois, la proportion des fumeurs quotidiens (P) exposés au risque de maladie est ici remplacée par une estimation. Il s'agit de la proportion de fumeurs attendue \hat{P} déduite de la formule de Levin pour observer la fraction de décès par cancer du poumon attribuable au tabagisme (FRA_p) obtenue précédemment par un calcul direct (1^{re} étape). Cette prévalence théorique du tabagisme reflète l'exposition cumulée moyenne au tabagisme de l'ensemble de la population, calibrée sur l'incidence du cancer du poumon, principal marqueur de l'histoire du tabagisme dans la population. Le risque relatif RR_p de décès par cancer du poumon chez les fumeurs est estimé à partir des mêmes cohortes que celles utilisées pour estimer le taux de cancer du poumon parmi les non-fumeurs.

$$\hat{P} = \frac{FRA_p}{(1 - FRA_p)(RR_p - 1)}$$

Enfin le nombre de décès attribuables est obtenu en multipliant le nombre total de décès par la fraction attribuable correspondante de la maladie. Ce calcul est limité aux décès survenus chez les personnes âgées de 35 ans et plus, résidant en France hexagonale et ultra-marine, la contribution du tabagisme aux décès avant 35 ans étant considérée comme négligeable. Le nombre total de décès est obtenu simplement en sommant les nombres calculés dans chaque strate caractérisée par le sexe, l'âge, la région et la maladie. Les estimations sont assorties d'intervalles d'incertitude statistique à 95 % qui ont été estimés par 1 000 simulations de Monte-Carlo à partir de la distribution des taux de cancer du poumon dans la population des non-fumeurs et des *RR* de chacune des maladies associées au tabagisme.

Adaptation au contexte régional

Dans certaines régions, les effectifs annuels de décès par cancer du poumon demeurent faibles, en cohérence avec la taille restreinte de leur population. Par conséquent, la fraction de cancers du poumon attribuable au tabagisme – et, par extension, la proportion calibrée de fumeurs exposés au risque de développer cette maladie qui en découle – ne pouvait pas être estimée pour certaines tranches d'âge. Ce pouvait être notamment le cas chez les plus jeunes, chez qui aucun décès par cancer du poumon n'avait été observé. Pour d'autres régions bien que des décès aient été enregistrés, les effectifs restaient insuffisants pour fournir des estimations stables selon l'âge.

Pour pallier ces limites liées aux faibles effectifs régionaux, les données de mortalité par cancer du poumon ont été agrégées sur plusieurs années. De façon empirique, la durée de cette agrégation a été définie selon le volume de décès annuel : 3 années ont été utilisées pour les régions continentales (plus de 1 000 décès par cancer du poumon par an), 5 années pour la Corse et la Réunion (plus de 200 décès par cancer du poumon par an) et enfin 10 années pour les autres régions ultra-marines (moins d'une centaine de décès annuels par cancer du poumon en Guyane, Martinique et Guadeloupe).

Aucune estimation n'a été produite pour Mayotte. En effet, les caractéristiques sociodémographiques particulières de l'île, combinées à un très faible nombre de décès par cancer du poumon enregistrés (moins d'une dizaine de décès chaque année) rendent l'application de la méthode inappropriée. La faible mortalité par cancer du poumon observée sur ce territoire est en cohérence avec une prévalence du tabagisme historiquement faible dans la population mahoraise [10].

Enfin, des estimations de la proportion estimée de fumeurs exposés au risque de maladie pouvant présenter une variabilité importante selon les classes d'âge, un lissage de cette proportion a été appliqué à l'aide d'un modèle logistique intégrant un effet non linéaire de l'âge.

Risques relatifs de décès associés au tabagisme

Pour chacune des pathologies liées au tabagisme (tableau 1), les risques relatifs de décès des fumeurs relativement aux non-fumeurs provenaient principalement d'analyses de cohortes nord-américaines qui présentaient l'avantage d'un nombre important de participants suivis sur des périodes longues [11], [12], [13], [14]. Si certains risques relatifs choisis pour cette estimation des fractions attribuables sont communs avec ceux utilisés pour les précédentes estimations [2], on notera que pour le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques, les AVC ou la BPCO, le risque relatif a été réévalué à partir de larges cohortes plus récentes qui incluaient notamment des cohortes spécifiques de la population féminine [7]. Cela a permis de tenir compte des évolutions récentes des habitudes tabagiques dans cette population.

Tableau 1. Maladies dont le tabagisme est une cause contributive

Groupe de pathologies	
Cancers	Poumon / Voies aérodigestives supérieures / Estomac / Foie / Pancréas / Col de l'utérus / Ovaire mucineux / Côlon-rectum / Rein / Vessie / Leucémie
Maladies Cardio-vasculaires	Cardiopathies ischémiques / Maladies cérébrovasculaires / Maladies des artères / Maladies des veines / Autres cardiopathies
Maladies métaboliques	Diabète
Maladies respiratoires chroniques	BPCO / Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures / Autres maladies respiratoires chronique
Maladies respiratoires aiguës	Affections aiguës des voies respiratoires / Tuberculose

Identification des nombres de décès pour les pathologies attribuables au tabagisme

Les nombres de décès pour chaque maladie par âge, sexe et région de résidence ont été extraits des données de mortalité enregistrées dans le SNDS (Système National des Données de Santé) en identifiant la pathologie codée (CIM-10, Classification Internationale des Maladies version 10) comme étant la cause initiale du décès.

Les décès de cause inconnue ou mal spécifiée ont été redistribués, par groupe d'âge, sexe et région, selon la méthodologie du *Global Health Estimates* (GHE, Organisation Mondiale de la Santé) [15]. Les cancers dont la localisation n'est pas précisée ont été redistribués au prorata de tous les cancers de sites connus, à l'exception du foie, du pancréas, de l'ovaire et du poumon. Les décès dont la cause initiale mentionnait une insuffisance cardiaque, une arythmie ventriculaire, une athérosclérose généralisée ou une complication mal définie de maladies cardiaques ont été réattribués aux décès par cardiopathies ischémiques et/ou bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) au prorata avec des cardiomyopathies, myocardites, endocardites, et des anomalies cardiaques congénitales. De même une partie des décès mentionnant une maladie hypertensive ont été attribuée à des cardiopathies ischémiques et des accidents vasculaires cérébraux. Enfin tous les décès codés en « Symptômes, signes et affections mal définies » ont été répartis proportionnellement à l'ensemble des causes de décès non liés à des blessures ou traumatismes.

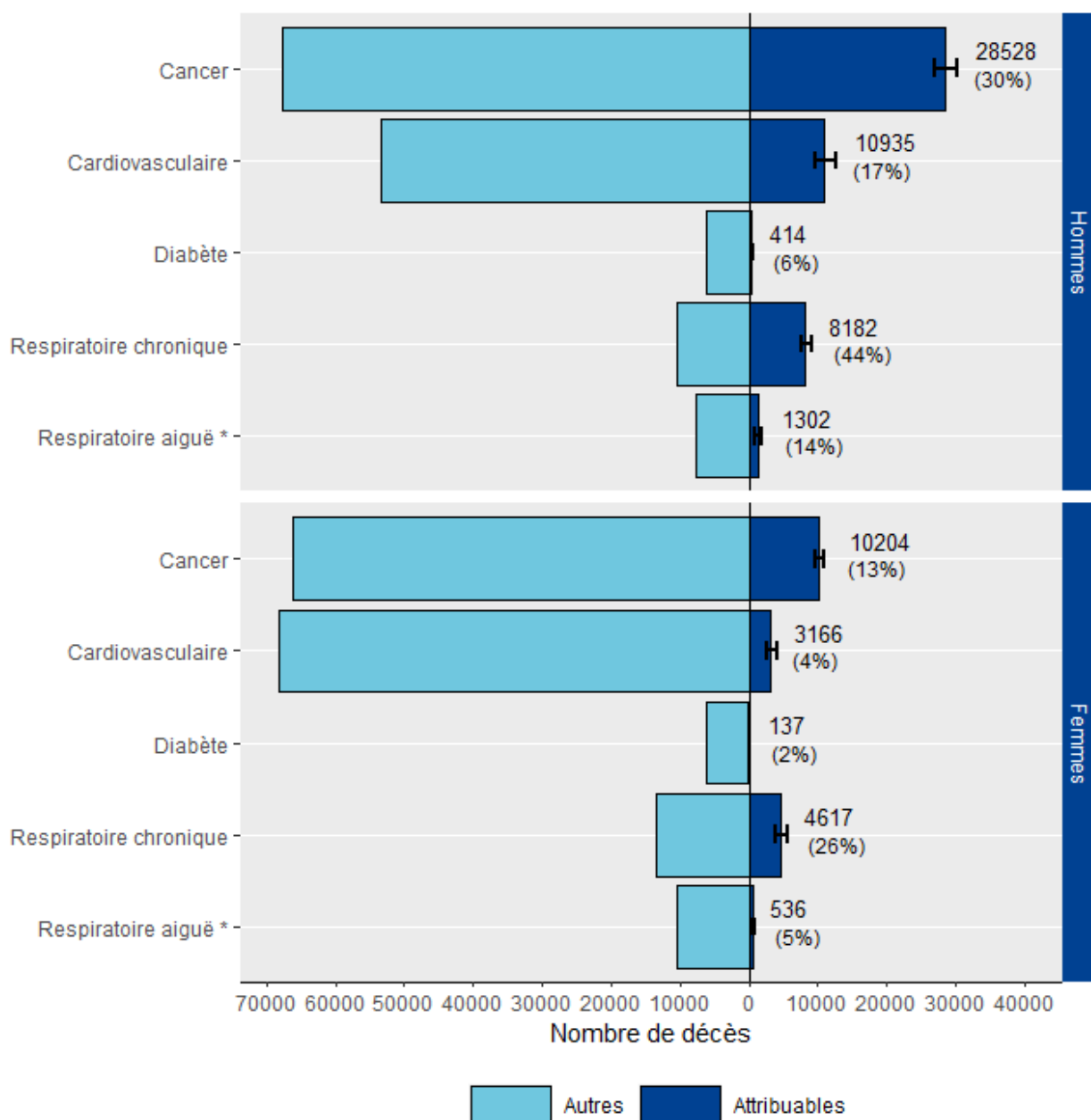
Résultats

Nombre de décès attribuables au tabagisme France entière

En 2023, le nombre estimé de décès prématurés en France attribuables au tabagisme s'élevait à 68 021 (IC₉₅ % = [64 135 – 73 503]), ce qui représentait 10,9 % (IC₉₅ % = [10,2% - 11,7 %]) du total des décès enregistrés. Le tabagisme était à l'origine de 49 361 décès chez les hommes (IC₉₅ % = [46 690 – 52 928]) soit 15,9 % (IC₉₅ % = [15,1% - 17,1 %]) de l'ensemble des décès masculins et de 18 660 décès chez les femmes (IC₉₅ % = [17 143 – 20 749]), correspondant à 5,9 % du total des décès féminins (IC₉₅ % = [5,4% – 6,6%]).

La cause du décès attribuable au tabagisme était majoritairement un cancer avec 38 732 décès (IC₉₅ % = [36 953 – 40 723]) ce qui représentait 22,4 % de tous les décès par cancers. Une pathologie cardiovasculaire était la cause de 14 101 décès attribuables au tabagisme (IC₉₅ % = [12 298 – 16 401], 10,4% de tous les décès cardiovasculaires) devant les maladies respiratoires chroniques avec 12 798 décès (IC₉₅ % = [11 697 – 14 572]) ce qui représentait cependant 35 % de l'ensemble des décès en lien avec une pathologie respiratoire chronique. En rapport avec une fraction attribuable plus faible, les affections respiratoires aiguës et le diabète étaient la cause de 1 839 (IC₉₅ % = [1 129 – 2 868], 9,2 %) et 551 (IC₉₅ % = [468 – 660], 4,3%) décès attribuables respectivement. La distribution des décès par sexe selon la cause de décès est montrée dans la figure 1, avec la part relative des décès attribuables au tabagisme sur l'ensemble des décès de chaque groupe de pathologie (effectifs après redistribution des causes de décès).

Figure 1. Nombre de décès attribuables (part des décès attribuable) au tabagisme et autres décès non attribuables au tabagisme, par grande cause de décès, France entière, 2023



* Maladies respiratoires aiguës et tuberculose

Nombre de décès attribuables au tabagisme au niveau régional

Le tableau 2 montre les estimations du nombre de décès attribuables dans les 13 régions hexagonales et 4 régions ultra-marines (hors Mayotte). Le fardeau du tabagisme dans les Antilles ou en Guyane est plus modéré que dans le reste des régions françaises avec une part de décès attribuables inférieure à 5 %. En revanche la fraction de décès attribuables au tabagisme à la Réunion se rapproche des estimations des régions hexagonales (voir Tableau 2).

Tableau 2. Nombre de décès attribuables au tabagisme par région, France, 2023

	Hommes		Femmes		Total		
	N	[IC ₉₅ %]	N	[IC ₉₅ %]	N	[IC ₉₅ %]	%
Guadeloupe	88	[78 - 101]	29	[24 - 35]	117	[104 - 135]	3,1
Martinique	106	[95 - 118]	28	[24 - 34]	134	[122 - 151]	3,6
Guyane	44	[41 - 53]	14	[12 - 17]	58	[53 - 70]	5,8
La Réunion	415	[383 - 446]	79	[70 - 93]	494	[456 - 535]	9,3
France hexagonale	48 708	[46 074 – 52 221]	18 510	[17 003 – 20 578]	67 218	[63 407 -72 616]	11,0
Ile-de-France	5 555	[5 244 – 6 001]	2 543	[2 335 – 2 818]	8 098	[7 633 – 8 796]	10,7
Centre-Val de Loire	2 034	[1 921 – 2 183]	751	[690 - 839]	2 785	[2 622 – 3 015]	10,1
Bourgogne-Franche-Comté	2 573	[2 439 – 2 754]	894	[821 - 993]	3 467	[3 274 -3 738]	9,7
Normandie	2 899	[2 738 – 3 104]	927	[853 – 1 030]	3 827	[3 610 – 4 115]	10,9
Hauts-de-France	5 478	[5 204 – 5 828]	1 467	[1 360 – 1 633]	6 946	[6 600 – 7 432]	12,3
Grand Est	4 793	[4 537 – 5 122]	1 828	[1 701 – 2 007]	6 621	[6 270 – 7 108]	12,1
Pays de la Loire	2 708	[2 550 – 2 909]	917	[834 - 1 031]	3 626	[3 403 – 3 925]	9,9
Bretagne	2 811	[2 660 – 3 010]	1 003	[926 – 1 120]	3 814	[3 606 – 4 121]	10,4
Nouvelle-Aquitaine	5 174	[4 891 – 5 545]	2 075	[1 903 – 2 302]	7 249	[6 830 – 7 828]	10,7
Occitanie	5 091	[4 815 – 5 453]	2 088	[1 914 – 2 319]	7 180	[6 761 – 7 751]	11,5
Auvergne-Rhône-Alpes	5 241	[4 947 – 5 646]	1 941	[1 769 – 2 169]	7 183	[6 744 – 7 793]	10,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 033	[3 804 – 4 328]	1 913	[1 746 – 2 131]	5 946	[5 582 – 6 438]	11,2
Corse	316	[299 - 340]	162	[151 - 178]	478	[452 - 516]	13,6

Du fait des arrondis, les estimations pour la France entière ou la France hexagonale peuvent différer de quelques unités de la somme des estimations régionales.

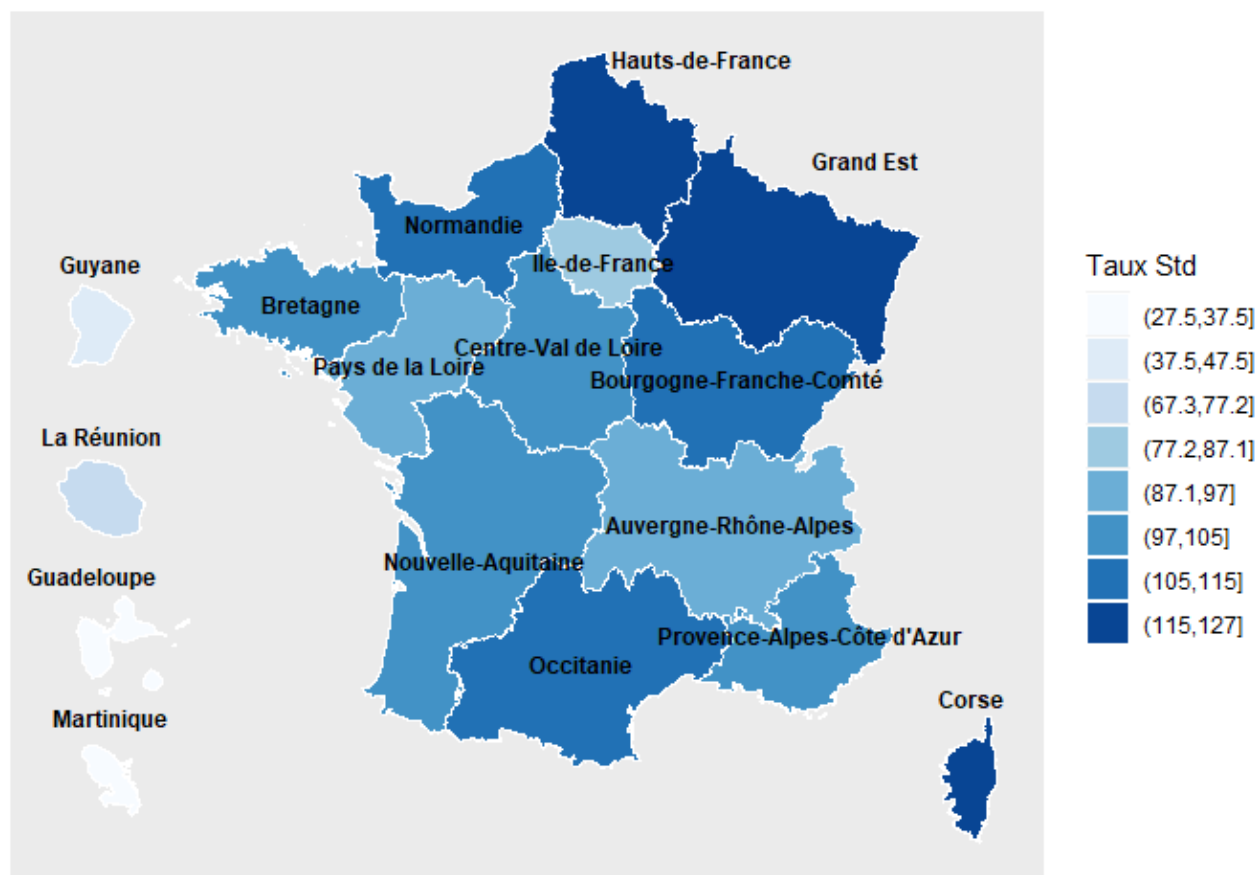
N : Nombre estimé de décès attribuables au tabagisme.

IC₉₅ % : Intervalle de confiance à 95 %.

% : Proportion des décès attribuables au tabagisme par rapport au total des décès.

La carte de la figure 2 montre les taux de décès attribuables au tabagisme après standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population française de 2023. Les régions des Hauts de France du Grand Est ainsi que la Corse sont les territoires qui présentent les taux standardisés les plus élevés avec 127 (IC₉₅ % = [120 – 136]), 117 (IC₉₅ % = [110 – 126]) et 116 (IC₉₅ % = [110 – 126]) décès attribuables au tabagisme pour 100 000 habitants respectivement. L'Île de France est la région du territoire hexagonal qui présente le taux standardisé le plus faible avec une valeur de 83,4 décès pour 100 000 habitants (IC₉₅ % = [78 – 91]). En lien avec la fraction attribuable observée à La Réunion, il s'agit du territoire ultra-marin qui montre le taux standardisé le plus élevé avec 74,3 décès pour 100 000 habitants (IC₉₅ % = [68 – 82])

Figure 2. Taux standardisés sur la population française 2023 des décès attribuables au tabagisme pour 100 000 habitants, régions françaises (hors Mayotte), 2023



Discussion

En France, en 2023, plus de 68 000 décès soit 11 % du total des décès étaient encore attribuables au tabagisme. Les trois quarts de ces décès prématurés concernaient la population masculine. Le cancer reste la principale cause des décès attribuables au tabac, pour les hommes (58 %) comme pour les femmes (55 %). Le fardeau du tabagisme est particulièrement élevé dans les Hauts-de-France, le Grand Est et la Corse qui présentent des taux standardisés de décès attribuables au tabagisme supérieurs de 40 % au taux estimé en Île de France, le plus faible des régions hexagonales.

Ces estimations présentent des valeurs en décroissance par rapport aux estimations précédentes concernant l'année 2015, avec 75 000 décès attribuables et 13 % du total des décès [2]. On notera cependant que si cette tendance est en partie liée à une diminution du fardeau du tabagisme dans la population, en lien avec l'effacement des générations (surtout masculines) ayant historiquement le plus fumé, elle est aussi due à la mise à jour des paramètres utilisés pour cette nouvelle estimation.

Les calculs pour estimer les fractions attribuables ne diffèrent pas de ceux qui ont permis de produire les estimations publiées dans le BEH ou les bulletins régionaux de santé publique sur la mortalité attribuable pour l'année 2015 [2], [4]. Il s'agit toujours d'une estimation indirecte utilisant un proxy de l'exposition, calibré sur le cancer du poumon [5], [6]. Le principal avantage de cette approche est qu'elle permet de prendre en compte indirectement le profil historique de la consommation de tabac dans la population (dynamique de la prévalence, de la quantité consommée, de la part des anciens fumeurs, etc.) qui est en lien avec les conséquences sanitaires observées récemment. En revanche,

ce choix impose que la latence entre le tabagisme et l'arrivée de la maladie soit calibrée sur celle du cancer du poumon. Si l'hypothèse est raisonnable pour les cancers, elle est sans doute plus discutable pour d'autres pathologies. De plus les taux de mortalité par cancer du poumon chez les non-fumeurs et les différents risques relatifs de décès pour une maladie en lien avec le tabagisme proviennent d'estimations issues de cohortes étrangères (Etats-Unis). Ces estimations ont été retenues car elles proviennent de très larges cohortes suivies pendant un temps très long jusque dans les années 2010 [7], qui n'ont aucune équivalence en France. En conséquence, nous avons dû faire l'hypothèse que les paramètres extrapolés de ces cohortes étaient transposables à la population française. Pour les taux de mortalité par cancer du poumon chez les non-fumeurs, cela peut se justifier car dans les pays économiquement développés, le cancer du poumon est majoritairement lié au tabagisme et marginalement causé par d'autres facteurs chez les non-fumeurs. L'extrapolation de risque relatifs sur une autre population est généralement considérée comme une hypothèse raisonnable car les risques relatifs sont plus robustes que les risques absolus d'une population à une autre, à condition que le comportement vis-à-vis du tabagisme et que la distribution des effets de confusion avec d'autres facteurs de risque ne diffèrent pas trop. Mais des études sur des cohortes aux Etats-Unis ont montré que les associations observées avec le tabagisme n'étaient que peu modifiées par l'ajustement sur un ensemble de facteurs de confusion par rapport à l'ajustement sur l'âge [13], [16].

En revanche la redistribution des maladies de cause inconnue ou mal spécifiée a été modifiée en incluant un travail supplémentaire sur les pathologies cardiovasculaires. L'idée qui sous-tend cette réallocation des causes de décès est que la cause principale du décès est en fait une conséquence d'une pathologie sous-jacente, qui peut elle-même être en lien avec le tabagisme. Par exemple des études [17], [18] ont montré qu'une part importante des insuffisances cardiaques chez l'adulte était consécutive à une cardiopathie ischémique ou à une BPCO. On notera que le traitement de ces causes de décès, souvent désignées par le terme de « *garbage codes* » (en lien avec la codification CIM-10 de la maladie), n'est pas consensuel. Nous nous sommes basés principalement sur la méthode proposée par le GHE [15], car bien adaptée à l'information disponible dans nos données de mortalité mais d'autres approches existent comme celles recommandées par le GBD (*Global Burden of Diseases*, IHME) [19]. Ces redistributions ne sont pas négligeables en termes d'effectifs et impactent l'estimation de la mortalité attribuable. Ainsi le nombre de décès attribuables pouvait varier de 66 800 si nous appliquions la même redistribution que pour nos précédentes estimations à 90 000 en appliquant la méthodologie GBD.

Une autre différence majeure par rapport aux précédentes estimations provient de la source des taux de cancer du poumon chez les non-fumeurs et des risques relatifs pour certains groupes de pathologies et notamment le cancer du poumon. Ainsi dans les estimations faites sur l'année 2015, publiées en 2019 et 2021, les taux de cancer du poumon chez les non-fumeurs et le risque relatif de décès des fumeurs étaient estimés à partir de la *Cancer Prevention Study II* (CPS-II), une large cohorte américaine créée dans les années 80 et suivie jusqu'au début des années 2000 [13], [20]. Pour cette nouvelle estimation, nous nous sommes basés sur des études agrégeant les données de 5 grandes cohortes nord-américaines plus récentes [7] incluant notamment 2 cohortes spécifiques à la population féminine (La *Women's Health Initiative* et la *Nurses' Health Study*). Le principal enseignement de cette mise à jour est que si d'une part les taux de cancer du poumon chez les non-fumeurs restaient comparables, en revanche le risque relatif de décès par cancer du poumon chez les fumeuses avait fortement augmenté pour converger vers celui des hommes avec un RR proche de 25. Cela correspond à un doublement du risque relatif de décès par cancer du poumon chez les femmes fumeuses mesuré par la CSP-II (RR = 12,5). L'étude *Million Women Study* menée au Royaume-Uni fournit une autre évaluation, dans une population européenne, du risque de mortalité associé au tabagisme avec un RR de cancer du poumon proche de celui observé dans les cohortes nord-américaines (RR = 21,4) [21]. Cette même tendance était également observée sur les cardiopathies ischémiques, les AVC ou la BPCO [7]. Cette évolution de « l'épidémie de tabagisme » chez les femmes, mesurée en comparant ces cohortes récentes avec des cohortes plus anciennes, est le reflet d'une convergence des habitudes tabagiques entre les hommes et les femmes. Comparées aux générations plus anciennes, les générations plus récentes de fumeuses ont commencé à fumer plus jeunes et les quantités consommées sont désormais proches de celle des hommes. En conséquence, chez les femmes, le risque relatif de cancer du poumon lié au tabagisme

étant plus élevé, le niveau d'exposition nécessaire pour provoquer un même nombre de cas est logiquement moindre. Cette différence explique pourquoi les estimations révisées du nombre de décès attribuables au tabac chez les femmes sont plus basses que celles publiées précédemment. Cependant, si nous appliquons la méthode mise à jour dans cette publication sur les données de l'année 2015 (restreintes à la France hexagonale), le nombre de décès attribuables chez les femmes s'élèverait à un peu plus de 15 000 – à comparer avec les 19 900 décès estimés avec les anciens paramètres [2] - contre près de 19 000 en 2023. A méthode d'estimation identique, la mortalité liée au tabagisme chez les femmes est donc toujours en hausse, en cohérence avec les précédentes publications [3]. A titre de comparaison, la même estimation pour les hommes en 2015 s'élèverait à 57 600 décès, soit un chiffre légèrement supérieur aux 55 400 décès estimés avec les anciens paramètres. Avec environ 49 300 décès en 2023, la tendance décroissante des décès attribuables pour les hommes est aussi confirmée [3]. Il était en conclusion indispensable de mettre à jour ces données pour refléter les évolutions récentes dans cette nouvelle estimation de la mortalité attribuable au tabagisme.

La mortalité attribuable au tabac observée aujourd'hui est la conséquence d'habitudes tabagiques prises dans leur jeunesse par des générations d'hommes et de femmes qui atteignent l'âge où les maladies causées par le tabagisme ont une incidence élevée. Le tabagisme réduit considérablement l'espérance de vie avec une dizaine d'années d'espérance de vie perdues par les fumeurs, hommes ou femmes [21], [22]. Ces nouveaux chiffres estimés de la mortalité attribuable au tabac confirment une nouvelle fois que le tabagisme reste en France une cause majeure de mortalité prématurée et évitable. Du fait de la latence entre la consommation de tabac et l'apparition des maladies, ces effets délétères en termes de mortalité laisseront leur empreinte pendant encore longtemps, d'autant que la prévalence du tabagisme reste élevée dans notre pays. Il est donc essentiel de mettre en œuvre tous les moyens pour atteindre l'objectif d'une génération sans tabac et poursuivre les efforts entrepris dans le cadre du Programme national de lutte contre le tabac, dont la troisième édition s'achèvera en 2027.

Références

- [1] C. Bonaldi *et al.*, « Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013 », *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, vol. 30-31, p. 528-540, 2016
- [2] C. Bonaldi, M. Boussac-Zarebska, et V. Nguyen-Thanh, « Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015 », *BEH*, n° 15, p. 278-284, 2019
- [3] V. Olié *et al.*, « Changes in tobacco-related morbidity and mortality in French women: worrying trends. », *Eur J Public Health*, vol. 30, n° 2, p. 380-385, 2020
- [4] « Bulletin de santé publique -TABAC », 2019, Santé Publique, Saint Maurice, France
- [5] R. Peto, J. Boreham, A. Lopez, M. Thun, et C. Heath, « Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics », *The Lancet*, p. 1268-1278, 1992
- [6] D. M. Parkin, « 2. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. », *Br J Cancer*, vol. 105 Suppl, n° S2, p. S6-S13, 2011
- [7] M. J. Thun *et al.*, « 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 4, p. 351-364, 2013
- [8] M. L. Levin, « The occurrence of lung cancer in man. », *Acta Unio Int Contra Cancrum*, vol. 9, n° 3, p. 531-41, 1953
- [9] B. Rockhill, B. Newman, et C. Weinberg, « Commentary Use and Misuse of Population Attributable Fractions », *Am J Public Health*, vol. 88, p. 15-19, 1998
- [10] R. Andler, M. Ruello, J.-B. Richard, R. Guignard, G. Quatremère, et V. Nguyen-Than, « Consommation de substances psychoactives à Mayotte. Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maore 2019 », *Etudes et enquêtes*, p. 1-10, 2022
- [11] M. Ezzati, S. J. Henley, A. D. Lopez, et M. J. Thun, « Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. », *International journal of cancer. Journal international du cancer*, vol. 116, n° 6, p. 963-71, 2005
- [12] S. J. Jordan, D. C. Whiteman, D. M. Purdie, A. C. Green, et P. M. Webb, « Does smoking increase risk of ovarian cancer? A systematic review. », *Gynecol Oncol*, vol. 103, n° 3, p. 1122-9, 2006
- [13] M. J. Thun, L. F. Apicella, et S. J. Henley, « Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. », *JAMA : the journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 6, p. 706-712, 2000
- [14] G. Danaei *et al.*, « The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors », *PLoS Med*, vol. 6, n° 4, p. e1000058, 2009
- [15] B. Cao, G.A. Stevens, J. Ho, D. Ma Fat, « WHO methods and data sources for country-level causes of death », *World Health organisation*, 2020
- [16] M. Malarcher *et al.*, « Methodological issues in estimating smoking-attributable mortality in the United States. », *Am J Epidemiol*, vol. 152, n° 6, p. 573-84, 2000
- [17] R. M. Ahern, R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman, E. Gakidou, et C. J. L. Murray, « Improving the public health utility of global cardiovascular mortality data: The rise of ischemic heart disease », *Popul Health Metr*, vol. 9, n° 1, p. 1-11, 2011
- [18] G. A. Stevens, G. King, et K. Shibuya, « Deaths from heart failure: Using coarsened exact matching to correct cause-of-death statistics », *Popul Health Metr*, vol. 8, n° 1, p. 1-9, 2010
- [19] L. Monasta *et al.*, « Redistribution of garbage codes to underlying causes of death: a systematic analysis on Italy and a comparison with most populous Western European countries based on the Global Burden of Disease Study 2019 », *Eur J Public Health*, vol. 32, n° 3, p. 456-462, 2022

[20] M. J. Thun, S. J. Henley, D. Burns, A. Jemal, T. G. Shanks, et E. E. Calle, « Lung cancer death rates in lifelong nonsmokers », *J Natl Cancer Inst*, vol. 98, n° 10, p. 691-699, 2006

[21] K. Pirie, R. Peto, G. K. Reeves, J. Green, et V. Beral, « The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK », *The Lancet*, vol. 381, n° 9861, p. 133-141, 2013

[22] P. Jha et R. Peto, « Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco », *New England Journal of Medicine*, vol. 370, n° 1, p. 60-68, 2014

Auteurs

Christophe Bonaldi¹, Clémence Grave², Delphine Serra³, Agnès Rogel⁴, Romain Guignard⁵,
Viêt Nguyen-Thanh⁵

1. Santé publique France, DATA unité d'Appui pour les Méthodes, les ETudes et les Investigation dans le domaine de la Surveillance (AMETIS)

2. Santé publique France, DMNTT unité Cardio-neuro-vasculaire et métabolisme (Carmen)

3. Santé publique France, DATA unité Applications, Blg data, Surveillance Syndromique (ABISS)

4. Santé publique France, DMNTT unité Cancer

5. Santé publique France, DPPS unité Addictions

Pour nous citer : Bonaldi C., Grave C., Serra D., Rogel A., Guignard R., Nguyen-Thanh V. Les décès attribuables au tabagisme. Mise à jour des estimations année 2023. Le point sur, février 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 16 février 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr