



Les coûts du tabagisme au Canada, 2012.

Faits saillants

Aperçu

- Les coûts du tabagisme totalisaient 16,2 G\$, les coûts indirects et les coûts directs des soins de santé s'élevant respectivement à 9,5 et 6,5 G\$, et les autres coûts directs représentant le reste de ce total.
- Dans l'ensemble, on estime à 45 464 le nombre de décès attribuables à la cigarette au Canada en 2012, ce qui se traduit par 599 390 années potentielles de vie perdues du fait d'un décès prématuré.
- Les analyses présentées dans ce rapport actualisé portent principalement sur la mortalité, la morbidité et les coûts directs des soins de santé associés à l'usage de la cigarette, mais non à la consommation de cigares, de tabac sans fumée et de tabac à pipe ou à toute autre forme de consommation de tabac. Les autres coûts, notamment ceux liés aux dommages causés par le feu, à l'application de la loi, à la recherche et à la prévention, concernent tous les produits du tabac.

Resume des coûts du tabagisme en 2012

Le tabagisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité évitables dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il tue chaque année plus de cinq millions de personnes¹. Le rapport *Les coûts du tabagisme au Canada, 2012* fait le point sur la mortalité et les coûts liés au tabagisme au Canada, de même que dans les provinces et les territoires, en se fondant sur des renseignements de référence et des données à jour de 2012.

Les analyses présentées dans ce rapport actualisé portent principalement sur la mortalité, la morbidité et les coûts directs des soins de santé associés à l'usage de la cigarette, mais non à la consommation de cigares, de tabac sans fumée et de tabac à pipe ou à toute autre forme de consommation de tabac. Les autres coûts, notamment ceux liés aux dommages causés par le feu, à l'application de la loi, à la recherche et à la prévention, concernent tous les produits du tabac. Ces conclusions s'ajouteront aux données factuelles sous-tendant l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac au Canada.

On estime à 45 464 le nombre de décès attribuables à la cigarette au Canada en 2012; environ la moitié de ces décès (51,8 %) sont survenus dans les dernières années de vie (75 ans et plus) et plus des trois quarts (77,6 %), parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus. On a dénombré 26 610 décès chez les hommes (soit 58,5 % des décès attribuables à la cigarette) et 18 853 chez les femmes (soit 41,5 %). Cette mortalité représente environ 18,4 % de tous les décès au Canada², soit près d'un décès sur cinq en 2012. Autrement dit, environ 125 personnes sont

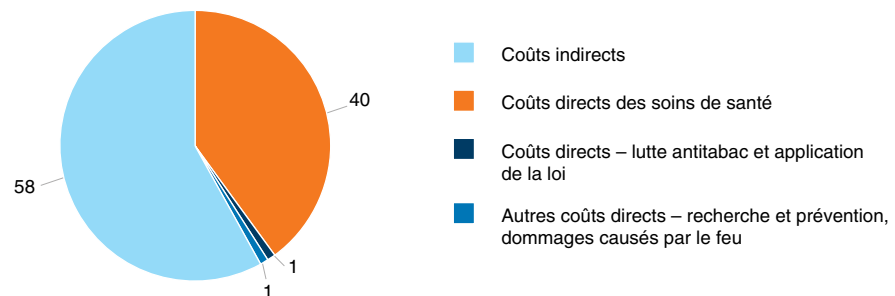
1 Organisation mondiale de la Santé, *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme*.

2 Statistique Canada, tableau CANSIM 102-0522.

mortes au Canada chaque jour à cause de la cigarette – c’est plus que la somme des décès dus à des collisions sur la route, à d’autres causes externes de blessures accidentelles, à des lésions auto-infligées et à des voies de fait³. La mortalité attribuable à la cigarette s’est traduite, en 2012, par près de 600 000 années potentielles de vie perdues du fait, essentiellement, de tumeurs malignes, de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires.

Les coûts du tabagisme ont totalisé 16,2 G\$, les coûts indirects représentant plus de la moitié des coûts totaux (58,5 %) et les coûts directs, le reste de ce total (41,5 %). Les coûts des soins de santé constituaient la principale composante des coûts directs associés à la cigarette, s’établissant à environ 6,5 G\$ en 2012. (Voir le graphique 1 et le tableau 1.) Ces coûts comprennent ceux liés aux médicaments sur ordonnance (1,7 G\$), aux soins médicaux (1,0 G\$) et aux soins hospitaliers (3,8 G\$). S’ajoutent à cela 122,0 M\$ consacrés par le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales à la lutte antitabac et à l’application de la loi.

Graphique 1
Coûts attribués au tabagisme, par catégorie de coûts,
Canada, 2012
(en %)



Source : Le Conference Board du Canada.

3 Statistique Canada, tableau CANSIM 102-0540; Transports Canada, *Statistiques sur les collisions de la route au Canada*.

Tableau 1

Résumé des coûts directs et indirects au Canada, 2012

(en M\$)

Catégorie	2012	2002
Coûts directs des soins de santé	6 533,6	4 360,2
Soins hospitaliers	3 843,9	2 551,2
Médicaments sur ordonnance	1 659,4	1 360,5
Soins médicaux	1 030,3	448,5
Coûts directs – lutte antitabac et application de la loi	122,0	–
Lutte antitabac	84,4	–
Application de la loi	37,6	–
Coûts directs – recherche et prévention	10,7	78,1
Coûts directs – dommages causés par le feu	74,4	86,5
Autres coûts directs	–	0,5
Coûts indirects : pertes de production	9 485,1	12 471,8
Invalidité de courte durée	181,8	61,5
Invalidité de longue durée	6 844,8	10 536,8
Mortalité prématurée	2 458,6	1 873,5
Total des coûts	16 225,8	16 997,1

Source : Le Conference Board du Canada.

Nous avons estimé également les coûts indirects associés à la cigarette, qui reflètent les pertes de production (c.-à-d. le manque à gagner) dues à la morbidité et aux décès prématurés attribuables à la cigarette. Ces pertes de production se sont élevées au total à 9,5 G\$, dont près de 2,5 G\$ résultent de décès prématurés et 7,0 G\$, d'une invalidité de courte ou de longue durée.

Évolution des études sur l'estimation des coûts au Canada

La première étude exhaustive des coûts liés à l'abus de substances (y compris le tabac) a été publiée en 1996 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en collaboration avec plusieurs organismes fédéraux et provinciaux. Les auteurs estimaient

Ce rapport fait le point sur la mortalité et les coûts liés à la cigarette au Canada d'après des renseignements de référence et des données de 2012.

alors à 9,5 G\$ les coûts du tabagisme au Canada pour l'année 1992⁴. Dans un rapport actualisé paru en 2006, les coûts estimés du tabagisme dans notre pays s'élevaient à 17 G\$ pour l'année 2002⁵.

Pourquoi avons-nous besoin d'une nouvelle étude des coûts?

Le rapport de 2006 présentait la dernière estimation – et la plus complète – des coûts du tabagisme au Canada. Dix années se sont donc écoulées depuis la parution de ce rapport, et durant cet intervalle, de nouveaux résultats de recherche et de nouvelles preuves scientifiques sur les effets de la cigarette ont été publiés. Par exemple, le chef des services de santé aux États-Unis (United States Surgeon General (USSG) a, dans un rapport de 2014 intitulé *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress*, rendu accessibles ses estimations actualisées du risque relatif (RR) de maladies attribuables à la cigarette et établi un lien de cause à effet entre l'usage de la cigarette et cinq autres maladies : la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le diabète sucré, la tuberculose, le cancer du foie et le cancer colorectal⁶. Ces maladies s'ajoutent aux 23 problèmes de santé déjà associés à la cigarette selon l'USSG et couverts dans le rapport de 2006.

Les coûts du tabagisme au Canada, 2012 fait le point sur la mortalité et les coûts liés à la cigarette au Canada, de même que dans les provinces et les territoires, en se fondant sur des renseignements de référence et des données à jour de 2012. Afin d'établir la mortalité attribuable à la cigarette (MAC), on a calculé la fraction attribuable à la cigarette et le nombre global de décès pour chaque maladie, selon le groupe d'âge et le sexe. Ce rapport actualisé donne un aperçu du nombre de morts ainsi que des coûts économiques directs et indirects engendrés par la cigarette.

4 Single et coll., *Les coûts de l'abus de substances au Canada*.

5 Rehm et coll., *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*.

6 U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking*.

Prudence dans la comparaison des études

Bien que le présent rapport et celui de 2006 tendent tous deux à quantifier l'incidence de la cigarette, il n'est pas toujours possible d'en soumettre les résultats à des comparaisons directes. Le présent rapport est fondé sur des estimations actualisées du RR regroupées selon différents groupes d'âge, ce qui ne permet pas une comparaison directe de la MAC. L'augmentation des coûts directs des soins de santé est due en partie à l'adoption de nouvelles procédures pour la fourniture des soins médicaux et aux coûts qu'elles ont entraînés, mais on ne peut quantifier exactement l'ampleur de l'incidence qu'ont eue ces changements. Enfin, la méthode employée pour estimer les coûts indirects diffère d'un rapport à l'autre, si bien qu'il est impossible de comparer directement les coûts.

Estimation des coûts du tabagisme

Les composantes des coûts retenues aux fins du présent rapport sont les suivantes : les soins de santé (soins hospitaliers, coûts des médicaments sur ordonnance et soins médicaux), la lutte antitabac et l'application de la loi, la recherche et la prévention, les dommages causés par le feu et les coûts indirects (engendrés par une invalidité de courte ou de longue durée ou un décès prématuré).

Coûts des soins de santé

Les coûts directs des soins de santé équivalent à la somme des dépenses privées et publiques occasionnées par le traitement des maladies attribuables à la cigarette. En 2012 au Canada, on estimait les coûts directs des soins de santé imputables à la cigarette à plus de 6,5 G\$ au total. Ces coûts ont été répartis dans trois catégories, les coûts des soins hospitaliers représentant la plus grosse part, soit 3,8 G\$, suivis des coûts des médicaments sur ordonnance (1,7 G\$) et des coûts des soins médicaux (1,0 G\$).

Afin d'estimer les coûts des soins de santé attribuables à la cigarette, on s'est servi, aux fins de notre étude, d'une approche épidémiologique

Les dépenses
totales liées
aux activités de
lutte contre le
tabagisme et
d'application de
la loi au Canada
s'élevaient à
122,0 M\$ en 2012.

fondée sur la prévalence⁷. La fraction attribuable à la cigarette (c.-à-d. la proportion de la maladie que l'on peut imputer à la cigarette) a été multipliée par les dépenses nationales de santé, ce qui a permis d'établir les coûts des soins de santé attribuables à la cigarette par maladie.

Les dépenses nationales de santé par maladie sont tirées des données du rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008* (FEMC 2005-2008) de l'Agence de la santé publique du Canada⁸. Le FEMC 2005-2008 est une source globale de données sur le coût de la maladie qui fournit une ventilation du fardeau de la maladie et des blessures en fonction du type de coûts, de la catégorie de diagnostics, du groupe d'âge et du sexe, et de la province ou du territoire. Ce rapport est la seule source globale de données sur le coût de la maladie au Canada qui fournit des renseignements comparables sur le coût de toutes les principales maladies, y compris celles qui sont directement liées à la cigarette.

Coûts liés à la lutte antitabac et à l'application de la loi

Les coûts directs de la lutte contre le tabagisme sont ceux normalement associés à l'élaboration et à l'exécution des politiques et des programmes de lutte antitabac aux échelons fédéral, provincial et territorial. Quant aux coûts liés à l'application de la loi, ils renvoient aux dépenses associées au maintien de l'ordre, aux frais de justice et aux services correctionnels, y compris les coûts engagés pour lutter contre la contrebande de tabac.

Selon les estimations, les dépenses totales liées aux activités fédérales, provinciales et territoriales de lutte contre le tabagisme et d'application de la loi au Canada s'élevaient à 122,0 M\$ en 2012. On estimait à 84,4 M\$ le financement de base octroyé aux programmes de lutte antitabac par le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales (soit 69,2 % des coûts totaux liés à la lutte antitabac et à l'application de la loi), et à 37,6 M\$ les dépenses consacrées à l'application de la loi.

7 Single et coll., *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*; Organisation mondiale de la Santé, *Economics of Tobacco Toolkit*.

8 Agence de la santé publique du Canada, *Le fardeau économique de la maladie au Canada*.

Coûts liés à la recherche, à la prévention et aux dommages causés par le feu

Outre les dépenses de programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux pour la lutte antitabac, les coûts directs comprennent également ceux liés à la recherche et à la prévention, que l'on estimait à 10,7 M\$ en 2012, de même que les coûts des dommages causés par le feu, estimés à 74,4 M\$.

Coûts indirects

Les coûts indirects correspondent à la valeur de la production perdue lorsqu'une personne est incapable de travailler en raison d'une invalidité de courte ou de longue durée ou de son décès prématuré. Dans le présent rapport, on se sert de la méthode du capital humain pour estimer la valeur du manque à gagner (ou de la production perdue) tout au long de la durée de vie d'une personne qui n'est plus capable de travailler, en supposant que la perte de revenu est une perte permanente pour l'économie⁹. Le rapport de 2006 reposait sur une « méthode hybride » qui combinait la méthode du capital humain avec celle des coûts de friction¹⁰. Par conséquent, il est impossible de comparer les estimations des coûts indirects entre ces deux rapports.

Le total des coûts indirects imputables à la cigarette, en 2012, s'élevait à 9,5 G\$. De ce total, 2,5 G\$ découlaient de la mortalité prématurée et 7 G\$, de l'invalidité de courte et de longue durée.

Coûts du tabagisme par province et territoire

Le tableau 2 présente une ventilation des décès dus à la cigarette, des années potentielles de vie perdues (APVP), des coûts directs et des coûts indirects par province et territoire. Comme on pouvait s'y attendre, compte tenu de la taille de la population, c'est en Ontario et au Québec qu'on observe la plus forte MAC, le plus grand nombre d'APVP ainsi que les coûts directs et indirects les plus élevés.

9 Koopmanschap et Rutten, « A Practical Guide for Calculating Indirect Costs of Disease ».

10 Rehm et coll., *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*.

Tableau 2

Fardeau du tabagisme, par province/territoire, 2012

(en M\$)

	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sasl.	Yn/T.N.-O./Nt	Canada
MAC* (nombre de décès)	3 848	5 295	1 680	1 206	985	1 772	15 970	254	12 897	1 479	136	45 464
APVP* (années)	51 563	66 923	21 693	15 897	12 977	23 024	208 665	4 076	175 301	17 570	2 245	599 390
Coûts directs**	617,2	733,4	239,5	188,5	135,4	240,8	2 256,4	29,0	1 874,6	200,1	18,8	6 533,6
Coûts indirects – Mortalité prématurée***	315,5	231,3	97,2	56,8	53,2	81,1	883,5	10,5	642,1	77,3	10,2	2 458,6
Coûts directs et liés à la mortalité	932,6	964,7	336,7	245,3	188,6	321,9	3 139,9	39,6	2 516,6	277,4	28,9	8 992,2

*La somme des provinces ne correspond pas au total canadien, car la prévalence pondérée de l'usage de la cigarette a été arrondie dans le calcul de la MAC et des APVP pour chaque région géographique.

**Ne reflètent pas les coûts des activités de compétence fédérale comme la recherche et la prévention, la lutte antitabac et l'application de la loi.

***Ne reflètent pas les coûts dus à l'invalidité de courte et de longue durée.

Source : Le Conference Board du Canada.

Que nous apprennent les résultats au sujet du fardeau de la cigarette sur le système de santé au Canada?

Les coûts imputables au tabac totalisaient au Canada 16,2 G\$ en 2012. Derrière ce chiffre se cachent plus de 45 000 décès de Canadiens attribuables à la cigarette en 2012, et ces décès prématurés se sont traduits par près de 600 000 APVP. En ce qui concerne les résultats épidémiologiques, le nombre de décès causés par la cigarette est passé de 37 209 en 2002 à 45 464 en 2012 (soit une augmentation de 22,2 %) et celui des APVP, de 515 607 en 2002 à 599 390 en 2012 (soit un bond de 16,2 %).

Divers facteurs sont à l'origine de ces hausses. Premièrement, les données factuelles sur les effets de la cigarette ont évolué au cours dix dernières années, résultant en une MAC plus élevée et en un plus grand nombre d'APVP. En effet, le rapport de 2006 tenait compte de 23 problèmes de santé découlant de l'usage de la cigarette, tandis que dans le présent rapport, cinq autres problèmes ont été ajoutés à ce total : la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le diabète sucré, la tuberculose, le cancer du foie et le cancer colorectal. Deuxièmement, les taux d'utilisation de la cigarette et la consommation quotidienne de cigarettes étaient plus élevés il y a 30 à 50 ans, et comme les jeunes fumeurs de cette période ont vieilli, des maladies chroniques liées

Même si des progrès considérables ont été réalisés au chapitre de la lutte antitabac partout au pays, des millions de Canadiens continuent de fumer.

à leur usage du tabac commencent à se manifester. Par exemple, le RR de cancer du poumon et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), et la MAC qui y est associée, étaient plus élevés chez les personnes âgées de 65 ans et plus que dans d'autres groupes d'âge. S'il est vrai qu'un fumeur souffre rarement d'un cancer du poumon dans la vingtaine, il devient cependant plus vulnérable aux problèmes de santé liés au tabagisme à mesure qu'il vieillit, ce qui accroît la MAC.

L'augmentation du nombre d'APVP pourrait aussi s'expliquer par le fait que l'espérance de vie moyenne s'est accrue au Canada : elle était de 81,2 ans en 2012 contre 79,6 ans en 2002. À supposer que l'âge moyen au moment du décès attribuable à la cigarette reste le même, cette hausse de l'espérance de vie signifie que le nombre d'APVP augmente aussi. De plus, comme la MAC était plus élevée au Canada en 2012, elle s'est traduite par un plus grand nombre de décès, ce qui a poussé à la hausse les APVP.

Qu'implique cette étude pour l'avenir?

Même si des progrès considérables ont été réalisés au chapitre de la lutte antitabac partout au pays, des millions de Canadiens continuent de fumer. Selon les tout derniers résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), plus de 3,9 millions de Canadiens étaient des fumeurs actuels en 2015; 2,8 millions d'entre eux déclaraient fumer quotidiennement. Les jeunes continuent de faire l'expérience du tabac – près d'un jeune sur cinq de la sixième à la douzième année (de la 6^{ème} année au secondaire V) avait essayé de fumer la cigarette en 2014-2015¹¹.

Même si le nombre de fumeurs au Canada est en constante régression, la MAC et les coûts directs des soins de santé étaient plus élevés en 2012 qu'ils ne l'étaient dix ans auparavant. L'évolution démographique devrait jouer un rôle déterminant à l'avenir : en raison du vieillissement rapide de la population canadienne, il est probable que la MAC continue d'augmenter, car cet indicateur est fondé essentiellement sur les personnes qui ont commencé à fumer de 30 à 50 ans plus tôt.

11 Gouvernement du Canada, *Résumé des résultats*.

Même si ces personnes ont cessé de fumer des dizaines d'années auparavant, elles peuvent finir par ressentir les effets persistants de l'usage de la cigarette sur certains problèmes de santé lorsqu'elles atteignent les tranches d'âge supérieures. De plus, si on découvre un lien de cause à effet entre la cigarette et d'autres maladies, les coûts attribuables à la cigarette sont susceptibles d'augmenter.

Les recherches et les données factuelles sur les effets de la cigarette sur la santé ont évolué depuis les dernières estimations de la MAC au Canada, publiées il y a plus de dix ans. Comprendre les tendances canadiennes est essentiel pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies, de politiques et de programmes efficaces au niveau national, provincial et territorial. La présente étude propose une estimation à jour du fardeau de la maladie qui pourrait être évité par la prévention et le renoncement à la cigarette. Ses conclusions contribueront à enrichir les données factuelles jugées pertinentes pour l'élaboration et l'exécution de politiques et de programmes antitabac dans le contexte d'une stratégie renouvelée de lutte contre le tabagisme à la grandeur du Canada.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier sincèrement MM. Alan Diener et Sameer Rajbhandary, de l'Agence de la santé publique du Canada, d'avoir fourni au Conference Board du Canada, sans frais supplémentaires, une ventilation des coûts des soins de santé en 2008 d'après *Le fardeau économique de la maladie au Canada*. Nous vous remercions de votre patience, de votre temps et de vos efforts. Nous sommes reconnaissants également envers Jenny Santos pour son aide à la recherche. Enfin, nous souhaitons exprimer notre gratitude à Erin Rutherford et à John Stevenson, de la Direction de la lutte au tabagisme à Santé Canada, pour leurs conseils et la grande attention portée à leurs observations et à leur lecture du rapport.

Les résultats et les conclusions présentés dans ce rapport sont ceux du Conference Board du Canada, et non des bailleurs de fonds ou des examinateurs. Toute erreur, toute omission factuelle ou tout problème d'interprétation, le cas échéant, relève entièrement de la responsabilité du Conference Board du Canada.

ANNEXE A

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc/2005-2008/assets/pdf/ebic-femc-2005-2008-fra.pdf> (consulté en mars 2017).

Gouvernement du Canada. *Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2014-2015*. www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/sommaire-2014-2015.html (consulté le 6 février 2017).

Koopmanschap, M. A., et F. F. Rutten. « A Practical Guide for Calculating Indirect Costs of Disease », *Pharmacoeconomics*, vol. 10, n° 5 (novembre 1996), p. 460-466.

Organisation mondiale de la Santé. *Economics of Tobacco Toolkit: Assessment of the Economic Costs of Smoking*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Organisation mondiale de la Santé. *Tabagisme*. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/ (consulté en novembre 2016).

Organisation mondiale de la Santé. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, S. Popova, A. Sarnocinska-Hart et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.

Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, S. Popova, A. Sarnocinska-Hart et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : Points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.

Single, E., D. Collins, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, P. Kopp et E. Wilson. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse: Second Edition*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm. *Les coûts de l'abus de substances au Canada : une étude sur l'estimation des coûts*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996.

Statistique Canada. Tableau CANSIM 102-0522, *Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires*. www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&id=1020552&retrLang=fra (consulté en mars 2017).

Statistique Canada. Tableau CANSIM 102-0540, *Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada*. www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=1020540&retrLang=fra (consulté en mars 2017).

Transports Canada. *Statistiques sur les collisions de la route au Canada*, Ottawa, Transports Canada, 2012. www.tc.gc.ca/media/documents/securiteroutiere/scrc2012_fra.pdf (consulté le 9 mars 2017).

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress—A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.



Le Conference Board du Canada

Ce que nous sommes :

- l'organisme de recherche appliquée indépendant et sans but lucratif le plus en vue du Canada;
- un organisme objectif et non partisan, qui ne défend pas d'intérêts particuliers;
- un organisme qui s'autofinance en vendant ses services aux secteurs public et privé;
- des experts de l'organisation de conférences, mais aussi des spécialistes reconnus pour la qualité de nos recherches, de nos publications et de nos méthodes de diffusion;
- un pôle d'attraction qui facilite le réseautage parmi les gens d'affaires et nos autres clients du secteur public et d'ailleurs, et qui soutient le perfectionnement des compétences en leadership et le renforcement des capacités organisationnelles;
- des spécialistes des analyses et prévisions économiques ainsi que du rendement organisationnel et de la politique gouvernementale;
- un organisme entièrement privé, mais souvent engagé pour offrir ses services aux différents ordres de gouvernement;
- un organisme affilié, bien qu'indépendant, au Conference Board établi aux États-Unis, qui dessert près de 2 000 entreprises réparties dans 60 pays et possède des bureaux à Bruxelles et à Hong Kong.

Crédibilité. Pertinence. Leadership.

Les coûts du tabagisme au Canada, 2012

Alexandru Dobrescu, Abhi Bhandari, Greg Sutherland et Thy Dinh

Ce document a été préparé par le Conference Board du Canada pour Santé Canada.

Pour citer cette note de recherche : Dobrescu, Alexandru, Abhi Bhandari, Greg Sutherland et Thy Dinh. *Les coûts du tabagisme au Canada, 2012*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2017.

©2017 Le Conference Board du Canada*

Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028 | *Constitué sous la raison sociale d'AERIC Inc.

Ce document est disponible sur demande dans un format accessible aux personnes ayant une déficience visuelle.

Agent d'accessibilité, Le Conference Board du Canada

Tél. : 613-526-3280 ou 1-866-711-2262 Courriel : accessibility@conferenceboard.ca

MD Le Conference Board du Canada et le logo de la torche sont des marques déposées du Conference Board, Inc. Nos prévisions et travaux de recherche reposent souvent sur de nombreuses hypothèses et différentes sources de données. Ils présentent donc des risques et des incertitudes inhérents à ce genre de travail et ne doivent pas être perçus comme des sources de conseils spécifiques en matière de placements, de comptabilité, de droit ou de fiscalité. Les résultats et les conclusions présentés dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les vues des évaluateurs externes, des conseillers ou des investisseurs. Toute erreur ou omission de faits ou d'interprétation, le cas échéant, relève entièrement de la responsabilité du Conference Board du Canada.



Le Conference Board
du Canada

255, chemin Smyth, Ottawa (Ontario)

K1H 8M7 Canada

Tél. 613-526-3280

Télé. 613-526-4857

Ligne info 1-866-711-2262

conferenceboard.ca

