

Commentaire

Est-il encore possible de faire chuter le taux de tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035 ?

Les Hagen, M.S.M. (1,2); Robert Schwartz, Ph. D. (3,4)

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

Cinq années de luttes et de revers

Cette année marque le cinquième anniversaire du sommet canadien « Tobacco Endgame » (« fin de partie pour le tabac »). Le 30 septembre 2016, des dizaines de chercheurs, de chefs de file, de défenseurs et de décideurs de l'ensemble du pays se sont réunis à l'Université Queen's à Kingston pour débattre pendant deux jours sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada¹. Le sommet avait pour objectif ambitieux de repenser et de relancer la lutte contre le tabagisme au Canada et de préparer le terrain pour des réductions accélérées et substantielles de la consommation de tabac, d'où l'expression « fin de partie pour le tabac ». L'un des principaux résultats du sommet a été de proposer un nouvel objectif national : faire chuter le taux de tabagisme au Canada à moins de 5 % d'ici 2035¹ (« moins de 5 % d'ici 2035 »).

Cet objectif a été rapidement adopté par Santé Canada à la suite d'un forum national organisé par la ministre de la Santé Jane Philpott à Ottawa en mars 2017². Lors du forum, la ministre a lancé un appel en faveur de mesures fortes et immédiates visant à accélérer la réduction du taux de tabagisme au Canada. Santé Canada avait déjà publié un document d'orientation ambitieux, intitulé *Saisir l'occasion : l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada*³, qui proposait un certain nombre de mesures pour réaliser cette fin de partie pour le tabac. La lutte contre le tabagisme semblait lancée sur une nouvelle voie, grâce à un meilleur focus, un objectif unanimement accepté et

une forte détermination. L'atteinte de cet objectif paraissait à portée de main.

Cinq ans plus tard, le Canada lutte toujours contre le tabagisme à petits pas, de manière inconstante et réactive, sans plan cohérent pour réduire la consommation de tabac ou pour atteindre « moins de 5 % d'ici 2035 », et avec un appui limité de la part des gouvernements infranationaux et des intervenants non gouvernementaux. Il n'y a pas d'étapes prévues, de valeurs de référence ou de plans nationaux tangibles en dehors des documents d'orientation optimistes. Le gouvernement fédéral n'a jamais présenté de plan opérationnel pour réaliser l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 », et une seule province (le Nouveau-Brunswick) aurait adopté cet objectif⁴. Les territoires auraient probablement du mal à atteindre cet objectif en raison de leurs taux élevés de tabagisme, qui sont bien supérieurs à la moyenne nationale. Bien que des progrès aient été réalisés pour interdire les produits du tabac aromatisés, imposer des emballages neutres et rétablir les subventions et contributions fédérales, l'appel de la ministre Philpott est resté largement lettre morte. Les gouvernements provinciaux n'ont pas fait grand-chose pour combler l'écart, à quelques exceptions près comme les lois qui fixent l'âge minimal à 21 ans en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard et les réformes du commerce de détail au Québec. De plus, la légalisation des produits de vapotage à la nicotine et du cannabis et la pandémie de COVID-19 qui a suivi sont venues retarder et complexifier la prise de mesures concrètes permettant de gagner la fin de partie contre le tabac.

La lutte contre le tabagisme a subi de nombreux revers depuis septembre 2016.

La légalisation en 2018 des produits de vapotage à la nicotine et leur promotion généralisée ont contribué à une augmentation fulgurante de leur utilisation chez les jeunes, hausse que les gouvernements et les intervenants de la lutte contre le tabagisme tentent désespérément de faire reculer. Après une absence de cinquante ans dans les médias radiotélévisés, les compagnies de tabac ont eu le feu vert pour promouvoir des produits contenant de la nicotine à la télévision et à la radio et ont ciblé agressivement les jeunes au moyen de vastes campagnes dans les médias sociaux. Plus de 400 000 jeunes Canadiens d'âge scolaire vapotent maintenant et risquent de devenir dépendants à la nicotine et de commencer à consommer du tabac⁵. Selon une mété-analyse récente, les jeunes qui vapotent risquent trois fois plus de commencer à fumer que les autres⁶. Cette situation a exigé l'intervention de ceux dont le travail est de lutter sans relâche contre le tabagisme, aspirant ainsi leur temps, leur énergie et leurs ressources. L'impact à long terme du vapotage reste à mesure en ce qui concerne l'initiation au tabagisme chez les jeunes et l'arrêt du tabagisme chez les adultes.

La fermeture inopinée de l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF) en 2017 est un autre revers important. Le rétablissement des subventions pour la lutte contre le tabagisme de Santé Canada en 2018 n'est pas survenu assez tôt pour sauver l'ADNF ou le Conseil canadien pour le contrôle du tabac, qui avait fermé

Rattachement des auteurs :

1. Action on Smoking & Health (ASH Canada), Edmonton (Alberta), Canada
2. École de santé publique, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
3. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
4. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Les Hagen, ASH Canada, CP 52117, COP Garneau, Edmonton (Alberta) T6G 2T5; tél. : 780-426-7867; courriel : hagen@ash.ca.

ses portes quelques années auparavant. L'arrêt récent de la Campagne ontarienne d'action contre le tabac est une autre conséquence malheureuse des réductions de financement à la lutte contre le tabagisme. La force des ONG antitabac est maintenant à son plus bas niveau depuis 30 ans.

La légalisation du cannabis et l'acceptation générale de sa consommation publique pourraient compromettre la lutte contre le tabagisme en renormalisant le fait de fumer^{7,8}, bien que ces effets n'aient pas encore été entièrement définis et décrits. La proposition de Santé Canada de faire passer à 21 ans l'âge minimum pour acheter du tabac dans le cadre de l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 » est devenue pratiquement irréalisable depuis que l'âge légal pour acheter du cannabis a été fixé à 18 ans, à l'instar de l'âge légal pour voter. L'approbation simultanée des cigarettes de cannabis préroulées (« joints combustibles ») par le gouvernement fédéral est allée à l'encontre de ses propres lignes directrices sur la réduction du risque associé à la consommation de cannabis, et elle a facilité l'utilisation de feuilles d'enveloppe de tabac, qui sont souvent fumées avec le cannabis. De nombreux fumeurs de cannabis sont également consommateurs de tabac et environ le tiers d'entre eux mélange tabac et cannabis⁹.

En plus d'être confrontée à ces défis considérables, la lutte contre le tabagisme a beaucoup souffert de la pandémie de COVID-19, car le personnel, les fonds et les ressources de la santé publique ont été redéployés pour lutter contre le coronavirus. Les organismes de bienfaisance œuvrant en santé ont mis à pied de précieux membres du personnel de la lutte contre le tabagisme partout au Canada en raison de l'impact des restrictions liées à la pandémie sur la collecte de fonds. De nombreux membres du personnel de la lutte contre le tabagisme fédéraux, provinciaux et régionaux ont été affectés à la lutte contre la COVID-19, dont le directeur général de la Direction de la lutte contre le tabagisme de Santé Canada. La capacité des gouvernements, de la société civile et des professionnels de la santé à lutter contre l'épidémie de tabagisme a été considérablement réduite par les répercussions de la COVID-19. Le besoin d'un financement durable de la lutte contre le tabagisme n'a jamais été aussi grand.

L'industrie du tabac continue d'innover et s'est transformée dans les dernières années, s'emparant d'une part substantielle du marché du vapotage. Comme le montre l'essor considérable du marché des produits de vapotage contenant de la nicotine chez les jeunes et les jeunes adultes et la mise au point de préparations à forte teneur en nicotine et de produits de tabac chauffé sans combustion, cette industrie n'a pas l'intention de disparaître. Quoique les répercussions du vapotage de nicotine sur la santé publique restent imprécises à long terme, à la lumière des données actuelles, il y a tout lieu de s'attendre à des effets respiratoires et cardiovasculaires majeurs.

De plus, de nombreuses données tendent à montrer que le vapotage de produits à la nicotine chez les jeunes risque de faire augmenter les taux de tabagisme si les gouvernements ne font rien pour s'y opposer, même si ces effets n'ont pas encore été signalés au Canada. Les risques pour la santé publique de l'utilisation de la nicotine chez les jeunes ou à des fins récréatives vont continuer à l'emporter sur les avantages potentiels de l'utilisation des produits de vapotage à la nicotine pour le sevrage tabagique, et ce, tant que ces problèmes ne seront pas résolus. Selon un modèle, pour chaque fumeur qui cesse de fumer en vapotant, il y a environ 80 jeunes vapoteurs qui vont devenir fumeurs¹⁰.

Des insuffisances manifestes

Dans sa stratégie de lutte contre le tabagisme, le Canada est toujours aux prises avec des lacunes considérables qui risquent de l'empêcher d'atteindre son objectif « moins de 5 % d'ici 2035 ».

L'une de ces insuffisances manifeste est le fait que le Canada n'a pas fini de mettre en œuvre le programme de politiques MPOWER de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Bien que le programme MPOWER ait été critiqué pour son approche relativement conservatrice, le Canada ne respecte même pas cette norme mondiale minimale. Plusieurs composantes de MPOWER n'ont pas encore été mises en œuvre au Canada, notamment la hausse des taxes sur le tabac à 75 % du prix de détail, la mise en œuvre de campagnes dans les médias de masse fondées sur des données probantes, bien financées et sur une longue période, et la subvention des traitements de sevrage tabagique

pour tous. À l'opposé, le Brésil et la Turquie ont pleinement mis en œuvre MPOWER et plusieurs autres pays sont prêts à leur emboîter le pas¹¹.

Le Canada n'a pas encore adopté le protocole mondial de l'OMS pour réduire la contrebande de tabac, malgré une contrebande importante et constante¹². Les gouvernements fédéral et provinciaux ferment souvent les yeux sur la distribution illégale de produits du tabac commerciaux non taxés provenant d'usines situées dans les réserves des Premières Nations. Les taxes sur le tabac restent limitées au Québec et en Ontario en grande partie à cause de l'impact du marché de la contrebande et des sensibilités politiques qui accompagnent cette activité criminelle non dissimulée.

Les campagnes dans les médias de masse restent en veilleuse en raison des retombées politiques d'un scandale survenu il y a près de vingt ans au gouvernement fédéral, qui a abouti à la création d'une commission d'enquête nationale sur les activités fédérales de commandite et de publicité¹³.

Les gouvernements canadiens continuent de collaborer avec les sociétés productrices de tabac, ce qui contrevient à l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). L'une de ces collaborations, inquiétante, est la mise au point d'un nouveau vaccin potentiel contre la COVID-19 coparrainé par Philip Morris et le gouvernement fédéral¹⁴.

Il s'agit de graves insuffisances qui freinent les progrès de la lutte antitabac et fragilisent les efforts visant à réaliser l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 » au Canada.

Se remettre sur les rails

Nos chances d'atteindre l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 » sont sérieusement compromises. Des efforts concertés, immédiats et conduits avec détermination sont nécessaires pour remettre la lutte antitabac sur les rails. Les cinq ans écoulés depuis la fixation de cet objectif ont été désastreux. Pratiquement aucune des grandes mesures nécessaires pour sa réalisation n'a été adoptée. Ces mesures sont énoncées clairement dans les rapports de l'initiative « fin de partie pour le tabac »^{1,15}.

et dans un excellent rapport sur la modernisation de la stratégie de lutte contre le tabagisme de l'Ontario¹⁶ :

- (1) hauser substantiellement les taxes sur le tabac, adopter des politiques de contrôle des prix efficaces et des mesures plus strictes pour réduire les activités de contrebande;
- (2) empêcher l'industrie de contourner les augmentations de taxes en réduisant la différence de prix entre les types et les marques de cigarettes et en interdisant les remises sur le volume;
- (3) mettre pleinement en œuvre le programme de politiques MPOWER de l'OMS et approuver le protocole mondial de la CCLAT pour réduire la contrebande de tabac;
- (4) interdire tous les incitatifs offerts par l'industrie aux détaillants;
- (5) réduire le nombre de détaillants de produits du tabac;
- (6) réduire l'offre de produits du tabac d'une manière systématique et conforme à l'objectif visant à faire chuter le taux de tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035;
- (7) accroître le soutien du gouvernement afin que de rendre accessibles des traitements de sevrage tabagique gratuits et efficaces;
- (8) restaurer et étendre les campagnes fondées sur des données probantes dans les médias de masse, y compris des campagnes visant à dénormaliser l'industrie du tabac;
- (9) assurer la pleine conformité du gouvernement à l'article 5.3 de la CCLAT afin de minimiser l'ingérence de l'industrie du tabac;
- (10) mettre en œuvre des catalyseurs systémiques :
 - un financement substantiel et durable pour la lutte antitabac provenant des sommes perçues auprès de l'industrie du tabac;
 - une stratégie nationale cohérente comprenant des plans de travail concrets, des valeurs de référence, des étapes et une surveillance continue;
 - une mobilisation totale des gouvernements provinciaux et territoriaux, des ONG, des professionnels de la santé et des chercheurs.

En outre, il apparaît maintenant urgent d'établir un plan visant à réduire l'utilisation de tous les produits contenant de la nicotine, afin que l'épidémie de tabagisme ne soit pas remplacée par une épidémie de vapotage de nicotine et pour éviter les conséquences que cela aurait sur la dépendance à la nicotine, la dépendance au tabac et la santé respiratoire et cardiovasculaire¹⁷. Avec plus de 400 000 jeunes d'âge scolaire qui utilisaient des produits de vapotage en 2019, le risque d'une épidémie durable de dépendance à la nicotine et d'augmentation du tabagisme ne doit pas être sous-estimé.

Saisir l'occasion

Il semble que l'appel ambitieux de la ministre Philpott n'ait jamais été entendu, en particulier si l'on se réfère au rapport et aux propositions de politique qui ont accompagné sa directive de 2017 : plusieurs des mesures prometteuses proposées dans *Saisir l'occasion* n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont été que partiellement.

Le gouvernement fédéral pourrait fournir davantage d'incitatifs, de directives et de soutien. Il est peut-être temps que les gouvernements provinciaux et territoriaux, les ONG, les professionnels de la santé et les chercheurs établissent ensemble le programme national en consultation avec le gouvernement fédéral. Une stratégie de lutte contre le tabagisme véritablement nationale doit faire appel à tous les intervenants clés, le gouvernement fédéral jouant un rôle de coordonnateur et le leadership étant assuré par toutes les parties. Le prochain appel à l'action doit être lancé à l'unisson par les parties prenantes, et non par un seul acteur.

Une grande partie du véritable travail de lutte contre le tabagisme a eu lieu à l'échelle régionale au cours des vingt dernières années, que ce soit les interdictions de fumer sur les lieux de travail, les augmentations des taxes sur le tabac, les interdictions des arômes, les campagnes dans les médias de masse ou les programmes de renoncement au tabac. Les provinces et les territoires ont tous adopté leurs propres stratégies de lutte contre le tabagisme afin de compléter la stratégie fédérale.

Les compétences en matière de santé publique et de lutte contre le tabagisme sont partagées entre les provinces ou les

territoires et le gouvernement fédéral, comme l'indique la *Loi constitutionnelle*. Cette responsabilité partagée s'est manifestée clairement pendant la pandémie de COVID-19 : les provinces et les territoires ont joué des rôles essentiels, ce qui est clairement apparu dans les réunions hebdomadaires auxquelles participent les premiers ministres du Canada et des provinces.

Nous avons désespérément besoin d'un nouvel appel à l'action, formulé d'une même voix, pour que tous les ministres de la Santé canadiens s'engagent à mettre en place des mesures concrètes pour réaliser l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 ». D'autres pays comme l'Irlande¹⁸ et la Nouvelle-Zélande¹⁹ ont élaboré des plans d'action cohérents, comprenant des stratégies concrètes, des valeurs de référence, des étapes précises et une supervision pour atteindre l'objectif « moins de 5 % d'ici 2025 ».

Près de 50 000 Canadiens meurent chaque année de maladies liées au tabac, et ce chiffre n'a pas diminué de façon appréciable depuis plus de vingt ans^{20,21}. Plus de 400 000 jeunes vapoteurs risquent en ce moment de devenir dépendants à la nicotine et de commencer à consommer du tabac⁵. Près d'un million de Canadiens subissent actuellement des conséquences directes de l'usage du tabac, le rapport entre la morbidité et la mortalité s'établissant à 20 pour 1²². Le système de santé est surchargé par des maladies chroniques dont le tabagisme est l'une des causes principales. Notre économie souffre également des conséquences de l'usage du tabac, sous la forme d'une baisse de productivité qui constitue près de la moitié de l'impact économique total²³.

Espérons que la pandémie de COVID-19 ranimera l'intérêt national pour la santé publique et que cela encouragera les gouvernements canadiens, la société civile, les professionnels de la santé et d'autres intervenants clés à poursuivre les actions collectives en vue d'une réduction substantielle de la consommation de tabac.

Peut-être devons-nous tous saisir l'occasion offerte par la COVID-19.

Conflits d'intérêts

LH est employé par un organisme dont le financement provient des secteurs public

et privé, mais non des entreprises qui fabriquent des produits du tabac ou de vapotage. RS déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Avis

Le contenu de cet article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Tobacco Endgame Steering Committee. A tobacco endgame for Canada: background paper. Tobacco Endgame Strategy for Canada Summit; 30 septembre au 1^{er} octobre 2016; Kingston (Ontario). En ligne à : https://www.queensu.ca/gazette/sites/default/files/assets/attachments/Endgame_Summit-Backgroundpaper%20.pdf
2. Santé Canada. Forum national sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : Ce que nous avons entendu [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2017 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/lavenir-lutte-contre-tabagisme-ce-que-nous-avons-entendu.html>
3. Santé Canada. Saisir l'occasion : l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/programs/future-tobacco-control/future-tobacco-control-consultation-fra.pdf>
4. Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick. Stratégie favorisant la vie sans tabac au Nouveau-Brunswick (2019-2023) : Une province sans tabac et sans fumée pour tous. Moncton (N.-B.) : Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick; 2020. En ligne à : <http://nbatc.ca/wp-content/uploads/2019/09/NBATC-STRATEGY-F-FINAL.pdf>
5. Santé Canada. Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html>
6. Baenziger ON, Ford L, Yazidjoglou A, Joshy G, Banks E. E-cigarette use and combustible tobacco cigarette smoking uptake among non-smokers, including relapse in former smokers: umbrella review, systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2021; 11:e045603. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045603>
7. Schwartz R. Legalize marijuana without the smoke. [Commentary.] *CMAJ*. 2017;189(4):E137-E138. <https://doi.org/10.1503/cmaj.161203>
8. Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada : Le rapport final du Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis [Internet]. 2016 [consultation le 18 juin 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/lois-reglementation/groupe-travail-legalisation-reglementation-cannabis/cadre-legalisation-reglementation-cannabis-canada.html>
9. Gravely S, Driezen P, Smith DM, et collab. International differences in patterns of cannabis use among adult cigarette smokers: findings from the 2018 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey. *Int J Drug Policy*. 2020;79:1027542. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102754>
10. Soneji SS, Sung H-Y, Primack BA, Pierce JP, Sargent JD. Quantifying population-level health benefits and harms of e-cigarette use in the United States. *PLoS ONE*. 2018;13(3):e0193328. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193328>
11. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. Geneva (CH): UCSF: Center for Tobacco Control Research and Education; 2019 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : <https://escholarship.org/uc/item/1g16k8b9>
12. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2021 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : <https://www.who.int/fctc/protocol/about/fr>
13. Global Tobacco Control Forum (GTCF). Canada's implementation of the Framework Convention on Tobacco Control: a civil society "shadow report." Ottawa (Ont.): GTCF; 2010. En ligne à : http://www.smoke-free.ca/pdf_1/FCTC-Shadow-2010-Canada.pdf
14. Cohen J, Chapman S. Philip Morris and the Government of Canada collaborate on COVID-19 vaccine development. *Tobacco Control* [blogue]; 22 novembre 2020 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : <https://blogs.bmjjournals.com/tc/2020/11/21/philip-morris-and-the-government-of-canada-collaborate-on-covid-19-vaccine-development/>
15. Cabinet Tobacco Endgame. Rapport sur la lutte contre le tabagisme 2019 : Atteindre un taux inférieur à 5 % d'ici 2035 [Internet]. 2019. Ottawa (Ont.) : L'Association pulmonaire du Canada. En ligne à : https://www.poumon.ca/sites/default/files/EndGameReport-French_0.pdf
16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Smoke-free Ontario modernization: report of the Executive Steering Committee. Toronto (Ont.): Gouvernement de l'Ontario; 2017 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://www.simcoemuskokahealth.org/docs/default-source/hu-library/reports/sfo_modernization_esc_report.pdf?sfvrsn=0
17. Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER). Opinion on electronic cigarettes. Luxembourg: European Commission; 2021. En ligne à : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/scientific_committees/scheer/docs/scheer_o_017.pdf
18. Ireland Department of Health. Tobacco Free Ireland. Dublin (Ireland) : Government of Ireland; 2020 (mise à jour). En ligne à : <https://www.gov.ie/en/publication/0e91fc-tobacco-free-ireland/?referrer=http://www.health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/TobaccoFreeIreland.pdf>

19. New Zealand Ministry of Health. Proposals for a smokefree Aotearoa 2025 action plan: discussion document. Wellington (New Zealand) : Government of New Zealand; 2021 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : <https://www.health.govt.nz/publication/proposals-smokefree-aotearoa-2025-action-plan>

20. Droe J, Schluger N, Cahn Z, et al. The tobacco atlas: Canada. Atlanta (GA) : American Cancer Society and Vital Strategies; 2018 [consultation le 18 juin 2021]. En ligne à : <https://tobaccoatlas.org/country/canada/>

21. Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et 1996. Maladies chroniques au Canada. 1999;20(3):111-117.

22. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 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; 2004. En ligne à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>

23. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada : 2015-2017. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. En ligne à : <https://cemusc.ca/publications/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>