

Université de Montréal

**« VERS UN MONDE SANS FUMÉE » : ANALYSE SOCIOLOGIQUE DU
DISPOSITIF ANTI-TABAC AU QUÉBEC**

Par Fany GUI

Département de sociologie

Faculté des Arts et Sciences

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales de
l'Université de Montréal, en vue de l'obtention du grade de Philosophiae
Doctor (Ph.D.) en sociologie.

Décembre 2013

© GUI, Fany, 2013

RÉSUMÉ

Symbole de modernité pendant la majeure partie du XX^e siècle, la cigarette est depuis une trentaine d'années la cible d'interventions croissantes visant à réduire sa consommation. La lutte contre le tabac bénéficie d'un dispositif sans précédent qui fait office de cas d'école en santé publique, par son ampleur et par l'adhésion qu'il suscite. L'intérêt d'étudier cet objet réside ainsi dans la propriété essentielle de la lutte anti-tabac de relier un dispositif institutionnel et des motivations subjectives. Le dispositif anti-tabac (DAT) a en effet vocation à faire converger les prescriptions normatives d'un ensemble d'institutions et les désirs individuels, et y parvient manifestement dans une certaine mesure. Il permet dès lors d'aborder à la fois un travail sur les sociétés et un travail sur soi.

Cette thèse entreprend une analyse sociologique du dispositif anti-tabac au Québec et vise à interroger les modalités et les fins de ce contrôle public de la consommation de tabac, en mettant au jour ses dimensions culturelles, symboliques et politiques. La santé publique apparaissant de nos jours comme lieu central de l'espace politique et social dans les sociétés contemporaines (Fassin et Dozon, 2001 :7), l'utopie d'un « monde sans fumée » se révèle selon nous tout à fait typique des enjeux qui caractérisent la modernité avancée ou « société du risque » (Beck, 2001, [1986]).

Après avoir présenté le rapport historiquement ambivalent des pays occidentaux au tabac et ses enjeux, puis problématisé la question de la consommation de substances psychotropes dans le cadre d'une production et d'une construction sociale et culturelle (Fassin, 2005a), nous inscrivons le DAT dans le cadre d'une biopolitique de la population (Foucault, 1976; 1997; 2004b). À l'aune des enseignements de Michel Foucault, cette thèse consiste ainsi en l'analyse de discours

croisée du dispositif institutionnel anti-tabac et de témoignages d'individus désirant arrêter de fumer, au regard du contexte social et politique de la société moderne avancée.

Le DAT illustre les transformations à l'œuvre dans le champ de la santé publique, elles-mêmes caractéristiques d'une reconfiguration des modes de gouvernement des sociétés modernes avancées. La nouvelle biopolitique s'adresse en effet à des sujets libres et entreprend de produire des citoyens responsables de leur devenir biologique, des sujets de l'optimisation de leurs conditions biologiques. Elle s'appuie sur une culpabilité de type « néo-chrétien » (Quéval, 2008) qui caractérise notamment un des leviers fondamentaux du DAT. Ce dernier se caractérise par une lutte contre les fumeurs plus que contre le tabac. Il construit la figure du non-fumeur comme celle d'un individu autonome, proactif et performant et fait simultanément de l'arrêt du tabac une obligation morale. Par ce biais, il engage son public à se subjectiver comme citoyen biologique, entrepreneur de sa santé. L'analyse du DAT au Québec révèle ainsi une (re)moralisation intensive des questions de santé, par le biais d'une biomédicalisation des risques (Clarke et *al.*, 2003; 2010), particulièrement représentative d'un nouveau mode d'exercice de l'autorité et de régulation des conduites dans les sociétés contemporaines, assimilée à une gouvernamentalité néolibérale.

Enfin, l'analyse de témoignages d'individus engagés dans une démarche d'arrêt du tabac révèle la centralité de la santé dans le processus contemporain d'individuation. La santé publique apparaît alors comme une institution socialisatrice produisant un certain « type d'homme » centré sur sa santé et adapté aux exigences de performance et d'autonomie prévalant, ces éléments constituant désormais de manière croissante des clés d'intégration et de reconnaissance sociale.

Mots-clés : Politiques anti-tabac, sociologie de la santé, santé publique, biopolitique, biomédicalisation, gouvernamentalité, santé, moralité, néolibéralisme.

ABSTRACT

Symbol of modernity for most of the twentieth century, smoking has been for the last thirty years the target of increasing interventions to reduce its consumption. Tobacco control benefits from an unprecedented device that acts as a case study in public health, by its scope and the awareness it raises. The interest to study this object then lies in the essential property of tobacco control to bind an institutional device with subjective motivations. The anti-smoking apparatus (ASA) was indeed intended to get the prescriptive requirements of a set of institutions to converge with individual desires, and obviously succeeds to some extent. It thus allows us to address both work on societies and work on oneself.

This thesis undertakes a sociological analysis of the anti-smoking apparatus in Quebec and aims at questioning the modalities and purposes of tobacco control by uncovering its cultural, symbolic and political dimensions. Public Health appearing today as the central place of the political and social space in contemporary societies (Fassin and Dozon, 2001: 7), the “smoke-free world” utopia proves to be in our opinion quite typical of the stakes which characterize late modernity or “risk society” (Beck, 2001, [1986]).

Having presented the historically ambivalent attitude of Western countries toward tobacco and its stakes, and problematized the issue of substance use within the framework of socio-cultural production and construction (Fassin, 2005a), we situate the ASA in the framework of a biopolitics of the population (Foucault, 1976; 1997; 2004b). In the light of the teachings of Michel Foucault, this thesis thereby consists of the crossed analysis of institutional tobacco control discourse and of testimonies of individuals wishing to quit smoking, with regard to the social and political context of late modernity.

The ASA shows the changes at work in the field of public health, themselves characteristics of a reconfiguration of the modes of government of societies. The new biopolitics is indeed aimed at free subjects and undertakes to produce citizens responsible of their biological future, subjects of their own biological conditions optimization. It leans on a “neo-Christian” guilt type (Quéval, 2008) which characterizes such a fundamental levers of the ASA. It is characterized by a struggle against smokers more than against tobacco. It builds the figure of the non-smoker as that of an autonomous, proactive and efficient individual and makes simultaneously quitting smoking a moral obligation. Through this, it engages its audience to subjectify as biological citizens, entrepreneurs of their own health. The ASA in Quebec analysis reveals an intensive (re)moralization of health issues through a biomedicalization of risks (Clarke *et al.*, 2003; 2010), particularly representative of a new way of exercising authority and regulate behaviors in contemporary societies, regarded as a neoliberal governmentality.

Finally, the analysis of testimonies of individuals engaged in a process of smoking cessation reveals the centrality of health in the contemporary process of individuation. Public health then appears as a socializing institution producing a certain “type of man” centered on his health and adapted to the performance and autonomy requirements prevailing, these elements now increasingly constituting key-elements of integration and social recognition .

Key words: tobacco control, public health, biopolitics, governmentality, health, morality, neoliberalism.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
ABSTRACT.....	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	X
REMERCIEMENTS	XII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : DE LA VOLUPTÉ À LA MORBIDITÉ, UN ITINÉRAIRE TABAGIQUE.....	14
I. MISE EN BOUCHE	15
A) Nouveau Monde et nouvelles passions	15
1- La Grande découverte du tabac.....	15
2- Le tabac à la conquête du monde.....	17
B) La cigarette, icône de la modernité	20
1- Un nouveau monde social	21
2- Faire fumer : Cigarette et industrie de l’imaginaire	23
3- Cigarette et société de consommation	28
II. MISE EN PÉRIL	31
A) L’ère du soupçon : la controverse sur le tabac des hygiénistes à l’épidémiologie moderne.....	32
1- L’hygiénisme du XIX ^e siècle.....	32
2- L’hygiénisme racial nazi.....	34
3- L’épidémiologie moderne et la controverse sur le tabac.....	37
B) La chute : politiques anti-tabac et médicalisation du tabagisme	39
1- Les politiques anti-tabac en France, aux États-Unis, au Canada et au Québec : diversité des méthodes pour un résultat similaire.....	39
2- La définition contemporaine du problème du tabagisme.....	45
a. Du tabagisme pathogène.....	45
b. ... au tabagisme pathologique.....	46

CHAPITRE 2 : PRODUCTION ET CONSTRUCTION DU TABAGISME COMME PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE.....	53
I. LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES COMME PRODUIT SOCIAL ET CULTUREL.....	54
A) Les déterminants sociaux de la santé et sa « mise en forme » sociale.....	55
B) La consommation de drogues, une pratique sociale et culturelle.....	62
II. LA CONSTRUCTION SOCIALE DES PROBLÈMES DE DROGUES ET DE TOXICOMANIE.....	65
A) Culture et politique des problèmes publics.....	65
B) La construction sociale de la maladie et la médicalisation des problèmes sociaux	73
1- Médicalisation et contrôle social	74
2- Sanitarisation du social et croisade symbolique.....	77
C) Les développements du processus de médicalisation	81
CHAPITRE 3 : LE TABAC AU CENTRE DE LA BIOPOLITIQUE CONTEMPORAINE : LE GOUVERNEMENT DES SOCIÉTÉS LIBÉRALES AVANCÉES EN QUESTION.....	87
I. GOUVERNER LA VIE.....	88
A) L'émergence d'un pouvoir sur la vie.....	88
B) De la biopolitique au gouvernement des populations.....	92
C) Gouverner des sujets libres, gouverner par la liberté.....	95
1- La gouvernementalité libérale.....	95
2- La gouvernementalité néolibérale	100
II. APPREHENDER LES RESSORTS DE LA BIOPOLITIQUE CONTEMPORAINE : ANALYSE CRITIQUE DE DISCOURS DU DISPOSITIF ANTI-TABAC	104
A) La biopolitique contemporaine au travers du prisme du DAT :.....	104
B) La santé au centre du gouvernement des sociétés et de soi-même	111
1- Du discours institutionnel.....	111
2- ... aux motivations subjectives	115

CHAPITRE 4 : NAISSANCE DE LA NOUVELLE SANTÉ PUBLIQUE : LA SANTÉ PUBLIQUE ET SES PROBLÈMES	120
I. NAISSANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : LA POLITISATION DE LA SANTÉ	121
A) Protéger les États : la quarantaine ou le modèle de la peste	122
B) Améliorer les conditions de vie : l'hygiène comme science sociale	124
1- La santé publique au temps du choléra	124
2- L'hygiénisme est un humanisme.....	127
3- De la désinfection des taudis au contrôle des populations : police sanitaire et eugénisme	133
II. L'AVÈNEMENT D'UN NOUVEL ORDRE SANITAIRE : LA SANITARISATION DU SOCIAL	137
A) Le tournant vers l'hygiène personnelle : pasteuriser la société	137
B) Vers une nouvelle « nouvelle santé publique »?	144
1- Le nouveau tableau épidémiologique	144
2- La charte d'Ottawa : une transformation idéologique de la santé publique	148
3- L'épidémiologie du risque : un nouveau dispositif de santé publique.....	155
CHAPITRE 5 : ANALYSE DU DISPOSITIF ANTI-TABAC AU QUÉBEC : LA DÉNORMALISATION DU TABAGISME OU L'ART DE « FAIRE ARRÊTER ».....	160
I. LES OPÉRATIONS DE CADRAGE DU DAT	162
A) La définition du problème	162
1- Un problème sanitaire et médical.....	162
2- Un problème économique et social	170
B) Les acteurs et les cibles du DAT	177
C) Les solutions : réduire l'offre ou la demande?	180
II. L'INGÉNIEURIE DU DÉGOUT DE LA CIGARETTE : DE LA PERVERSION DES CORPS À LA PERVERSITÉ DES FUMEURS	188
A) « L'attaque de la cigarette » : du dégoût du tabac... ..	189
1- La contamination des corps, des esprits et des espaces	189
2- L'escalade de la violence	202
3- La « cigarette-arme » et le crime tabagique.....	208
B) ... au dégoût du Fumeur	214

1-	Le fumeur, un être moralement inférieur	215
2-	Le fumeur dégoûtant.....	219
3-	Le fumeur-agresseur	222
CHAPITRE 6: « AU-DELÀ DE LA SANTÉ » : ANATOMIE D’UN MONDE SANS FUMÉE		227
I.	PROMOUVOIR L’ANTI-TABAGISME, MORALISER LA SANTÉ	229
A)	Être un Fumeur : le crime et le châtement tabagique	230
B)	Devenir un Non-Fumeur : La conversion à l’anti-tabagisme	237
II.	CHOISIR LA VIE : ENTREPRENDRE SA SANTÉ.....	243
A)	La biopolitique contemporaine au travers du prisme du DAT.....	244
1-	La biomédicalisation des risques: un nouveau type de contrôle social	244
2-	Gouverner des âmes : le retour de la culpabilité.....	248
3-	À la poursuite de la santé	251
B)	Le DAT comme technologie de gouvernementalité néolibérale	255
III.	CAPITALISER SUR SOI : AMÉLIORER SA VIE EN CESSANT DE FUMER	261
A)	Le récit d’une conversion : changer sa vie en devenant Non-Fumeur.....	262
1-	Le processus d’arrêt du tabac.....	262
2-	Devenir un Non-fumeur, améliorer sa vie	267
B)	L’ancrage somatique de l’individualité contemporaine.....	278
1-	Le corps comme planche de salut.....	279
2-	L’injonction à l’autonomie et le processus d’individuation contemporain	284
CONCLUSION.....		292
BIBLIOGRAPHIE.....		307
ANNEXES.....		XIV
INDEX DES SOURCES ET ABRÉVIATIONS DU CORPUS.....		XV
ANNEXES CHAPITRE 1.....		XXI
ANNEXES CHAPITRE 2.....		XXXIII
ANNEXES CHAPITRE 3.....		XXXV

ANNEXES CHAPITRE 4..... XXXVI
ANNEXES CHAPITRE 5.....XXXVIII
ANNEXES CHAPITRE 6..... XLVII

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BM : Banque Mondiale

CQTS : Conseil Québécois sur le Tabac et la Santé

DAT : Dispositif anti-tabac

FMI : Fond monétaire international

MSSS : Ministère de la Santé et des Service Sociaux du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

SC : Santé Canada

CLSC : Centres locaux de services communautaires

À ma mère, Marie-Line

REMERCIEMENTS

Tout le paradoxe de la recherche est d'être une activité solitaire qui ne peut néanmoins s'effectuer sans assistance. Cette thèse est ainsi loin d'égaliser la qualité des soutiens dont elle a bénéficiés et sans lesquels, assurément, elle n'aurait pu être menée à terme.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice Céline Lafontaine, pour son encadrement tout au long de cette thèse, son appui intellectuel et matériel, pour m'avoir ouvert un espace de connaissance, intégré à une communauté de curiosités, et pour sa capacité à fédérer autour d'elle des personnalités uniques et des problématiques originales. J'exprime également ma reconnaissance à Johanne Collin qui, au titre de directrice du MÉOS, m'a permis de bénéficier de précieux financements et d'un cadre de recherches stimulant.

Toute ma reconnaissance va ensuite à mes camarades et amis, compagnons de recherche du bureau C-5101 et au-delà, spécialement à Nicolas Le Dévédec, Sébastien Richard et Pierre-Marie David, pour leurs conseils avisés, leurs épaules compatissantes, leur patience et leurs coups de pieds aux fesses nécessaires. Je tiens également à mentionner le soutien de Nathalie Dumas, qui a vécu au plus près les balbutiements de cette recherche, et y a contribué avec beaucoup de bienveillance et de générosité, ainsi que celui de Virginie Bueno, Adrien Jouan et Mathieu Noury. J'ai également une pensée pour Denis Hippert, le camarade de la première heure, qui, par sa passion et son humour, a fortement influencé mon parcours en sociologie. Je remercie enfin tout particulièrement Nina Barada pour ses précieuses et multiples relectures, qui par leur qualité ont indéniablement relevé le niveau de ce travail.

Cette thèse n'aurait également pas pu voir le jour sans l'amitié inestimable de plusieurs personnes d'ici et d'ailleurs, à qui je dois plus que de la gratitude pour leur assistance et réconfort indéfectible, mais également, parfois, pour leur détachement salutaire : en particulier Paul Bernard-Nouraud pour plus d'une décennie de grande affection et de discussions animées qui ont inmanquablement influencé ma démarche, Nina Barada, Ninon Lalonde, Rosalie Dion et Karine Arslanyan, mes plus fidèles complices, qui m'ont soutenue tout au long de ce processus et empêchée à plusieurs reprises d'abandonner, Marion Bouchaud et Marine Minjon pour leur patience, leur générosité et leur support logistique. Ces très chers amis, tout comme ceux que je ne citerai pas ici nommément, ont inspiré, ici ou là, par leur existence si éloignée des mécanismes que cette thèse prétend décrire, les intuitions qui y sont développées.

Enfin, à ma sœur Mélia et à ma mère Marie Bonnin, à qui je dois l'inclination intellectuelle qui a guidé cette recherche ainsi que tout le support nécessaire pour cette thèse et au-delà, j'exprime toute ma reconnaissance pour leur soutien et leur confiance inébranlables, mon profond respect et mon infinie affection.

Sans le tabac qui la maintient tendue vers le surnaturel,
la culture réduite à elle-même ne peut que fluctuer
indécise de part et d'autre de la nature.

Claude Lévi-Strauss

INTRODUCTION

VERS UN « MONDE SANS FUMÉE »

Le tabac est passé de mode. La cigarette est désormais bannie de l'espace public, reléguée au rang d'accessoire pour fiction audiovisuelle « d'époque », quand elle n'est pas expurgée de documents d'archives destinés à une renaissance publique. Si ce constat apparaît plus ou moins exact selon les pays, et les mondes sociaux en leur sein, la lutte contre le tabac se manifeste aux quatre coins du globe. Particulièrement virulent dans les pays anglo-saxons, l'anti-tabagisme se globalise, en particulier sous l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Préoccupation majeure de santé publique depuis une cinquantaine d'années, le tabagisme s'est transposé dans le dernier quart du XX^e siècle à l'agenda des gouvernements occidentaux, qui ont mis en place ces dernières années une série de lois visant à restreindre la consommation de tabac et initié des campagnes de prévention d'envergure. Le tabagisme serait en effet la « première cause de décès évitables dans le monde » (OMS, 2003). Après des décennies d'indifférence ou de complicité politique, et de promotion du tabagisme, la lutte contre le tabagisme constitue désormais une priorité, dans les pays occidentaux et au-delà, qui se manifeste quotidiennement, ne serait-ce que par l'omniprésence d'une cigarette barrée : interdiction de toute forme de publicité pour les produits du tabac et de fumer dans les lieux publics ainsi que dans certains lieux privés, augmentation considérable des taxes sur le tabac et de l'âge légal pour s'en procurer, obligation pour les détaillants de cacher leurs produits, arsenal médiatique et publicitaire anti-tabac, programmes de sensibilisation aux dangers du tabac dans différentes institutions, remboursement selon les pays des traitements de substitution, etc., autant d'éléments qui illustrent un contrôle public croissant de la consommation de tabac.

Que l'on pense à l'augmentation de l'obésité – forte progression de l'« épidémie » dit-on, à la recrudescence des pratiques sexuelles à risque, ou encore à la banalisation de l'« hyperalcoolisation » et de la consommation de certaines substances psychotropes, la santé publique ne peut se targuer de nombreux succès en matière de comportements à risque. En revanche, on ne peut qu'être frappé par l'efficacité de la lutte anti-tabac, si l'on considère la période, somme toute, assez récente sur laquelle elle s'est déroulée et se déroule encore. « *The war on smoking in Euro–American societies has yielded one of the greatest success stories in the history of public health. Canada, for example, has seen a 50% decline in smoking prevalence since the mid-1960s.* » (Frohlich et al., 2012: 978)

La consommation de substances psychoactives est universellement répandue et socialement encadrée, favorisée ou entravée, que ce soit dans un cadre légal ou religieux. Le tabac ne fait pas exception à cette règle. Le tabac est une des drogues les plus démocratisées au monde. Il y aurait par exemple 1,3 milliard de fumeurs dans le monde actuellement selon l'OMS. Or, on peine à penser à une autre substance, dont le commerce et la consommation sont au demeurant légaux, qui ait eu à subir le même sort. La lutte contre le tabac bénéficie d'un dispositif sans précédent : « *There are no other "ordinary" domestic behaviours where a person is asked by his or her own family to go outside to engage in that behaviour* » (Chapman et Freeman, 2008 : 28). De pratique sociale et culturelle omniprésente, le tabagisme est devenu une « sale habitude », une pathologie en voie de disparition, en particulier dans les classes moyennes et supérieures. Si bien que désormais, le tabagisme est systématiquement associé à la maladie et la mort. L'appel à un monde sans fumée signale alors le passage d'une société de la fumée, dans laquelle une importante partie de la population adulte fume, à une société où le tabac est désormais proscrit, et dans laquelle ne subsiste, pour employer les termes des autorités compétentes, qu'un « noyau dur d'une poignée d'irréductibles ». On assiste ainsi à une reconfiguration de tout un monde, social, économique et symbolique.

Pendant la quasi-totalité du XX^e siècle, le tabagisme était pourtant omniprésent dans le quotidien des occidentaux. Symbole de puissance, d'élégance, d'érotisme, ou d'émancipation, la cigarette a été prisée par l'ensemble des groupes sociaux. Que l'on pense à l'industrialisation de sa production à la fin du XIX^e siècle, à la globalisation de son marché, au laboratoire publicitaire et mercantile que constituera sa commercialisation de masse dans la première moitié du XX^e siècle, ou encore à l'entrée des femmes en tabagisme en même temps qu'en citoyenneté pleine et entière au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le tabac demeurera jusque dans les années 1980 associé à un style de vie fondamentalement moderne.

La lutte contre le tabagisme s'inscrit dans le cadre de la croissance des enjeux relatifs à la santé publique¹, elle-même emblématique des transformations liées à l'avènement de la modernité. En effet, depuis la fin du XIX^e siècle, la santé publique s'est progressivement imposée, dans l'ensemble des pays occidentaux, comme domaine d'intervention étatique légitime et politique publique de premier plan, ce processus s'accélégrant dans la seconde moitié du XX^e siècle. Les enjeux autour de la santé occupent ainsi de nos jours une place centrale dans l'espace public. Les incitations, mises en garde et autres encouragements relatifs à la santé parsèment notre parcours quotidien. Il suffit de prendre le métro ou d'allumer la télévision pour s'apercevoir que la plupart des encarts publicitaires sont occupés par des objets relatifs au corps, à son entretien, sa protection ou son amélioration. Comme en témoigne la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la « santé » tend désormais à englober la totalité de l'existence : « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

Cette hypersensibilité aux risques de santé renverrait à ce qu'Anthony Giddens (1990; 1991) et Ulrich Beck (2001, [1986]) notamment identifient comme une accélération des

¹ Par santé publique nous entendons ici, à la suite de Virginia Berridge et de Kelly Loughlin, les efforts réalisés par les sociétés et les individus pour prévenir les maladies, prolonger la vie et promouvoir la santé (Berridge et Loughlin, 2005 :1)

transformations sociales et une radicalisation des logiques issues de la modernité dans les sociétés contemporaines. La *modernité réflexive*, ou *société du risque*, caractériserait nos sociétés, qui, s'appliquant à elles-mêmes le principe de réflexivité moderne, révéleraient la face sombre du progrès et entreprendraient d'y remédier. Les sociétés modernes avancées seraient ainsi à la fois plus sûres et plus risquées, concentrées sur la gestion des risques de la société industrielle de la première modernité, et traversées par une individualisation toujours plus poussée. C'est alors dans ce contexte de société du risque, constituant un approfondissement de la logique de contrôle rationnel de notre destin et une nouvelle étape du processus d'autonomisation individuelle, qu'il faut situer la lutte contre le tabagisme : « la lutte contre le tabagisme illustre à merveille la « mise en risque » contemporaine du monde. » (Peretti-Watel, 2001 : 3)

La lutte contre le tabagisme apparaît ainsi comme un modèle du genre à plusieurs niveaux : cas d'école de santé publique, et illustration exemplaire des enjeux de la société du risque. Au croisement de deux processus contemporains, le renforcement des politiques anti-tabac et la diminution du tabagisme, le monde sans fumée s'offre ainsi comme une perspective originale sur les transformations sociales et politiques actuelles.

UNE APPROCHE COMPRÉHENSIVE DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Notre étude ne s'inscrit pas dans le cadre de l'approche dominante dans le champ de la recherche sur le tabac (*tobacco studies*), c'est-à-dire celle de la santé publique. La lutte contre le tabagisme est en effet dans ce champ d'études essentiellement considérée comme un présumé non interrogé, le fruit naturel du processus de civilisation. Plus réflexives et rationnelles, nos sociétés bénéficieraient d'une meilleure capacité de diagnostic des problèmes qui les affligent et de moyens accrus pour lutter contre les logiques qui entravent le progrès humain. Après une longue période de triomphe du mensonge et des intérêts financiers (Proctor,

2012), la lutte contre le tabagisme témoignerait ainsi de la victoire du bien commun sur les intérêts privés grâce à l'indubitable concours de la Science.

L'industrie du tabac, depuis plus d'un siècle, perfectionnait ses produits pour le plaisir du consommateur et le profit des actionnaires et du fisc : la science a révélé aujourd'hui que cette face hédonique et lucrative avait un revers si sombre qu'il devenait impératif de combattre le tabagisme, poison pour le corps et fardeau pour les finances publiques. (Kirsch, 2010b)

Dès lors que d'irréfutables faits scientifiques appuient le caractère néfaste de la consommation de tabac, l'intervention corrective sur ce problème est une évidence non questionnable.

Que l'on parle aujourd'hui du tabagisme comme d'une « épidémie » est significatif : le vocabulaire de la santé publique se démarque de celui de l'économie et des multinationales. Si le tabac est un marché, on sait désormais que c'est un marché de mort. D'un côté, les bénéfices industriels et commerciaux et les recettes fiscales, de l'autre, de plus en plus pesants, les coûts et humains et financiers des maladies et de la mortalité due au tabac : la balance est devenue trop inégale. (Kirsch, 2010b)

La lutte contre le tabagisme émergerait du progrès de la pensée rationnelle et serait naturellement détaché des intérêts financiers et des luttes de pouvoir. L'approche « sociosanitaire » (Ferland, 2007b :14) dominante subordonne dès lors la production de connaissances sur le tabac à la réduction des coûts humains, médicaux et économiques qui lui sont attachés. Bénéficiant prioritairement aux pays occidentaux, la lutte contre le tabagisme serait ainsi vouée à se globaliser dans une optique de progrès universel.

Cette conception procède d'une naturalisation des moyens et fins de la santé publique et, conséquemment, d'une éviction de toute autre conception du bien commun. L'engagement dans la lutte contre le tabagisme est en effet automatiquement considéré comme naturellement altruiste et détaché des intérêts commerciaux et toute position arpentant des chemins moins consacrés systématiquement irresponsable, illégitime, voire soupçonnée de collusion avec l'industrie du tabac (Mair et Kierans, 2007; Bell, 2013). La sensibilité du sujet dans la sphère

publique et la forte suspicion qui pèse sur ce type d'entreprise nous indique donc déjà les points aveugles de la recherche en la matière : « *In this respect, tobacco control research has, rather ironically, begun to mirror tobacco industry research* » (Bell, 2013 : 35). Elle suggère plus fondamentalement la forte teneur idéologique du problème du tabagisme.

Enfin, cette approche sociosanitaire se révèle emblématique du développement croissant des sciences sociales autour de recherches appliquées, fondées sur des preuves (*evidence-based*), visant à servir d'outils techniques pour la santé publique (Berridge, 2007 : 3). Or, si l'on ne peut que se réjouir de la participation des sciences sociales au progrès humain, il est bon de rappeler que leur force fondamentale ne réside pas dans la gestion de problèmes techniques, ni dans la production de vérités universelles, mais dans la réflexivité qu'elles procurent sur des pratiques sociales.

in their role as phronesis, the social sciences are the strongest where the natural sciences are the weakest: just as the social sciences have not contributed to explanatory and predictive theory, neither have the natural sciences contributed to the reflexive analysis and discussion of values and interests, which is the prerequisite for an enlightened political, economic, and cultural development in any society, and which is at the core of phronesis. (Flyvbjerg, 2001: 3)

Nous nous situons ainsi dans une perspective critique de la santé publique, non pas tant dans ses fondements et logiques, mais au niveau de l'approche de la santé qui prévaut actuellement dans le cadre de la promotion de la santé, et qui s'exprime selon nous de manière idéal-typique dans le dispositif anti-tabac. Il faut en outre souligner que les experts et praticiens de la santé publique sont généralement eux-mêmes très critiques des politiques de santé publique, au fait des critiques qui leur sont adressées, et y sont souvent sensibles. « L'histoire de la prévention doit aussi se lire, pour partie, comme une histoire des réponses aux critiques qui lui ont été adressées. » (Berlivet, *in*. Garrigou, 2000 : 245)

Notre propos n'est pas de participer à la lutte contre le tabagisme, dans laquelle sont engagés l'écrasante majorité des chercheurs dans le domaine, quelle que soit leur discipline de

prédilection, mais d'étudier la société de l'anti-tabagisme en prenant la lutte contemporaine anti-tabac au Québec comme objet *signifiant* et *significatif*.

Il ne s'agit donc évidemment pas de défendre l'industrie du tabac, comme l'ont fait de nombreux chercheurs (en sciences dures majoritairement) et cela, plutôt par le passé pour des raisons conjoncturelles évidentes. Est-il besoin de le préciser, nous n'avons aucune accointance d'aucune sorte avec l'industrie du tabac et ne bénéficions en aucune manière de ses largesses. Cette industrie n'a, incontestablement, d'autre préoccupation que la croissance de ces profits et fait ainsi preuve d'une négation du problème du tabagisme tout à fait concevable. En outre, appartenant à une génération qui a grandi avec le dispositif anti-tabac, nous n'avons connu ni l'insouciance, ni l'impénitence tabagique des générations précédentes. Notre génération n'a été épargnée par aucun discours sanitaire alarmiste et une conscience aigüe du risque attaché au tabagisme ou à d'autres « problèmes de santé publique » nous a été inculquée dès le plus jeune âge, d'où, certainement, notre intérêt pour l'analyse de cette inclination prédominante pour tout ce qui touche au contrôle du corps, caractérisant fondamentalement l'esprit du temps. La nocivité de la consommation de tabac n'est pas ici en question. Il ne s'agit ainsi pas d'attaquer ou de renforcer la croyance en la nocivité du tabac, mais plutôt, à travers la lutte contre le tabagisme, de questionner cette sensibilité frénétique contemporaine, mais néanmoins sélective, à toute pratique sociale jugée dangereuse pour la santé. Cette focalisation sur la santé s'applique en effet remarquablement à des comportements typiques et symboliquement chargés, et en délaisse réciproquement d'autres. Le dispositif anti-tabac est selon nous *symptomatique* en ceci qu'il incarne des tendances sociétales fortes que cette thèse vise à analyser.

Il serait évidemment absurde de nier les impacts de cette pratique sur la santé humaine, mais il serait tout aussi insensé de faire abstraction de son imbrication dans les relations sociales et les systèmes symboliques, depuis des siècles. Le tabagisme comme pratique culturelle, et tout particulièrement la socialisation qui y est liée, devrait être pris comme objet d'une recherche objective scientifique, affranchie du débat social dominant.

(Ferland, 2007b : 14)

Dans la veine d'une certaine anthropologie de la santé, nous n'entendons pas « interroger les bienfaits ou les méfaits de la santé publique, mais les conditions de sa mise en œuvre, les logiques qui la sous-tendent et les effets qu'elle produit » (Dozon et Fassin, 2001 : 348). Nous proposerons dans cette thèse une approche compréhensive de la lutte anti- tabac au Québec.

Cette thèse vise à interroger les modalités et les fins de ce contrôle public de la consommation de tabac en mettant au jour ses dimensions culturelles, symboliques et politiques. Notre objet n'est ainsi pas tant le tabagisme ou l'anti-tabagisme, leurs motifs ou leurs conséquences, mais la société de l'anti-tabagisme, à travers l'utopie d'un « monde sans fumée » : non pas l'anti-tabagisme en tant qu'il fait arrêter de fumer, mais en tant qu'il véhicule des valeurs et qu'il est guidé et porteur d'une rationalité, ni de ceux qui s'y reconnaissent en tant qu'ils arrêtent de fumer, mais en tant qu'ils adhèrent à un socle normatif.

La santé publique apparaît de nos jours comme lieu central de l'espace politique et social dans les sociétés contemporaines (Fassin et Dozon, 2001 :7). En effet, si l'identification de risques s'accroît dans le cadre de la modernité avancée— que ce soit du fait de leur multiplication au fil de l'avancement du processus de modernisation, ou du fait d'une réflexivité accrue s'incarnant dans une expertise toujours plus vaste — la chaîne de causalité-responsabilité de ces risques se complexifie d'autant (Beck, 2001). L'interprétation de cette complexité renvoie alors inévitablement à un horizon normatif. Si l'appréhension du risque s'appuie sur une spéculation scientifique, sa gestion renvoie immanquablement à une certaine « éthique du risque », à des questions proprement politiques, de « gouvernement » dirait Michel Foucault, et procède assurément d'une « culture du risque ». Loin du modèle du savant éclairant le politique, la santé publique apparaît comme une science normative par excellence au fondement d'une « vaste entreprise d'acculturation ». En d'autres termes, la santé publique est un phénomène culturel, lui-même à la source de transformations culturelles (Massé, 2003). Et, si l'entretien du corps ou la

prévention du mal n'ont pas été inventés par les sociétés contemporaines (Vigarello, 1993), ni même modernes (Fassin, 1996; Dozon et Fassin, 2001), le *gouvernement des corps* en est une réalité incontournable (Fassin et Memmi, 2004). Cette thèse abordera ainsi le substrat normatif du gouvernement des corps contemporain.

Health is a term replete with value judgments, hierarchies, and blind assumptions that speak as much about power and privilege as they do about well-being. Health is a desired state, but it is also a prescribed state and an ideological position. We realize this dichotomy every time we see someone smoking a cigarette and reflexively say, "smoking is bad for your health", when what we really mean is, "you are a bad person because you smoke". [...] In these and other instances, appealing to health allows for a set of moral assumptions that are allowed to fly stealthily under the radar." (Metzl and Kirkland, 2010: 1-2)

Nous nous intéresserons donc à la dimension axiologique plutôt qu'à la dimension instrumentale de la lutte contre le tabac. « *Health is a concept, a norm, and a set of bodily practices whose ideological work is often rendered invisible by the assumption that it is a monolithic, universal good.* » (Metzl et Kirkland, 2010: 9) La santé se pose comme une question normative : « Est immorale toute pratique qui ne respecte pas ces normes et entrave la quête du salut sanitaire. » (Massé, 2003 : 2) Et en matière de tabac, cette question se pose de nos jours avec une acuité toute particulière : il n'y a pas de fumée sans feu.

Le « monde sans fumée » n'existe cependant pas. Parce qu'il y a toujours malgré tout des fumeurs, mais surtout parce qu'il constitue une construction abstraite, un concept, l'idéal-type d'une société *saine* parce qu'anti-tabac et donc pro-santé. C'est ainsi le contenu d'une utopie et ses ressorts qu'il s'agit d'analyser à travers les moyens mis en œuvre pour la concrétiser : « au-delà des prétentions à l'objectivité et à la neutralité qui justifient les interventions de santé publique, on retrouve, implicitement, une entreprise de promotion d'un ethos fondé sur la quête de bien-être. » (Massé, 2003 : 27) Considérer la lutte contre le tabagisme comme une politique publique signifiante ouvre ainsi une fenêtre d'analyse des sociétés occidentales contemporaines. L'historienne britannique Virginia Berridge utilise par exemple dans cette optique le tabagisme

comme « traceur clé de politiques » (*key « tracer policy »*) permettant d'illustrer les développements de la santé publique et ses inflexions idéologiques depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale (2007 :1).

Cette thèse s'inscrit dans la continuité de travaux analysant les dimensions sociales et symboliques du tabagisme et, réciproquement, de l'abstinence tabagique. Le tabagisme est une pratique « constitutive de l'identité des groupes sociaux et nationaux » (Ferland, 2007b : 16), de même pour l'anti-tabagisme. Les molécules chimiques sont universelles, tous les pays et tous les groupes sociaux en leur sein ne réagissent pour autant pas de la même manière face à la question du tabagisme. Dès lors que la diffusion ou la diminution du tabagisme ne sont pas seulement des questions de tolérance physiologique, la légitimité des sciences sociales en matière de tabac s'impose. Le contexte social et culturel apparaissant déterminant, ce ne sont pas des « taux de marqueurs nicotiques » (Ferland, 2007b :15) qu'il s'agit de comparer entre les groupes, mais bien des valeurs, valeurs qui sont par nature particulières, relatives et significatives.

At times French television and newspapers portrayed French measures against secondhand smoke as the importation of puritanical intolerance from America, and some Japanese commentators viewed the mild restrictions implement by their government as the intrusion of U.S. utilitarian thinking in Japanese cultural life, while many American journalists invoked the old modernization narrative and mocked the "backwardness" of French and Japanese anti-smoking policies. (Reid, 2005: 2)

Le « monde sans fumée » est principalement une velléité des pays occidentaux. Ces derniers présentent cependant grandes différences en matière de culture politique, de contexte social, de rapport à la citoyenneté, etc., autant de dimensions primordiales en matière de santé publique (Nathanson, 2007). Nous situerons empiriquement notre objet d'étude au Québec. La province nous offre en effet, si l'on se réfère à ces dimensions, un modèle empruntant à la fois à l'Europe continentale et au monde anglo-saxon. La position particulière du Québec constitue ainsi une opportunité pour saisir des logiques en voie de globalisation, des méthodes standardisées et proposer une analyse dotée d'un potentiel à généralisation.

D'UN DISPOSITIF INSTITUTIONNEL AUX SUBJECTIVITÉS CONTEMPORAINES

Par-delà la question du « conflit culturel » en matière de tabagisme, c'est le *consensus* qui nous intéresse, dans la mesure où *les désirs individuels tendent à concorder avec les prescriptions normatives d'un ensemble d'autorités*. L'intérêt d'étudier cet objet réside dans la propriété essentielle de la lutte anti-tabac de relier un dispositif institutionnel et des motivations subjectives. Le dispositif anti-tabac a en effet vocation à faire converger les prescriptions normatives d'autorités compétentes (ministère de la Santé, direction de la santé publique, ONG, etc.) et les désirs individuels, et y parvient manifestement dans une certaine mesure. Le dispositif anti-tabac permet donc d'aborder à la fois un travail sur les sociétés et un travail sur soi. Pour reprendre les mots de Raymond Massé (2001), nous analyserons la lutte contre le tabac en tant qu'expression d'un projet politique et d'un projet individuel. La santé, entendue comme renvoyant à un ensemble de valeurs, apparaît au cœur du gouvernement rationnel des sociétés et centrale dans le processus d'individuation contemporain. Cette thèse vise à étudier les tenants et aboutissants du dispositif anti-tabac au Québec, en tant qu'il constitue un vecteur et une expression de transformations sociales et politiques, et les ressorts de l'adhésion qu'il suscite.

Il s'agira dans un premier temps d'appréhender le dispositif anti-tabac au Québec comme emblématique de politiques de santé publique, qui président à la définition et à la gestion des comportements individuels, et correspondent à un type de gouvernement des populations. Si de tout temps l'ordre social s'inscrit dans les corps (Fassin, 2009a), il s'agit de savoir de quel ordre social l'anti-tabagisme procède. L'analyse du volet institutionnel de la lutte contre le tabagisme visera ainsi à mettre au jour le « contexte sociétal global qui influe sur les rapports entretenus par l'individu avec la santé et la maladie » (Massé, 2001). Les politiques anti-tabac promeuvent en effet un socle de valeurs et des modèles de comportements caractéristiques d'un mode d'exercice de l'autorité dans les sociétés contemporaines. « *Prescriptions for healthful living, of which non-smoking is now a part, are also prescriptions for being a particular kind of person*

leading a particular kind of life. » (Gusfield, 1993: 49) À travers l'analyse des représentations du tabagisme et l'anti-tabagisme, des fumeurs et des non-fumeurs, de la santé, nous entreprenons de saisir une morale de la santé comme expression d'un mode de gouvernance des sociétés contemporaines.

Finalement, nous aborderons le versant individuel de ces politiques de santé publique, en abordant le sens que des individus engagés dans un arrêt du tabac attribuent à leur démarche de cessation tabagique. Cette thèse consiste ainsi en l'analyse de discours croisée du dispositif institutionnel anti-tabac et de témoignages d'abstinents tabagiques, au regard du contexte social et politique de la société moderne avancée.

PLAN DE LA THÈSE

Nous présenterons dans un premier chapitre une brève socio-histoire du tabagisme en Occident en soulignant les facteurs de sa conquête du monde, puis de sa chute, et des éléments de la conception contemporaine de la question. Nous situerons ensuite le tabagisme dans le cadre de problématiques de sciences sociales, soit celles de la production et de la construction du problème de santé publique du tabagisme (chapitre 2). Nous préciserons enfin notre approche théorique et méthodologique. Nous y présenterons l'émergence à l'orée de notre modernité d'un pouvoir sur la vie (*biopouvoir*) comme prérogative du gouvernement libéral des populations. Nous situerons ainsi la lutte contre le tabac au regard de ce cadre analytique, en ramenant les évolutions de ce type de pouvoir à une transformation du mode de gouvernement des sociétés, désormais considéré comme *néolibéral*. Notre démarche d'analyse critique de discours visera ainsi à en analyser les ressorts au travers d'un corpus de documents institutionnels et de témoignages (chapitre 3).

Le chapitre 4 proposera une approche généalogique de la santé publique afin d'éclairer

les continuités et ruptures qui traversent ce champ et dans quelle filiation s'inscrivent les politiques anti-tabac contemporaines. Le chapitre 5 exposera notre analyse de discours de ces politiques au travers de rapports et de campagnes de sensibilisation et visera à mettre au jour la définition du tabagisme par les autorités compétentes et les solutions qu'ils préconisent. Nous verrons à cette occasion que la lutte contre le tabagisme au Québec s'apparente principalement à un processus de mise en déviance du tabagisme, articulant dégoût de la cigarette et dégoût des fumeurs, et consiste finalement à la formation du tabagisme comme nouvelle « pratique divisante ». Nous ramènerons finalement dans le sixième et dernier chapitre de cette thèse cette analyse à son contexte, en abordant l'utopie du monde sans fumée au regard des transformations politiques contemporaines. Nous soulignerons à cette occasion les « affinités électives »² (Weber, 1989, [1905]) existant entre les préceptes des politiques anti-tabac et l'*éthos* du néolibéralisme. Nous verrons enfin en quoi les discours d'individus engagés dans une campagne d'arrêt du tabac sont révélateurs d'un mode d'individuation contemporain.

² Weber entend par *affinité élective* « l'existence, entre des phénomènes de la réalité sociale (formes d'activité, groupes sociaux, sphères de valeur, etc.), d'une relation de compatibilité qui se situe au plan interne, au plan de l'« esprit », et qui fait que ces éléments sont susceptibles d'entrer en résonance, de s'accorder et d'établir entre eux un rapport par lequel ils se facilitent, voire se renforcent mutuellement » (Quéval, 2008 : 223-224).

CHAPITRE 1 : DE LA VOLUPTÉ À LA MORBIDITÉ, UN ITINÉRAIRE TABAGIQUE

SGANARELLE, tenant une tabatière.- Quoi que puisse dire Aristote, et toute la philosophie, il n'est rien d'égal au tabac, c'est la passion des honnêtes gens; et qui vit sans tabac, n'est pas digne de vivre; non seulement il réjouit, et purge les cerveaux humains, mais encore il instruit les âmes à la vertu, et l'on apprend avec lui à devenir honnête homme. Ne voyez-vous pas bien dès qu'on en prend, de quelle manière obligeante on en use avec tout le monde, et comme on est ravi d'en donner, à droit, et à gauche, partout où l'on se trouve? On n'attend pas même qu'on en demande, et l'on court au-devant du souhait des gens: tant il est vrai, que le tabac inspire des sentiments d'honneur, et de vertu, à tous ceux qui en prennent. (Molière, 1983, [1665])

Ceci n'est pas un éloge du tabac. Sganarelle, valet censeur et envieux du plus célèbre des libertins, nous offre dans la scène d'exposition de *Dom Juan ou le festin de pierre* une apologie plus que paradoxale du tabac. Dans cette scène, ce dernier se sert du tabac pour singer les manières de son « pourceau d'Épicure » de maître. La référence au tabac lui permet de se faire passer pour un homme de goût, un érudit et, croit-il, de ridiculiser son maître et à travers lui, la légèreté des mœurs de plusieurs nobles de l'époque. Cette tirade dithyrambique sur le tabac est toutefois parfaitement ironique, à la limite de la parodie. L'effet comique réside en effet dans l'absurdité du propos – associer le tabac à des qualités morales – et le caractère boiteux de l'argumentation. La pièce de Molière est une fable morale dans laquelle la vanité de l'épicurisme et du rationalisme de Dom Juan sont punis par sa mise à mort. Cependant, la critique morale à laquelle se livre Molière n'est pas si évidente. Si le valet se ridiculise, ce n'est pas uniquement par la démonstration de son ignorance et de l'inconsistance de sa rhétorique. La référence à Aristote en matière de tabac ne constitue pas

seulement un anachronisme flagrant, c'est aussi une critique subtile de la morale dévote. Dans la pièce, le personnage du valet incarne la morale chrétienne et le bon sens populaire face à l'incroyance et l'irrévérence de Dom Juan, finalement plus nihiliste que libertin. En même temps, l'éloge du tabac auquel il se livre démontre que Sganarelle envie son maître et le rapproche du divin. En faisant apparaître l'hypocrisie du valet superstitieux et dévot dans cette tirade sur le tabac, ce n'est pas le libertinage et l'hérésie que Molière ridiculise, mais bien les moralistes de son époque.

Sganarelle l'inculte nous donne à penser la dimension morale liminaire du tabac, en définitive tout à fait conséquente. Cette tirade nous démontre que le tabac est déjà au XVII^e siècle un objet de controverse morale ainsi que l'ambiguïté fondatrice de notre rapport au tabac. Le tabac n'a jamais été neutre, il attise les passions depuis le XVI^e siècle tout au moins.

I. Mise en bouche

A) Nouveau Monde et nouvelles passions

1- *La Grande découverte du tabac*

Les occidentaux découvrent le tabac en même temps que l'Amérique. Connue depuis des millénaires³ par l'immense majorité des peuples autochtones du nord au sud de l'Amérique, le tabac se consomme sous de multiples formes (fumé en pipes ou en cigares, prisé⁴, appliqué en cataplasmes ou encore chiqué) et en diverses occasions. « Là même où le tabac est connu, les formes de sa consommation offrent une grande diversité » (Lévi-Strauss, 1967, cité par Ferland, 2007a : 21). Consommé quotidiennement par les amérindiens, le tabac participe également d'un ensemble de rituels culturels et religieux. Pour eux, la consommation de tabac est une pratique ancestrale

³ Le tabac serait cultivé depuis 8000 ans ce qui en ferait une des premières plantes domestiquées par l'homme (Ferland 2007a : 23).

⁴ Le tabac à priser ou *snuff* se consomme par inhalation par voie nasale sous forme de poudre fine. Il n'est pas brûlé et ne propage donc aucune fumée.

éminemment spirituelle. Le tabac occupe une place centrale dans la cosmogonie amérindienne ; il constitue un médium vers le monde de l'immatériel. Offert par les dieux, le tabac est une plante sacrée et sa consommation constitue une prière, un moyen d'entrer en communication avec les esprits.

La pratique de la consommation de tabac est fortement différenciée selon les peuples et, à l'intérieur de ceux-ci, selon la division des rôles et fonctions sociales qui y règne. Ainsi est-elle principalement l'apanage des hommes en raison de l'association de la consommation de tabac avec la prise de parole dans les assemblées publiques et sa fonction de communication avec des entités supérieures (Ferland, 2007a : 26). Le tabac est doté de vertus surnaturelles et constitue ainsi un emblème du pouvoir (cf. Annexes chapitre 1, 1-a). Cette très forte valeur symbolique présidant à un usage différencié du tabac se double d'une valeur pratique. Son usage est en effet commun dans la pharmacopée autochtone des Amériques pour soigner de nombreux maux (Ferland, 2007a : 24). Il sert également de coupe-faim en temps de disette. « Plante magique, trompe-la-faim, signe de distinction sociale, manière de sociabilité, le tabac reçoit d'emblée de multiples attributs, ce qui explique la fascination durable qu'il exerce sur les conquérants européens. » (Nourrisson, 2010 : 19). Ces dimensions se retrouveront dans les pratiques européennes de consommation de tabac.

Les colonisateurs, passée la surprise de la découverte, apprennent à consommer le tabac des peuples avec lesquels ils entrent en contact, d'où prévalence de la pipe en Nouvelle et ancienne France – la pipe étant le mode de consommation privilégié par les Hurons rencontrés par Jacques Cartier – et du cigare chez les espagnols et les portugais débarqués en Amérique centrale et australe (Goodman, 1993 ; Nourrisson, 2010). Les compagnons de Christophe Colomb décrivent de la manière suivante la pratique indigène en débarquant à Cuba en 1492 :

Nous observâmes avec inquiétude ce qui nous a semblé être un sacrifice rituel par le feu, car

nombre de ces indigènes portaient à leur bouche des tubes ou des cylindres se consumant à leur extrémité et ils les suçaient, des tubes à travers lesquels ils aspiraient de la fumée, et de leur apparent confort nous en déduisons qu'il doit s'agir d'un rituel important dont ils semblent éprouver une satisfaction des plus grandes. Nous vîmes même d'ailleurs ces indigènes s'offrir les uns aux autres ces tubes étranges et les allumer. (Luis de Torrès et Rodrigo de Jerez, cité par Molimard, 2004 : 10)

Bien que son usage se diffuse rapidement chez les colons, la fascination des Européens pour le tabac reste mêlée de peurs. Rodrigo de Jerez en fera d'ailleurs les frais à son retour en Espagne ; il sera emprisonné huit ans par l'Inquisition pour avoir fumé dans les rues de Barcelone, des passants l'ayant pris pour un démon. Les premières réticences anti-tabac tiennent alors à son association à des pratiques démoniaques, à l'ivrognerie, ou encore à la « sauvagerie » du Nouveau Monde– les mœurs des « sauvages » ayant déteint sur les nouveaux arrivants (Courtwright, 2008 : 11). Le pape Urbain VIII publie une bulle d'excommunication visant l'usage du tabac sous toutes ses formes⁵. Ces premières croisades morales, bien représentées dans *Dom Juan*, n'empêcheront toutefois pas la propagation du tabac à toute l'Europe et cette bulle pontificale sera abrogée au XVIII^e siècle, l'usage du tabac s'étant totalement banalisé.

2- Le tabac à la conquête du monde

À l'image du sucre et du café, le tabac devient rapidement un élément essentiel du commerce transatlantique (Courtwright, 2008) et, au-delà, de l'accélération de la mondialisation des échanges commerciaux. L'historien David Courtwright parle d'une véritable « révolution psychoactive » mise en

⁵ « Tout cela fait que voulant, dans notre sollicitude, écarter des temples de Dieu un abus si scandaleux, de notre autorité apostolique et par la teneur des présentes, nous interdisons et défendons à tous en général et à chacun en particulier, aux personnes de tout sexe, aux séculiers, aux ecclésiastiques, à tous les ordres religieux, à tous ceux faisant partie d'une institution religieuse quelconque, de prendre dans la suite sous les portiques et dans l'intérieur des églises, du *tabac*, soit en le mâchant, en le fumant dans des pipes, ou en le prenant en poudre par le nez ; enfin, de n'en user de quelque manière que ce soit. Si quelqu'un contrevient à ces dispositions, qu'il soit excommunié. », (Bulle du pape Urbain VIII en 1642, cité par Kirsch, 2010a).

marche aux XVI^e et XVII^e siècles (Courtwright, 2008 : 8). Très rapidement, le tabac se retrouve consommé et cultivé en Europe, en Afrique et en Asie. En fait, en ce qui concerne la France, la première source de richesse ramenée de Nouvelle-France par Jacques Cartier n'est pas l'or mais bien le tabac.

Les pratiques des colons et des indigènes se mélangent dans les colonies. Catherine Ferland parle concernant le Canada de « curieux chassés-croisés interculturels » autour du tabac qui participent de la construction identitaire au sein de la mosaïque ethnique de la colonie naissante (Ferland, 2007b : 81-111). Dès 1603, le calumet avait marqué la colonisation française de l'Amérique en scellant à Tadoussac l'alliance de Samuel de Champlain avec les Montagnais, Algonquins et Malécites contre les Iroquois. Champlain fondera Québec cinq ans plus tard et cette alliance sera déterminante pour le maintien de la présence française dans la région (Kirsch, 2010a).

Initialement rapporté par les marins, soldats et autres grands voyageurs au cours des XVI^e et XVII^e siècles, le tabac, fumé en particulier, se propage à toute l'Europe à la faveur des guerres et exodes de populations (Nourrisson, 2010 : 28). « Dès le XVII^e siècle, des *Smoking Parties* s'organisent dans toutes les classes de la société. » (Nourrisson, 2010 : 30). Le fait de fumer concerne toutes les classes sociales, mais reste associé au vice en France et en Nouvelle-France, à un mode de vie déluré, l'aristocratie lui préférant la prise, en particulier pour les femmes et cela jusqu'à la Révolution. Le tabac est également un enjeu de libération lors des révolutions américaine et française. La guerre d'indépendance entre les colonies américaines et l'Angleterre prend la forme d'une guerre du tabac au début des années 1780. En France, la première Assemblée nationale proclame le droit de cultiver et de vendre du tabac en 1791 (Kirsch, 2010a). Après la Révolution française, la bonne société s'associe aux mœurs démocratiques en se mettant à fumer. La cigarette est quant à elle « inventée » par les mendiants de Séville qui roulent des restes de cigares dans du papier, et ramenée en France

par les troupes napoléoniennes en 1809. On ne fume cependant pas n'importe où ni en présence de n'importe qui. Il est préférable de ne pas fumer dans la rue, mais plutôt chez soi, dans une pièce appropriée – le fumoir – ou dans des lieux publics dédiés aux vices, bars, café et autres cabarets. On prête également au tabac tout un ensemble de vertus médicinales, au point qu'il soit considéré comme une véritable *panacée* (Cohen, 1995 ; Ferland, 2007b). C'est cependant pour ses vertus de facilitation de la sociabilité et son association à l'alcool que le fait de fumer sera le plus apprécié. La contribution du tabac aux deniers de l'État en fera en outre une ressource de choix. « La taxation des drogues constituait donc la pierre angulaire de l'État moderne et l'un des principaux moteurs d'expansion des empires coloniaux. » (Courtwright, 2007 : 12) L'importance des taxes sur le tabac dans les revenus étatiques finit d'emporter les premières condamnations du tabac, désormais objet de toutes les convoitises : « l'impôt sur le tabac est, de toutes les contributions, la plus douce et la plus imperceptible, et on le range avec raison dans la classe des habiles inventions fiscales » (Necker, cité par Kirsch, 2010a).

Le tabac s'intègre finalement facilement dans la culture occidentale et devient rapidement incontournable et naturalisé comme en témoigne la boutade attribuée à Voltaire : « Le tabac a-t-il été fait pour le nez ou le nez pour le tabac ? » (Kirsch, 2010a). La pratique tabagique suit l'évolution des modes et des hiérarchies sociales et le tabac prend une place de choix parmi les excitants modernes (cf. annexes chapitre 1, 1-b).

Les amateurs de plaisirs, animés d'une volonté d'explorer l'espace intérieur, se multiplient en même temps que les produits du plaisir. C'est le temps d'une nouvelle analyse de l'intime, d'une gestion plus raffinée de la chaîne des émotions, d'un brusque déplacement de la conquête du moi ; c'est l'écoute fiévreuse de la cénesthésie. (Nourrisson, 2010 : 46)

Cependant, à la différence du haschisch et de l'opium qui restent l'apanage d'une élite éprise de romantisme, le tabac produit en Europe et au prix décroissant se banalise. Le XIX^e siècle, ère du

tabac et du charbon, consacre la fumée désormais « symbole de la technologie moderne » (Nourrisson, 2010 : 43).

B) La cigarette, icône de la modernité

Ma chambre a la forme d'une cage
Le soleil passe son bras par la fenêtre
Et moi qui veux fumer pour faire des mirages
J'allume au feu du jour ma cigarette
Je ne veux pas travailler
Je veux fumer

(Apollinaire, 1952 : 120)

La fumée du tabac imprègne l'imaginaire de la modernité. Remontant l'échelle sociale, la cigarette s'industrialise dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Le tabac est ainsi absorbé par le machinisme et devient un des objets de la modernisation industrielle sous le coup de deux révolutions technologiques : la cigarette manufacturée et les allumettes chimiques à friction, deux inventions françaises qui rendent la consommation de tabac plus accessible et pratique, en tous lieux et moments de la journée.

Cette nouvelle forme de tabagisme, appuyée par la publicité, fait littéralement exploser la consommation du tabac en Europe et en Amérique au tournant du XX^e siècle. Au tournant des années 1920, la cigarette supplante définitivement tous les autres produits du tabac dans les pays industrialisés. (Nourrisson, 2000, cité par Ferland 2007a : 37).

Elle se fonde dans la sociabilité et préside à la création de différents mondes. En effet, si le tabagisme a triomphé des réticences pré-modernes, l'ensemble de la population n'adopte pas la cigarette en même temps ni pour les mêmes raisons. Elle conquiert la ville avant la campagne, les hommes avant les femmes et le prolétaire avant le bourgeois. La pipe et la prise résistent dans certains milieux, tandis que le cigare devient l'apanage des capitaines d'industrie.

1- *Un nouveau monde social*

Par un processus de démocratisation et d'appropriation culturelle et sociale, la cigarette « fait [finalement] société » (Nourrisson, 2010 : 10; cf. annexes chapitre 1, 1-c). Le processus de hiérarchisation des pratiques tabagiques à l'œuvre depuis le XVI^e siècle entre le fait de priser et de fumer la pipe perdure cependant. Une distinction par classe et par genre s'opère. D'abord apanage du bourgeois égaré dans le romantisme, le tabagisme est, tout au long du tumultueux XIX^e siècle, associé aux révolutions successives, aux mœurs dépravées du petit peuple qui affectionne les excès en tous genres et se soulève périodiquement. La bonne société, principalement les hommes, empreinte de modération et de contrôle de soi, se met à fumer au XIX^e siècle, mais en y mettant les formes. À part quand on va s'encanailler dans les bas-fonds et autres tripots, on fume le cigare dans des clubs (*gentlemen's club*), entre semblables. « *In the second half of the nineteenth century smoking was celebrated as the embodiment of the individuality of the bourgeois gentlemanly amateur.* » (Hilton, in. Gilman et Xun, 2004 : 126). Quel que soit le milieu social, le tabagisme reste toutefois associé au jeu et à la boisson.

À la Belle Époque, cigarettes roulées et industrielles se côtoient dans les milieux plus populaires. Les femmes restent quant à elles exclues du fumoir et seules celles de mauvaise vie fréquentent les tavernes et cabarets : « Les espaces publics du boire sont les espaces privilégiés de la fume, car ils appartiennent avant tout aux hommes. » (Nourrisson, 2010 : 92) La cigarette devient l'attribut de la « professionnelle » et plus généralement de la femme éprise d'indépendance, laquelle représente assurément une minorité. George Sand — proto-féministe à qui l'on doit, selon l'historien Didier Nourrisson, la féminisation du mot « cigaret » — en est une représentante exemplaire. Dans la fiction, on peut également penser à la *Carmen* de Prosper Mérimée (1847) puis de Georges Bizet (1875), gitane ouvrière de la cigarette, qui paya de sa vie son outrageuse liberté sublimée en

tabagisme (Nourrisson, 2010 : 63 ; Klein, 1993). Si l'impudence tabagique des femmes n'est généralement pas en réalité punie par la mort, elle demeure toutefois condamnée moralement jusqu'aux années 1920. La fumeuse est au mieux une « excentrique, écervelée, suspecte de vices plus graves » (Nourrisson, 2010 : 93), au pire une prostituée.

Pendant la Première Guerre mondiale, les hommes étant au front, les femmes se retrouvent à devoir assumer les fonctions traditionnellement dévolues aux hommes. Rapidement renvoyées à leurs foyers à l'armistice, une large proportion d'entre elles sont prises d'un vent d'émancipation qui s'affichera dans le tabagisme, véritable revendication de place dans la sphère publique. Les Années folles font exploser le tabou du tabagisme féminin. La Première Guerre mondiale fait augmenter le tabagisme des deux sexes de manière exponentielle. Ceux des hommes qui ne fumaient pas ont été convertis dans les tranchées pendant que les femmes à la conquête de l'espace public s'emparaient de cet attribut masculin en leur absence. En outre, que ce soit en France, au Royaume-Uni ou chez les belligérants les plus éloignés du front comme le Canada ou les États-Unis, l'industrie du tabac travaille pour la défense de la patrie. Fumer le tabac national est donc un acte patriotique (Nourrisson, 2010 : 159). À la suite de la Grande Guerre, les villes occidentales sont le lieu d'une révolution culturelle et comportementale que la cigarette accompagne. Jarrett Rudy (2005) montre par exemple dans son histoire du tabagisme à Montréal des années 1880 aux années 1940 l'explosion du tabagisme féminin en lien avec la revendication d'une citoyenneté pleine et entière. La cigarette est l'accessoire par excellence de la suffragette, laquelle a d'ailleurs plus de succès au Royaume-Uni, au Canada ou aux États-Unis qu'en France. « On peut souligner que les femmes [françaises] obtiennent le droit de fumer en même temps que le droit de vote » (Nourrisson, 2010 : 186) Le régime de Vichy met en effet fin à la libération des mœurs des Années folles et aux réformes sociales des années 1930 ; les femmes se retrouvent interdites de tabagisme.

Dans son histoire de la cigarette, Didier Nourrisson file la métaphore de l'« allumeuse ». Sous sa plume, la cigarette se fait lascive par voie de femmes. Peut-être est-ce plutôt le siècle de la psychanalyse qui dématérialise cet objet, le transforme en pur symbole, de modernité, de féminité ou encore de liberté, pour mieux l'incarner dans les figures du cow-boy, du gangster ou de la femme fatale. L'industrie publicitaire naissante n'aura dès lors qu'à capitaliser sur ces figures de l'indépendance moderne pour vendre ce qui sera considéré quelques décennies plus tard comme son antithèse.

2- *Faire fumer : Cigarette et industrie de l'imaginaire*

La manipulation consciente, intelligente, des opinions et des habitudes organisées des masses joue un rôle important dans une société démocratique. Ceux qui manipulent ce mécanisme social imperceptible forment un gouvernement invisible qui dirige véritablement le pays.

Nous sommes pour une large part gouvernés par des hommes dont nous ignorons tout, qui modèlent nos esprits, forgent nos goûts, nous soufflent nos idées. C'est là une conséquence logique de l'organisation de nos sociétés démocratiques. [...] Ce sont eux qui tirent les ficelles : ils contrôlent l'opinion publique, exploitent les vieilles forces sociales existantes, inventent d'autres façons de relier le monde et de le guider. » (Bernays, 2007, [1928] : 31)

La découverte et la diffusion du tabagisme avaient été portées par une révolution communicationnelle : le livre (Kirsch, 2010a). Au XX^e siècle, le cinéma et la publicité s'emparent de la propagande tabagique. Le siècle consacre la cigarette comme support de l'identité. Elle devient en particulier un accessoire de cinéma, art du siècle par excellence, par ailleurs financé par les cigarettiers. Il est peu de personnages qui se construisent sans cigarette. Vecteur d'identité sexuelle

de la garçonne à la femme fatale et du cow-boy solitaire au séducteur, d'identité sociale de l'ouvrier au grand bourgeois, le tabagisme fonde des stéréotypes cinématographiques ; la cigarette est cinégénique (cf. annexes chapitre 1, 2). Cette dimension identitaire du tabagisme va constituer la pierre angulaire de la réclame autour de ce produit. Au sortir de la Première Guerre mondiale, l'industrie du tabac fait figure de pionnière en matière de publicité. Davantage, la publicité pour les cigarettes serait à l'origine de l'invention du marketing (Brandt, 2007).

Une société de production de masse nécessite en effet une consommation de masse. Or, comment vendre un produit qui n'est pas de première nécessité et qui n'a rien de distinctif par rapport aux autres produits de même nature ? Rien ne ressemble plus à une cigarette qu'une autre cigarette. Au mieux, la cigarette ne sert à rien ; au pire, elle constitue une nuisance, en particulier pour les femmes. Fumer n'est pas un besoin, tant s'en faut. Bien que le tabagisme soit déjà largement répandu dans les années 1920-1930, encore fallait-il fidéliser cette nouvelle clientèle et gagner des parts de marché sur les concurrents. Selon l'historien Allan Brandt, l'industrie du tabac, en premier lieu aux États-Unis, a travaillé de manière acharnée pour donner forme aux changements culturels précédemment énoncés dans un sens favorable à ses produits : « *The product and the culture were brought into conformity by specific and often purposeful economic and industrial social forces* » (Brandt, in. Gilman et Xun, 2004 : 332). En ce qui concerne les innovations techniques et stratégiques en publicité, marketing, relations publiques, *packaging* et *design*, ce dernier parle d'une véritable « reconstitution de la culture » dans un but commercial. L'élasticité des significations attachées à la cigarette constituait alors une opportunité de promouvoir une fonction à la cigarette. Le marché de la cigarette s'est ainsi imposé comme l'espace privilégié pour le développement de techniques de communication qui visaient à ériger le conformisme en acte d'autonomie et à associer la consommation au plaisir.

Dans les années 1920-1930 aux États-Unis, le marché du tabagisme féminin en fit particulièrement l'objet. « *If women were perceived to be the principal arbiters of the Moral in late nineteenth-century American culture, now they were understood to be the principal force in the ethos of consumption.* » (Brandt in. Gilman et Xun, 2004 : 335) Les publicités de l'époque se sont donc employées à lier féminité et tabagisme autour des idées de *glamour*, de beauté, de minceur, d'autonomie ou encore d'égalité. Choisir une marque, c'est choisir un mode de vie. Le marché de la cigarette devient le terrain de jeu des publicitaires, lesquels définissent et promeuvent alors un certain mode de vie moderne, un modèle de masculinité et par la suite de féminité. L'industrie du tabac inaugure en outre les opérations de « relations publiques ». À l'époque où cette dernière n'a pas encore perdu la bataille médicale, elle dispose d'une panoplie d'experts prêts à témoigner de sa désirabilité.

Dans sa description de la genèse des techniques de marketing qui sont aujourd'hui des standards, Brandt s'attarde particulièrement sur un personnage clé travaillant pour *American Tobacco*, Edward Bernays, pionnier du marketing, inventeur des relations publiques et artisan du tabagisme de masse dans l'entre-deux-guerres. Fort des travaux de son oncle Sigmund Freud, ce dernier fonde un projet novateur de façonnement de l'opinion publique, la « propagande »⁶, et contribue à former une nouvelle classe d'experts en science de la manipulation. Edward Bernays voyait dans la « propagande » un moyen d'« organiser le chaos » démocratique (Bernays, 2007, [1928] : 31), de réconcilier démocratie et capitalisme ou plus précisément d'empêcher la démocratie de nuire aux intérêts des grandes corporations qu'il représentait. « La propagande est l'organe exécutif du gouvernement invisible » (Bernays, 2007, [1928] : 39)

⁶ « Le terme de « propagande », dont Bernays souhaitait réhabiliter l'acceptation neutre qu'il avait avant que ne soient connus les mensonges propagés par la Commission Creel, ne sera cependant pas repris par l'industrie des relations publiques et conserve, aujourd'hui encore, la connotation absolument négative qu'il a acquise après 1918. » (Baillargeon, in. Bernays 2007 : 20)

Bernays est un de ces hommes qui ont fait basculer les sociétés industrielles dans la consommation. Il avait compris, avec une redoutable sagacité, le pouvoir des médiums culturels et l'importance d'utiliser la psychologie pour façonner le comportement et les valeurs des masses. La logique de la consommation est en effet non pas celle du *besoin* mais celle du *désir*. Le but du marketing est ainsi de fabriquer du consentement (de la demande) par le désir, de relier des désirs à des objets, au fond, de vendre des produits non nécessaires en les rendant désirables. « Partout présente autour de nous, la propagande modifie les images mentales que nous avons du monde. » (Bernays, 2007, [1928] : 44) Il représentait ainsi l'alliance de la nouvelle psychologie et du nouvel ordre entrepreneurial. Bernays appelait avec une intuition remarquable « ingénierie du consentement » cette habilité à reconnaître, à donner corps et à exploiter les changements culturels (Brandt *in*. Gilman et Xun, 2004 : 342).

Si la postérité de ses travaux est incommensurable, un de ses faits d'armes les plus remarquables demeure sa contribution à la féminisation massive du tabagisme. Bernays et consorts, à la faveur de la révolution culturelle des années folles, ont profondément modifié le *sens* du tabagisme. En associant cette pratique plutôt marginale à un ensemble d'attitudes ou d'identités valorisées et valorisantes, ces derniers ont forgé l'acceptabilité sociale du tabagisme, particulièrement pour les femmes. Avec son opération des *flambeaux de la liberté*, consistant en l'organisation de *happenings* de jeunes fumeuses féministes, Bernays démontre qu'en maniant savamment des symboles – en l'occurrence la libération des femmes – il est possible de modifier les comportements – faire fumer les femmes. Mère de famille moderne, femme libérée, suffragette, ou fatale; cowboy, militaire, séducteur ou chef de famille débonnaire, être fumeur revient à endosser une identité sociale désirable (cf. annexes chapitre 1, 3-a).

Par le biais de la perspicacité d'hommes comme Bernays et de cette nouvelle « science »

d'ajustement d'un produit à la culture et de la culture à un produit, la cigarette s'est imposée comme icône centrale de la nouvelle culture de consommation. La publicité pour le tabac s'est emparée d'un imaginaire pour mieux développer un marché. Le caractère subversif, sublime, voire sensuel des cigarettes va être largement exploité par l'industrie du tabac au cours du XX^e siècle. L'histoire de la cigarette est aussi celle du capitalisme à l'américaine (Brandt, 2007). Issue de l'industrialisation, produite en masse et standardisée à partir de la fin du XIX^e siècle, elle incarne plus que tout autre produit la société de consommation émergente. La cigarette constitue l'idéal-type de l'influence de l'industrie sur les styles de vie par le biais de la publicité, de l'utilisation de techniques de manipulation de masse, un objet de propagande⁷ au sens propre. La cigarette véhicule un ensemble de significations symboliques lesquelles ont tour à tour été récupérées, alimentées ou remodelées par l'industrie du tabac. C'est donc à la naissance d'une véritable ingénierie culturelle et sociale à laquelle on assiste dans la première moitié du XX^e siècle avec l'invention de ces approches marketing autour de la cigarette comme produit de consommation de masse. Les promoteurs du tabagisme de masse ont inventé un problème qu'Allan Brandt résume de la sorte : « si les normes culturelles constituent un obstacle, il faut changer la culture » (Brandt *in*. Gilman et Xun, 2004 : 343, [nous traduisons]). Cet axiome a présidé au « faire fumer » comme il préside désormais au « faire arrêter ».

⁷ Nous employons ici ce terme dans son acception non péjorative, c'est-à-dire antérieure à son association à la montée des régimes totalitaires. Nous l'entendons donc comme forme de communication au sens large et pas nécessairement politique au sens politicien du terme.

3- *Cigarette et société de consommation*

La Seconde Guerre mondiale n'affaiblit pas le poids économique et culturel du tabac, bien au contraire. Comme pendant la Grande Guerre, la cigarette se fait patriotique (cf. annexes chapitre 1, 3-a). Les cigarettes blondes venues d'Amérique représentent les alliés sur tous les fronts. Les *Craven A* canadiennes en particulier, cigarettes des forces anglo-saxonnes, sont réputées être les cigarettes favorites pendant la guerre. Pendant l'occupation, le cours des cigarettes au marché noir atteint des sommets ; elles font également office de monnaie dans les camps de prisonniers. Là encore, la publicité et le cinéma, également enrôlés dans la guerre contre le nazisme et l'empire du Japon, se font les porte-voix de la cigarette patriotique, symbole de force, de courage et de liberté (cf. annexes chapitre 1, 3-b).

Après la guerre, l'influence de l'industrie du tabac, en particulier américaine, est grandissante. En Europe, les blondes américaines qui inondent le marché avec le plan Marshall vont être associées aux libérateurs américains, puis à « *l'américan way of life* », avec le Coca-Cola, le cinéma et le jazz, lequel s'écoute et se pratique dans un nuage de fumée (Cottrell, *in*. Gilman et Xun, 2004, cf. annexes chapitre 1, 4).

La cigarette agrmente la compagnie, se fait signe de convivialité, parce que facile à offrir, à échanger, expression de sympathie, d'intérêt, de complicité, de générosité, entrant dans le rôle du don, objet qui valorise autant celui qui offre que celui qui reçoit. Elle apparaît selon les individus et leur façon de fumer, comme l'expression de l'aplomb, du sang-froid, de l'élégance ou de la nervosité ; elle devient l'apanage des héros populaires, au cinéma comme dans les bandes-dessinées. (Nourrisson, 2010 : 196)

Accessoire de la *Beat Generation* aux baby-boomers, des ouvriers aux artistes et autres intellectuels d'avant-garde, la cigarette atteint son apogée pendant les Trente Glorieuses, grâce notamment à l'explosion du tabagisme féminin qui vient égaler celui des hommes. Les femmes en voie de conquête de l'espace public constituent en effet plus que jamais une cible publicitaire de

choix et la cigarette se fait plus féministe que jamais (cf. annexes chapitre 1, 5). Les tendances émergentes dans l'entre-deux-guerres, à savoir la société de consommation, de loisir, de l'image, l'importance des médias, s'expriment de manière paroxystique pendant les Trente Glorieuses. Le stéréotype de la femme fatale dans les années 1930 se meut en femme indépendante et active dans les 1970. On assiste également à une diversification de l'offre avec une multiplication des marques et de leurs produits. Le tabac blond gagne aisément la bataille contre le brun ; les cigarettes à filtres⁸, mentholées, puis « légères » font leur apparition (cf. annexes chapitre 1, 6-a). Les produits dérivés apparus dans les années 1920 se multiplient également et la cigarette, encore et toujours laboratoire de techniques publicitaires, inaugure le *packaging*, le paquet de cigarettes se faisant moyen de communication.

Au côté des femmes, une nouvelle cible marketing émerge en la personne du jeune *baby-boomer*. La nocivité du tabagisme de plus en plus reconnue publiquement constitue alors un argument de vente pour des jeunes peu enclins à la prudence. La publicité joue le plaisir contre la santé (cf. annexes chapitre 1, 6-b). L'argument de santé est également récupéré par les promoteurs du tabagisme — déjà utilisé pour le tabac blond réputé plus doux que le brun et symbole d'une époque de confort moins habituée à la rudesse d'antan — et devient une arme de promotion des cigarettes-filtres et encore davantage lors du lancement des cigarettes dites « légères ». Les cigarettiers concurrents rivaliseront désormais par taux de goudron et rapports gouvernementaux interposés (cf. annexes chapitre 1, 6-c). Des années 1920 à la fin des années 1970, date à laquelle la plupart des pays limitent voire interdisent la publicité sur les produits du tabac, les publicitaires du tabac vont redoubler d'ingéniosité pour accroître les parts de marché d'une industrie déjà florissante.

⁸ Les cigarettes à filtres apparaissent dans les années 1940-1950 suite aux premières études consacrées aux dangers du tabac. Elles viseront dans un premier temps particulièrement les femmes du fait du caractère plus doux de leur goût (Ferland, 2007 ; Nourrisson, 2010).

La cigarette est partout, dans la fiction – au cinéma, à la télévision, dans les bandes dessinées – et dans toutes les sphères sociales.

La modernité est le terrain par excellence du développement des drogues et de la quête des *paradis artificiels* : « Pour paraphraser l'anthropologue Robert Ardrey, le commerce des drogues a fleuri dans un monde où la psyché affamée a remplacé l'estomac vide » (Courtwright, 2007 : 11). Le tabac est devenu en quelques siècles une des drogues les plus populaires dans le monde. Son usage s'est propagé au gré des conquêtes et des guerres civiles et mondiales, notamment grâce à sa transformation en produit de consommation de masse : la cigarette industrielle. Inscrite dans le développement des loisirs et de la consommation, accessoire médiatique, produit industriel et atout économique, support de l'identité sociale, vecteur de sociabilité et critère de l'apparaître au monde, la cigarette imprègne la culture occidentale depuis plusieurs siècles⁹ et particulièrement l'imaginaire de la modernité au point que cet imaginaire se substitue à elle. Avec la cigarette industrielle standardisée, le tabac perd sa matérialité et le tabagisme devient une pratique purement symbolique renvoyant systématiquement à autre chose. Aubaine pour le marketing qui naît de sa commercialisation, elle n'en est pas néanmoins un pur produit : « À la différence de bien d'autres produits, comme par exemple les alcools, dont l'industrie s'est développée par la réclame, le tabac chaud s'est imposé au cours du XIX^e siècle sans recourir à la publicité » (Nourrisson, 2010 : 268). Le goût de la cigarette n'a pas été imposé par le marketing, mais le marketing a transformé la société par le biais du produit-cigarette tout comme la promotion de la santé façonne aujourd'hui la société à travers l'anti-tabagisme.

⁹ Didier Nourrisson considère par exemple qu'elle est présente en Espagne depuis cinq siècles et deux pour la France.

II. Mise en péril

Le tabac change la pensée en rêverie. La pensée est le labeur de l'intelligence, la rêverie en est la volupté. Malheur à celui qui tombe de la pensée dans la rêverie. Remplacer la pensée par la rêverie, c'est confondre un poison avec une nourriture ». (Victor Hugo, cité par Molimard, 2004)

La perfection est une chose si ennuyeuse que je regrette souvent de m'être corrigé du tabac. (Émile Zola cité par Molimard, 2004)

Le tabagisme est soupçonné depuis au moins le XVII^e siècle de causer un ensemble maladies notamment le cancer de la bouche. Ce dernier était associé au fumeur de pipe (la pipe étant le mode de tabagisme privilégié à l'époque) mais pas aux propriétés intrinsèques du tabac. C'était en effet la chaleur du tuyau de pipe qui était considérée comme responsable de la maladie. Comme nous l'avons abordé avec la découverte du tabac et la présentation de la scène d'ouverture de *Dom Juan*, les premières condamnations du tabac sont d'ordre strictement moral et en premier lieu religieux. Les foudres de l'Inquisition et les croisades anti-tabac de l'Angleterre de Jacques 1^{er} à l'empire Ottoman ne résisteront cependant pas à l'inexorable progression du tabagisme, aux profits considérables de son commerce mais également à l'impossibilité de faire respecter son interdiction. Ces premières réticences ouvrent cependant une controverse qui ne sera définitivement tranchée que dans la seconde moitié du XX^e siècle.

A) L'ère du soupçon : la controverse sur le tabac des hygiénistes à l'épidémiologie moderne

1- L'hygiénisme du XIX^e siècle

Le tabac détruit le corps, attaque l'intelligence et hébète les nations. (Balzac, cité par Molimard, 2004)

C'est au XIX^e siècle qu'émerge une opposition consistante à la consommation de tabac. La nicotine est découverte au début du siècle, isolée et identifiée comme alcaloïde dans les années 1830. Claude Bernard lui-même démontre qu'à l'état pur, seules quelques gouttes suffisent à tuer un chien (Nourrisson, 2010 : 139), en mettant en évidence le principe d'intoxication à la nicotine, analogue à celui de l'alcool et de l'opium. Le principe d'accoutumance n'est quant à lui pas encore étudié bien qu'il intrigue depuis la découverte du tabac : « L'usage du tabac s'étend beaucoup, il conquiert les hommes grâce à un certain plaisir secret tel que ceux qui en ont pris l'habitude peuvent difficilement se restreindre ensuite. » (Francis Bacon, cité par Nourrisson, 2010 : 269).

Le « nicotinisme », appelé à la fin du siècle tabagisme, est en premier lieu considéré comme un fléau social et moral. Les préoccupations relatives à la consommation de tabac s'inscrivent dans une réflexion générale sur l'hygiène des « classes dangereuses ». C'est alors dans le cadre des préoccupations relatives à la dégénération et à la dépopulation que l'on critique initialement l'abus du tabac de concert avec l'abus d'alcool et la consommation d'opium.

On se met à imputer au tabac, souvent en association avec l'alcool, une part appréciable des avortements, des mort-nés, des malformations congénitales. Bref, l'ancienne panacée deviendrait la responsable de ce mal français connu sous le nom de dépopulation. [...] Tout individu qui endommage son propre corps par l'usage abusif du tabac blesse aussi le corps social. (Nourrisson, 2010 : 145-146).

Au-delà de considérations proprement sécuritaires comme le risque d'incendie (Asbridge, 2004 ; Corvol et Postel-Vinay, 2010), le tabac menace l'ordre public — la majorité des criminels

fument — mais également l'ordre économique. L'individu tabagique serait plus enclin à l'oisiveté et le tabagisme nuirait à la rentabilité du travailleur comme de l'écolier. Plusieurs associations hygiénistes anti-tabac sont créées en Europe et en Amérique du nord à la fin du XIX^e siècle. Aux États-Unis, une véritable croisade anti-tabac est lancée avant la première guerre mondiale au nom de l'avenir de la Nation. Le tabac est alors perçu comme une menace pesant sur la domination masculine et une corruption morale de la jeunesse (Gusfield, 1993 : 52-53). Au début du XX^e siècle, plusieurs États américains interdisent purement et simplement la vente de cigarettes. D'autres introduisent des restrictions concernant un type de population. La ville de New York passe par exemple une ordonnance interdisant aux femmes de fumer en public. Plusieurs entrepreneurs refusent à l'époque d'engager des fumeurs. Henri Ford notamment publie en 1914 un brûlot anti-tabac : *The Case against the Little White Slaver*. Le tabac est alors considéré comme un poison qui diminue les capacités mentales, dégrade les capacités morales, comme la cause de toutes les maladies du patient mais également de la délinquance et du divorce. Émergent aussi des revendications sur les droits des non-fumeurs à bénéficier d'un air « pur » (Troyer et Markle, 1983 ; Gusfield, 1993). Au Canada, la vente de tabac est interdite aux mineurs à partir de la fin du XIX^e siècle et la chambre de Communes va alors jusqu'à voter une interdiction pure et simple des cigarettes en 1903. Ces mesures ne seront cependant pas suivies d'effet. Le mouvement anti-tabac ne parvient pas à interpeller l'opinion publique à la hauteur du prospère mouvement de tempérance.

Bien que la controverse sur le tabac mobilise les élites scientifiques, littéraires et économiques de tous bords, ces mouvements anti-tabac sont ainsi des échecs et ils ne survivront pas à la Première Guerre mondiale : « Les antitabagistes n'ont pu sortir du cercle d'une petite élite bien-pensante et vieillissante. » (Nourrisson, 2010 : 157) La morale ne fait le poids face à la défense des intérêts de la patrie, qu'ils soient de nature militaire ou économique.

2- L'hygiénisme racial nazi

Tant d'excellents hommes ont été perdus à cause de l'empoisonnement par le tabac. (Adolf Hitler, 1942, cité par Proctor, 2001 : 179)

Il faut attendre les années 1930 et l'avènement de la dictature sanitaire nazie pour que l'anti-tabagisme soit pris en charge par une puissance publique. Alors que les mouvements précédemment présentés émergeaient de la société civile, l'Allemagne nazie est le premier pays au monde à s'engager dans la lutte contre le tabac et cela sur une base scientifique. L'épidémiologie allemande de l'époque était en effet la plus avancée au monde comme en témoignent les recherches mises en œuvre à l'institut de recherche sur les dangers du tabac de l'université d'Iéna dirigé par Karl Astel¹⁰. Les épidémiologistes du Reich furent les premiers à établir scientifiquement – par étude statistique de cas-témoins – un lien causal entre consommation de tabac et plusieurs maladies, en particulier le cancer du poumon.

L'historien des sciences Robert Proctor explique cette avance épidémiologique par une relation symbiotique entre science et politique caractéristique du national-socialisme. L'Allemagne nazie constituait à la fois un modèle de politiques publiques « éclairées » par des travaux scientifiques et d'une science orientée idéologiquement. En effet, en matière de cancer du poumon, l'augmentation de la prévalence des cas observée au début du XX^e siècle aurait pu être liée à une multitude de facteurs relatifs au processus d'industrialisation (poussières industrielles, automobiles, routes, changement dans l'alimentation, « mixité ethnique », etc., autant d'hypothèses soulevées à l'époque). Ces hypothèses ont fait débat avant d'être invalidées au profit de l'hypothèse-tabac (le cancer du poumon augmentant au même rythme que celui de la consommation de cigarettes). La recherche d'un lien causal entre consommation de tabac et cancer est le produit à la fois de

¹⁰ Karl Astel était un antisémite notoire, également président de l'Office des Affaires Raciales de Thuringe et officier SS.

l'avancement des infrastructures scientifiques allemandes de l'époque et de l'idéologie eugénico-hygiéniste nazie. « Dans la conception du monde des nazis, le tabac était un poison génétique ; une saignée dans les ressources nationales et une menace pour la santé publique. » (Proctor, 2001 : 182)

Le mouvement anti-tabac nazi s'inscrit donc dans la continuité de l'hygiénisme du XIXe siècle, c'est à dire dans le cadre d'une obsession pour la qualité biologique de la population orientée par une idéologie morale. « *Tobacco use was attacked as a 'plague' and as 'dry drunkenness' (older themes), but also as 'lung masturbation' and a 'relic of the liberal lifestyle'. Tobacco was branded 'the enemy of world peace', and there was even talk of 'tobacco terror' and 'tobacco capitalism'.* » (Proctor, 1999: 76)

Hitler, qui ne fumait pas, ne buvait pas et était végétarien, avait développé un dégoût politique envers le tabac au point d'associer la victoire du nazisme en Allemagne à son propre abandon de jeunesse du tabac (Proctor, 1996). Si Churchill, Staline et Roosevelt étaient des fumeurs impénitents, Hitler, Mussolini et Franco étaient des non-fumeurs convaincus. L'engagement du régime nazi dans la lutte contre le tabac dépassait cependant l'aversion personnelle d'Hitler à l'égard des fumeurs. Le tabagisme était à l'époque fortement associé au capitalisme, au judaïsme et à l'américanisme (cf. annexes chapitre 1, 7). « *The anti-tobacco campaign can be seen as part of a larger climate of 'homeopathic paranoia' - a fear that small but powerful agents were corrupting the German body: agents like alcohol, asbestos, lead, Jews, Gypsies and tobacco.* » (Proctor, 1999: 76)

L'hygiénisme racial nazi trouve ainsi sa source dans l'essentialisme biologique développé au XIX^e siècle; il vise la défense de la pureté de la race aryenne et de l'espace vital germanique et trouve son expression dans la mise en cause du tabac et d'autres substances cancérigènes telles que l'amiante, mais également dans un eugénisme négatif. S'il ne faut pas surestimer l'avancée de la science allemande de l'époque, les élites du régime nazi étant loin de représenter des esprits éclairés rompus à la pensée

rationnelle¹¹, la santé publique allemande de l'époque fait figure de pionnière en matière de lutte contre le tabagisme.

Dans les années 1930-1940, les scientifiques nazis sont ainsi les premiers à étudier et établir le lien entre cancer et consommation de tabac. Si certains auteurs insistent sur l'ambivalence de la politique anti-tabac du Reich et mettent en cause son efficacité (Bachinger et *al.*, 2008)¹², le régime nazi est néanmoins un précurseur dans la mise en place de politiques publiques anti-tabac, que ce soit en termes de campagnes de prévention digne d'une éducation à la santé aboutie ou en termes de législation (interdiction de fumer pour les mineurs et une majorité de femmes, dans les lieux publics, restriction de la publicité, etc.). Après une augmentation du tabagisme dans les premières années du national-socialisme, le tabagisme allemand a décliné pendant les années de guerre. En fait, seule la participation de la cigarette à l'effort de guerre empêchera le régime de l'interdire purement et simplement. L'Allemagne nazie est ainsi le premier pays au monde à s'engager dans la lutte contre le cancer et ainsi contre le tabagisme.

Après la guerre, ces recherches ne seront pas poursuivies et les découvertes épidémiologiques de l'époque resteront entachées par leur association au génocide. Karl Astel et le chef de la santé de Reich se suicident en 1945 et leur contribution à la lutte contre le tabagisme sera enterrée avec eux. Au vu du « retard » que l'Allemagne contemporaine accuse en matière de lutte contre le tabagisme en comparaison avec ses voisins européens, ce lourd précédent historique semble toujours planer sur la lutte anti-tabac allemande.

¹¹ Yves Ternon associe ainsi le nazisme à une polycratie et souligne l'importance de ne pas appréhender la médecine nazie à un monolithe appliquant scrupuleusement les principes de l'hygiène raciale (Ternon, 2007).

¹² Ces auteurs mettent en avant l'opportunité de « jouer la carte du nazisme » pour l'industrie du tabac et ses supporters. Selon eux, les politiques anti-tabac du Reich s'inscrivaient dans la tradition de recherches épidémiologiques allemandes et étaient plutôt incohérentes et inefficaces au vu de la persistance du tabagisme, y compris dans les groupes « méritants » (Bachinger et *al.*, 2008). Pour d'autres auteurs, la persistance du tabagisme dans certains groupes peut être assimilée à une forme de résistance passive et un indicateur de dégénérescence pour les autorités compétentes telles que les jeunesses hitlériennes (Smith et *al.*, 1995).

3- L'épidémiologie moderne et la controverse sur le tabac

L'histoire a retenu comme pionniers de la recherche épidémiologique sur le tabac les noms de Sir Richard Doll et Sir Austin Bradford Hill (1950 pour les premières publications) du *Conseil de la recherche médicale* (MRC) britannique plutôt que ceux des chercheurs de l'institut de recherche sur les dangers du tabac de l'université d'Iéna : « En 1957, le MRC britannique fut la première institution nationale à reconnaître officiellement les dangers du tabac, en particulier pour ce qui concerne le cancer broncho-pulmonaire. » (Corvol et Postel-Vinay, 2010)

À la différence de celle qui avait précédé la Première Guerre mondiale, la controverse sur le tabac qui s'ouvre dans les années 1950 avec ces travaux est de nature scientifique. En effet, le débat autour de l'inférence causale en matière de cancer du poumon, c'est-à-dire le sens à donner aux corrélations statistiques et les interventions appropriées qui en découlent, donnera naissance à de nouvelles normes qui formeront le socle des pratiques de la nouvelle épidémiologie. Selon Jean-Paul Gaudillière, l'épidémiologie des facteurs de risques a fait ces premières armes sur la controverse tabac et cancer du poumon. « Ce sont les discussions des années 1950 et 1960 sur le lien entre incidence du cancer du poumon et consommation de tabac qui ont donné aux techniques de suivi de cohorte ou d'enquête cas témoin cette légitimité politique. » (Gaudillière, 2006 : 63 ; cf. aussi Mair, 2011 : 131). Comme nous l'avons abordé avec l'épidémiologie allemande des années 1930-1940, le tabac n'était pas la seule hypothèse possible ; l'interprétation causale des résultats des premières enquêtes fut vivement débattue. La conclusion de la controverse publique (Troyer et Markle, 1983) et statistique sur la morbidité associée au tabac, soit l'abandon de l'hypothèse d'un tiers facteur, est une décision tant politique que technique (Gaudillière, 2002 ; 2006). Elle constitue la réorientation de la santé publique vers l'intervention sur les facteurs de risque et elle consacre les pratiques épidémiologiques désormais routinières de mesure de ces risques.

Le *Royal College of Physicians* britannique publie en 1962 (Berridge, 1999 ; Welshman, in. Gilman et Xun, 2004) un rapport sur la morbidité et la mortalité associée au tabagisme suivi en 1964 par un rapport du Chef des services de santé publique des États-Unis (*Surgeon General*) similaire. L'existence d'un lien causal entre tabagisme et cancers, maladies respiratoires et cardio-vasculaires sera confirmé par plusieurs enquêtes aux méthodes similaires dans différents pays. En 1986, un deuxième rapport du *Surgeon General* des États-Unis étend les effets délétères du tabagisme des fumeurs aux non-fumeurs. Cette extension des risques désormais consacrés du tabagisme pour les fumeurs à des victimes innocentes sera déterminante en matière de politiques anti-tabac (Gusfield, 1993 ; Cunningham, 1996 ; Asbridge, 2004 ; Reid, 2005 ; Bell, 2011). La rhétorique libérale du choix mobilisée jusque-là par les opposants à la lutte contre le tabagisme se trouvait désormais disqualifiée par la mise en danger d'autrui. « *Thickly social in its implications, secondhand smoke seems to entail the fate of all citizens, and a revolution in public attitudes began toward the regulation of what was considered private behavior in shared public spaces.* » (Reid, 2005: 9) L'apparition des notions de « fumée secondaire » et de « tabagisme passif » modifie la définition du problème en faisant du tabagisme une pratique non seulement imprudente mais criminelle.

En 1988, un troisième rapport vient asseoir les « découvertes » du précédent. Ce dernier rapport consacre le caractère pathogène du tabagisme pour les fumeurs et les non-fumeurs et entérine ainsi la définition du tabagisme comme polluant environnemental. Il introduit par ailleurs le caractère pathologique de la consommation de tabac, soit l'addiction à la nicotine. Néanmoins, si la nocivité associée au tabagisme ne fait plus débat au sein de la communauté scientifique depuis une quarantaine d'années, celle associée au tabagisme passif, bien que reconnue par les institutions nationales et internationales compétentes, reste controversée (Molimard, 2008). En effet, suite à ces découvertes épidémiologiques, le débat scientifique se meut en controverse sociopolitique sur la

nécessité, la légitimité et la nature des actions à engager, l'identité des responsables et les moyens d'action disponibles. Le problème public du tabagisme sera alors géré différemment selon les contextes nationaux.

B) La chute : politiques anti-tabac et médicalisation du tabagisme

1- Les politiques anti-tabac en France, aux États-Unis, au Canada et au Québec : diversité des méthodes pour un résultat similaire

En matière de contrôle du tabac, l'État dispose de trois moyens d'action : la *réglementation*, les *mécanismes de régulation économique*, et la *persuasion sociale* (Padioleau, 1982 : 53-54). Afin de bien cerner les enjeux de la lutte contre le tabagisme et les difficultés de sa mise en place, nous aborderons ici la comparaison élaborée par Constance Nathanson (2007) entre les politiques anti-tabac aux États-Unis, en France, au Canada et au Québec. Les mesures de prévention ont suivi dans les quatre entités nationales une logique semblable et ont mené à un déclin parallèle du tabagisme (cf. annexes chapitre 1, 8). Le premier moyen de prévention a été dirigé vers l'individu fumeur par des mesures d'éducation à la santé et de taxation. Sont venues ensuite les mesures dites « environnementales » telles que les interdictions de fumer, le contrôle de la publicité et la stigmatisation de l'industrie du tabac (Nathanson, 2007 : 110-115).

Précisons tout d'abord que les quatre entités nationales susmentionnées sont des producteurs de tabac et que ce produit occupe une place non négligeable et bien établie dans leurs activités commerciales. Sur le plan de la consommation de tabac, elle suit la même évolution aux États-Unis et au Canada (Québec compris), soit celle d'une diminution constante, voire drastique, depuis les années 1980, en particulier dans les classes moyennes et supérieures. La France fait figure d'exception en la matière, la consommation de tabac y étant généralement supérieure et n'ayant

commencé à baisser, lentement et modérément, qu'à partir des années 1990 et cela sans suivre de gradient social¹³. En outre, la littérature de santé publique est beaucoup plus abondante dans les pays précédemment mentionnés qu'en France. Enfin, il faut également insister sur le fait que l'histoire de la santé publique est marquée par les clivages sociaux, lesquels ne se configurent pas idéologiquement et pratiquement de la même manière selon les pays. Aux États-Unis, elle reste indubitablement marquée par la question raciale, au Canada par le clivage socioculturel anglophones/francophones et en France, attachée au mythe de l'universalisme de la citoyenneté, autour des questions d'exclusion.

Les États-Unis sont le pays le plus symboliquement rattaché au tabagisme. Ils présentent un modèle d'État central de type faible et sont en outre le seul pays nous concernant à ne pas disposer d'un système d'assurance maladie public. En termes de culture politique, les politiciens américains sont généralement très réticents à intervenir dans la vie sociale et économique. En matière de santé publique, cette réticence est d'autant plus forte que l'intervention de l'État est considérée comme paternaliste, comme une ingérence de l'État dans les affaires privées. Il faut néanmoins préciser que l'État fédéral post-11 septembre a eu tendance à se renforcer en jouant sur l'axe de la sécurité, et que l'administration Obama semble vouloir rompre avec la logique d'un État fédéral minimal. C'est notamment remarquable en matière de tabagisme. Il faut également ajouter que le *lobbying* y est institutionnalisé avec des agences siégeant à Washington. En matière de santé publique, ce *lobbying* a été déterminant, notamment en ce qui concerne le contrôle de la consommation de tabac.

Dans les années 1970, les États-Unis ont vu fleurir des mouvements anti-tabac. Depuis lors, ces derniers mènent une bataille continuelle contre le gouvernement fédéral hostile à la régulation de la consommation de tabac et l'industrie du tabac ayant pignon sur rue à Washington. C'est au

¹³ Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), le tabagisme (fumeurs quotidiens) serait même en augmentation en France depuis 2005, en particulier chez les femmes de 45 à 65 ans.

niveau local que ces mouvements ont eu le plus de succès, les États fédérés, les comtés ou encore les villes – la ville de New York est à cet effet exemplaire — passant des lois visant à encadrer la consommation de tabac (restriction et taxation). À la fin des années 1990, et malgré les opportunités politiques (procès contre l'industrie, activiste à la *Food and Drug Administration* [FDA], réduction des coûts du *Medicaid*, etc.) et la présence d'un président bien disposé (Clinton), l'échec du *McCain bill* au Congrès, qui visait à étendre l'autorité de contrôle de la FDA au tabac, avait marqué l'échec de la stratégie fédérale face au poids de l'industrie du tabac. Le changement d'administration en 2008 a cependant été favorable à une régulation fédérale de la consommation de tabac. Le président Obama a en effet signé le 22 juin 2009 le *Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act* qui étend la juridiction de la FDA au contrôle des produits du tabac (Deyton, 2009 ; Kirsh, 2010), ce qui confirmerait l'intuition d'un renforcement de l'État fédéral aux États-Unis et par là de la santé publique. Cette loi constitue ainsi « l'occasion d'avoir une véritable action sur ce qui est probablement la principale préoccupation de santé publique aux États-Unis et dans le monde » (*New England Journal of Medicine*, 361, 4, 2009, cité par Kirsch, 2010). Avant ce changement d'attitude du gouvernement fédéral, la stratégie locale et pénale des mouvements anti-tabac, en particulier de celui du droit des non-fumeurs, fortement influencés par le mouvement des droits civiques, avait cependant été payante. Il en est allé de même pour la construction d'une définition de la cigarette comme « *drug delivery system* » et du tabagisme comme un comportement imposé de l'extérieur (industrie, fumeurs irresponsables) à des victimes innocentes (fumeurs dépendants, enfants victimes de la fumée secondaire) et non pas comme un choix.

En France en revanche, la structure de l'État est fortement centralisée et fonctionne grâce à un corps de fonctionnaires formé spécifiquement et supposé hermétique aux pressions extérieures. Selon Nathanson, la perception de l'État comme le seul acteur politique légitime s'accompagne d'une

certaine croyance en la toute-puissance de l'État et d'un paradoxal sentiment anti-intervention de l'État dans la vie privée des citoyens. Par rapport aux États-Unis, la France présente un sous-développement de l'activisme chez le citoyen *lambda*. En outre, par rapport au poids écrasant et au lustre de la médecine clinique, le champ de la médecine sociale et préventive semble sous-représenté en France. Cependant, face à des situations extraordinaires, une crise mettant la Nation en péril, l'État français est capable de réactions rapides malgré les oppositions¹⁴.

La France, en 1976, est le premier pays à voter une loi visant à encadrer la publicité sur les produits du tabac, à imposer des avertissements sur les paquets de cigarettes et à en limiter la consommation dans certains lieux publics. Cette loi initiée par la ministre de la Santé de l'époque, Simone Veil, ne sera pourtant pas appliquée au regard des intérêts financiers de l'État français et des industriels. En 1991, la très controversée loi Évin engage l'État à faire respecter des prescriptions plus ambitieuses encore (interdiction de fumer dans les lieux publics) que celles de la loi Veil. Elle ne sera que très peu respectée et la seule stratégie anti-tabac française sera longtemps celle d'une augmentation exponentielle des taxes sur le tabac dans les années 1990 et 2000, pour atteindre une part d'environ 80% du prix du paquet de cigarettes. La taxation est en effet bénéfique pour l'État et moins préjudiciable pour l'industrie que les mesures de restriction à la consommation. En 2003, Jacques Chirac alors chef de l'État, s'engage symboliquement dans la lutte contre le tabac. L'État va alors progressivement se désengager de l'industrie du tabac (privatisation de la SEITA). En 2006, une nouvelle loi vient renforcer l'application de la loi Évin et tous les lieux publics deviennent finalement non-fumeurs en 2008. En matière de lutte contre le tabac, la France reste cependant derrière les États-Unis et le Canada.

¹⁴ En témoigne la décision par décret ministériel de distribution de seringues et de méthadone en 1987. Il s'agissait là de réagir rapidement à une crise politique issue du souvenir du scandale du sang contaminé, le statut de problème de santé était secondaire (Nathanson, 2007).

Enfin, le Canada présente selon Constance Nathanson une structure politique plus complexe que celle des États-Unis et de la France. De plus, c'est le pays qui a connu ces dernières années le plus grand changement dans sa culture politique. Alors que la santé était traditionnellement du ressort des provinces, la santé publique s'est trouvée être une opportunité pour l'État fédéral de renforcer ses prérogatives. Cela s'est accompagné d'opportunités grandissantes pour les mouvements sociaux et les groupes d'intérêts d'influer sur les politiques publiques, sur le modèle étatsunien.

Dans les années 1990, le Canada faisait figure de chef de file international au niveau des lois anti-tabac. Le gouvernement fédéral met en effet en place dès 1986 les mesures anti-tabac les plus agressives de l'époque (avertissements effrayants sur les paquets, utilisation d'images, interdiction de fumer dans les administrations publiques, taxes, etc.). Cependant, l'action des mouvements anti-tabac (proches des mouvements étatsuniens) au niveau fédéral reste limitée par l'influence de l'industrie du tabac sur le Parlement, mais également par les prérogatives et intérêts des provinces (l'industrie du tabac étant concentrée en Ontario et au Québec) et le trafic de cigarettes en provenance des États-Unis.

Le cas du Québec est particulièrement intéressant dans la mesure où la province ne s'est convertie que très tardivement à la lutte contre le tabac mais de manière radicale. Le Québec présentait en 2008 une prévalence du tabagisme significativement plus élevée que la moyenne canadienne (cf. annexes chapitre 1, 8-b). En outre, la santé publique, et *a fortiori* la lutte contre le tabac, a cristallisé les différents qui l'opposent au gouvernement fédéral. Le Québec a en effet toujours été hostile aux prétentions fédérales en matière de santé publique. En outre, les trois plus grandes compagnies de tabac canadiennes ont leur siège social à Montréal, ce qui fait du Québec la « terre des fumeurs et le havre des fabricants » (Nathanson, 2007 : 154). Au moment où le gouvernement canadien s'engage dans la lutte contre le tabagisme et dans le contexte de morosité

économique québécois, les mesures fédérales (notamment l'interdiction de parrainage d'événements sportifs et culturels) sont prises comme une attaque délibérée contre l'économie provinciale. Ce n'est qu'en 1994 que le tabagisme est défini au Québec comme problème de santé publique. La victoire du Parti Québécois à l'élection provinciale de 1994 porte au pouvoir un nouveau ministre de la santé, Jean Rochon, partisan du contrôle du tabac. Sous le coup de cette élection et d'une pression anti-tabac externe au gouvernement, originaire du Québec (et non du gouvernement fédéral) et formulée en français, le Québec s'aligne rapidement sur les politiques fédérales. En 2006, l'interdiction totale de fumer dans l'ensemble des lieux publics s'applique finalement dans sept provinces, le Québec inclus, et deux territoires canadiens. Il est également très intéressant de remarquer que la construction du tabagisme comme problème de santé publique et non pas comme une question de droits (comme aux États-Unis) a permis d'asseoir les compétences du gouvernement fédéral en matière de santé publique.

Il est donc manifeste que, comme le remarque très justement Didier Fassin, les structures sanitaires s'adaptent aux formes politiques dans lesquelles elles s'insèrent et que les intérêts médicaux sont systématiquement subordonnés à ceux des gouvernants (Fassin, 2004 : 1016). Paradoxalement, la France, pays engagé le plus tôt dans la lutte contre le tabac et muni de la plus forte tradition nationale d'intervention étatique dans la sphère privée, se retrouve relativement en retard, alors qu'aux États-Unis, où aucune loi fédérale ne régit la consommation de tabac et où l'influence du lobby du tabac est prédominante, existent les lois les plus restrictives en matière de tabac. La ville de New York qui avait dès 2003 interdit la consommation de tabac dans les bars et restaurants a étendu cette interdiction aux parcs et plages publiques de la ville en mai 2011. Il y a donc une dimension culturelle plus large à prendre en compte, qui réfère aux valeurs, au-delà des traditions nationales en matière de politiques publiques. Enfin, il faut souligner l'influence des

institutions internationales, en l'occurrence l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sous l'égide de laquelle, 192 pays dont les trois susmentionnés, ont ratifié en 2003 la convention-cadre de lutte contre le tabac (OMS, 2003).

2- La définition contemporaine du problème du tabagisme

a. Du tabagisme pathogène...

Nous avons vu que le tabac a été reconnu comme un pathogène pendant la seconde moitié du XX^e siècle par de nombreuses institutions nationales et internationales et que la plupart des gouvernements occidentaux ont pris des mesures visant à en diminuer l'incidence. Le tabagisme est désormais considéré par l'OMS comme une véritable épidémie planétaire qui tuerait plus de 5 millions de personnes par an dans le monde. Les projections pour le XXI^e siècle vont jusqu'à 1 milliard de morts, ce qui en fait la première cause de décès évitables (OMS, 2008 ; cf. annexes chapitre 1, 9). Outre ces coûts humains notoires, le tabagisme serait également la cause de coûts économiques considérables correspondants aux dépenses des systèmes de santé publics¹⁵, à la perte de productivité de la main d'œuvre tabagique voire l'incidence directe du tabagisme sur la pauvreté.

Le tabac est la deuxième cause de mortalité dans le monde. Il est actuellement responsable du décès d'un adulte sur 10. Si le tabagisme continue sur sa lancée actuelle, il provoquera environ 10 millions de morts par an d'ici à 2020 et la moitié de ceux qui fument aujourd'hui, environ 650 millions de personnes, finiront par en mourir.

Le tabac est le quatrième facteur de risque de morbidité dans le monde. Les coûts économiques du tabagisme sont tout aussi dévastateurs et ne se limitent pas aux dépenses de santé publique pour traiter les maladies provoquées par le tabac. Les victimes meurent pendant la période la plus productive de leur vie, privant les familles de leur soutien et les nations d'une main d'œuvre en bonne santé. Quand ils sont encore en vie, les fumeurs sont

¹⁵ Cette affirmation est cependant sujette à débat. En effet, selon une étude néerlandaise sur les coûts relatifs à l'obésité, dirigée par Pieter Van Baal, économiste pour l'Institut de santé publique des Pays-Bas, les fumeurs couvriraient ultimement moins cher en frais médicaux que les « personnes en santé » (Van Baal et al., 2008).

aussi moins productifs en raison de l'augmentation de la morbidité. Selon un rapport de 1994, on estimait que la consommation de tabac entraînait une perte annuelle nette de 200 milliards (US \$), dont un tiers pour les pays en développement. » (OMS, cité par Kirsch, 2010b)

Le tabagisme constitue ainsi selon l'OMS une authentique catastrophe sanitaire dont l'ampleur nécessite la mise en place et la généralisation de dispositifs anti-tabac – interdiction de toute forme de publicité pour les produits du tabac, augmentation considérable des taxes sur le tabac, augmentation de l'âge légal pour s'en procurer, interdiction de fumer dans les lieux publics et dans certains lieux privés, obligation pour les détaillants de cacher leurs produits, arsenal de sensibilisation anti-tabac, programmes de sensibilisation aux dangers du tabac dans différentes institutions, remboursement selon les pays des traitements visant à l'arrêt, etc. — mais également de recherche sur les déterminants du tabagisme.

b. ... au tabagisme pathologique

La passion des fumeurs pour le tabac est un objet de curiosité depuis sa découverte. Les scientifiques de l'Allemagne nazie, aussi intéressés par la biochimie que par l'épidémiologie, avaient déjà souligné la forte dépendance induite par le tabac. Concentrés sur une logique de santé publique, ils n'avaient cependant pas poussé leurs recherches dans le sens d'une théorie générale des dépendances. D'autant plus que leur idéologie raciste leur fournissait déjà une explication causale et une solution toute trouvée. La nature du plaisir et de l'accoutumance induits par la consommation de tabac reste ainsi mystérieuse jusqu'à la mise en évidence du caractère pathologique du tabagisme.

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, la piste de recherche privilégiée en matière de déterminants du tabagisme a été prioritairement de nature psycho-biologique. Ces recherches

accentuent alors le processus de médicalisation¹⁶ du problème du tabagisme déjà engagé. La médicalisation du tabagisme s'est réalisée en premier lieu par le biais de la santé publique suite aux enquêtes épidémiologiques établissant un lien de causalité entre le tabagisme et plusieurs maladies, soit la mise en lumière de la morbidité et de la mortalité associée à la consommation de tabac. À partir des années 1980, un deuxième mouvement de redéfinition s'applique à *pathologiser* la consommation de tabac. Le tabagisme n'est donc pas seulement pathogène, il reflète également une condition pathologique, la *dépendance à la nicotine*.

La pathologisation du tabagisme correspond à la redéfinition du tabagisme en maladie en soi. La dépendance à la nicotine rentre en effet dans la troisième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*) de l'Association Américaine de Psychiatrie en 1980, dans la rubrique « trouble mental organique » (Cohen, 1995 ; Kirsch 2010). Ce changement paradigmatique sera entériné par le troisième rapport du *Surgeon General* des États-Unis en 1988. L'Organisation mondiale de la santé la classe quant à elle parmi les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » dans sa *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé* (CMI-10, 1993-1996). La tabacomanie est la consommation compulsive de tabac causée par la dépendance à la nicotine. Le tabagisme serait ainsi le symptôme de la dépendance à la nicotine.

Le tabagisme est une toxicomanie acquise à la fin de l'enfance qui découle de l'expérimentation avec la cigarette. Contrairement au cliché que l'on entend répéter partout, il est en effet improbable que nul n'ait choisi de fumer. On se trouve plutôt contraint de fumer pour avoir essayé une cigarette, par curiosité, pour se donner contenance ou se prouver que

¹⁶ La définition classique et large de la *médicalisation* correspond à l'extension du champ de compétence de la médecine à de nouveaux objets, en ce qui nous concerne le tabagisme. « Le terme médicalisation renvoie aux processus par lesquels des comportements ou des phénomènes posant problème pour les individus ou la société sont définis ou redéfinis en termes médicaux, se voient attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux. » (Cohen, 2007 : 219)

l'on peut faire comme tout le monde. La résultante de cette expérience s'avérera catastrophique pour tous ceux qui se trouveront forcés de continuer à fumer par la suite parce que l'on devient rapidement incapable de ne pas fumer. (Turcotte, 2007 : 77)

Le tabagisme rejoint ainsi la longue liste des dépendances biochimiques dans la mesure où il constitue une « compulsion irrésistible à accomplir un acte contraire à sa volonté ou sa raison », à l'instar de ces autres toxicomanies. Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti (2009) soulignent que le dénominateur commun des conduites à risques médicalisées est la compulsion, ces conduites n'étant que le symptôme d'une affliction empêchant le sujet de se contrôler et de réaliser des choix rationnels.

Les faits essentiels sont les suivants : 1) le tabagisme, et principalement la cigarette, induit une dépendance ; 2) la nicotine est la principale substance responsable de cette dépendance ; 3) les mécanismes comportementaux et pharmacologiques sont les mêmes que ceux de toutes les drogues (héroïne, cocaïne...). (Mautrait et Branellec, 2001 : 5-6)

Une fois les mécanismes pharmacologiques et comportementaux de la dépendance identifiés, plusieurs solutions de traitements ont été recherchées. La *tabacomanie* est une maladie dont l'agent pathogène est la nicotine. La tabacologue Catherine Soulié-Lozé résume ainsi la vision biomédicale du tabagisme :

La cigarette est une seringue à nicotine et la nicotine inhalée par la fumée de cigarette a un «**effet shoot**». En effet la nicotine met 7 secondes pour passer des alvéoles pulmonaires au cerveau. Cette rapidité renforce considérablement le comportement tabagique et entretient la dépendance. [...] Une des causes majeures de la sous-utilisation de la substitution nicotinique est la mauvaise connaissance des produits disponibles mais aussi un manque d'information qui fait trop souvent considérer la nicotine comme le produit toxique du tabac. [Elle souligne.]

Cette citation met en lumière la troisième dimension de la médicalisation du tabagisme, soit sa *médicamentation*. Dans ce troisième mouvement, la médication du tabagisme introduit une distinction entre l'agent pathogène, la nicotine, et le produit toxique, le tabac. Le complexe

biomédical transforme l'agent pathogène en médicament, plus précisément en produits de substitution. La pratique de la substitution a pour finalité le sevrage et correspond à l'administration d'une substance de synthèse ayant une activité pharmacologique analogue à celle du psychotrope addictif. Elle est principalement utilisée pour le tabac (sous forme de nicotine de synthèse) et pour l'héroïne (méthadone et buprénorphine). Dans une optique de traitement, des gommes, des timbres transdermiques, ou encore des inhalateurs à nicotine et autres vaporisateurs nasaux sont désormais disponibles sur le marché. Ils sont en vente libre et remboursés selon les systèmes de santé nationaux, ce qui est le cas au Québec. Les bienfaits de la nicotine ont par ailleurs été étendus à d'autres conditions que la tabacomanie. Ses propriétés pharmacologiques auraient en effet des vertus de prévention et de traitement de plusieurs maladies telles que Parkinson, Alzheimer, la schizophrénie, le trouble du déficit de l'attention ou hyperactivité (TDAH), le syndrome Gilles de la Tourette et d'autres troubles neuro-psychiatriques (Mandavilli, 2004).

Une autre génération de traitements anti-tabac a vu le jour dans la dernière décennie. Le bupropion, un médicament psychotrope de type antidépresseur, est commercialisé depuis 2001 par GlaxoSmithKline (GSK) sous la marque *Zyban* et la varénicline, un antagoniste de la nicotine, est commercialisée par Pfizer depuis 2006 sous la marque *Chantix* (aux États-Unis) ou *Champix* (en Europe). Ces deux médicaments sont cependant controversés en raison de la sévérité de certains de leurs effets secondaires. Il est également question depuis quelques années de développer un vaccin anti-tabac. Le *NicVAX*, développé par Nabi Biopharmaceuticals et racheté en 2009 par GSK, est par exemple un vaccin expérimental visant à prévenir le développement d'une dépendance à la nicotine ou les rechutes. Un groupe de chercheurs de l'Université d'État d'Arizona a par ailleurs reçu en 2013 une subvention de 3,3 millions de dollars du *National Institute of Drug Abuse* des États-Unis pour concevoir un vaccin conférant une immunité à la nicotine à partir de structures nanométriques

assemblées à de l'ADN. Biotechnologies et nanotechnologies apparaissent ainsi comme des vecteurs prometteurs d'un « monde sans fumée ».

Enfin, à ces thérapies biomédicales (substituts nicotiniques, médicaments psychotropes antidépresseurs, anxiolytiques, etc.), on peut ajouter les différentes techniques pour arrêter de fumer qui prolifèrent ces dernières années et qui ne sont, d'ailleurs, pas incompatibles entre elles – en fait, elles sont souvent combinées dans les différents centres et autres cliniques d'arrêt du tabac : *psychotabacologie* et autres psychothérapies, thérapies cognitivo-comportementales, auto-conditionnement (méthode Allen Carr), acupuncture, intervention au laser, hypnothérapie, homéopathie, réflexologie, cigarettes électroniques, aide en ligne de tous types allant jusqu'aux applications *iPhone*, etc. La publicisation croissante des dangers du tabac et la stigmatisation subséquente du tabagisme a en effet ouvert un marché colossal ; il y aurait de nos jours selon l'OMS 1,3 milliard de fumeurs dans le monde.

Il y a donc deux faces au problème contemporain du tabagisme. Une menace de santé publique qui implique des interventions de type populationnel et un fléau biochimique qui nécessiterait des interventions de type individuel biomédical. Si les deux définitions apparaissent incompatibles, les possibilités d'interventions qu'elles entraînent apparaissent au contraire complémentaires et sont par ailleurs mises en place comme telles dans le cadre du dispositif anti-tabac au Québec. Cependant, que le tabagisme soit une pathologie individuelle ou une pathologie sociale, il n'en demeure pas moins une pathologie. Le tabagisme cause un ensemble de maladies, dont certaines sont mortelles, et il est en lui-même une maladie, la tabacomanie. Dans les deux cas, il

est appréhendé à l'aune d'un paradigme médical. Dans les deux cas également, la nécessité et l'urgence d'une intervention politique sur ce problème sociétal ne suscitent de débat. C'est précisément ici que l'opportunité du regard sociologique sur une telle question émerge.

Si les immenses progrès de la chimie organique commencent à peine à lever le voile sur les mystères du cerveau humain et de sa sympathie innée pour certaines molécules psychotropes, la compréhension des systèmes culturels et des grands courants sociaux demeure néanmoins l'indispensable clé de voute du phénomène de la toxicomanie. [...] Les travaux portant sur l'histoire des drogues sont donc non seulement utiles, mais éminemment nécessaires afin de relayer les sciences exactes et de permettre une meilleure compréhension des dimensions sociales et culturelles qui sous-tendent la consommation de drogues. (Ferland, 2008 :1-2)

Cette brève socio-histoire du tabac nous a permis de mettre en évidence les liens entre ses redéfinitions successives et les grandes transformations sociales et politiques issues de la modernité. Problème moral lors de sa découverte, il a ensuite été « déproblématisé » pour devenir le symbole de la société de consommation de masse, avant de resurgir sous forme de péril social et moral. Au XX^e siècle, le problème va progressivement se médicaliser pour finalement de nouveau apparaître comme un problème social et moral. Le récit de la conquête du monde puis de la chute du tabac constitue ainsi un point de départ de notre analyse sociologique de cette question contemporaine. Il s'agira ainsi de lier la conception et l'intervention contemporaine sur le tabac aux enjeux sociaux et politiques contemporains.

En effet, si la consommation de tabac est unanimement définie comme un problème médical, les recherches sur le tabac (*tobacco studies*) ont de beaux jours devant elles dans la mesure où un débat public perdure, notamment sur la nature des solutions à apporter à cette question. Les sciences humaines et sociales participent indéniablement à ce débat, ne serait-ce que par la mise en évidence du processus d'inscription culturelle de la consommation de tabac en Occident comme nous venons de le faire. Or, c'est précisément sur ces mécanismes-là que prétendent intervenir les différentes

politiques anti-tabac que nous regroupons sous le terme de *dispositif anti-tabac*. Nous présenterons ainsi dans le prochain chapitre une revue de littérature des approches en sciences sociales qui abordent la question des drogues et toxicomanies, en particulier en sociologie de la santé et en sociologie des problèmes publics.

CHAPITRE 2 : PRODUCTION ET CONSTRUCTION DU TABAGISME COMME PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

La perspective socio-historique du précédent chapitre nous a permis d'entrevoir les différents cadres d'appréhension du tabagisme au cours de son existence en Occident. On conçoit désormais largement le tabac comme une substance psychoactive et le tabagisme comme la réponse comportementale à la dépendance à cette substance psychoactive. La consommation de tabac est ainsi entrée dans le champ des drogues et toxicomanies. Or, si cette définition du tabagisme est globalement incontestée, pas même dans le champ des sciences humaines et sociales, la question de la nature du « problème du tabagisme » n'a pour autant pas été tranchée définitivement.

À la question de savoir si le tabagisme est une pratique sociale ou un comportement dicté par une dépendance chimique nous répondons qu'il est probablement les deux. Le tabagisme est un « objet hybride » :

addiction has long been (and remains) a 'hybrid' entity (Latour, 1993) that combines a mixture of scientific, psychological, moral, technological, social and spiritual elements (cf. Valverde, 1998 on alcoholism as a hybrid). There is little reason to doubt that addiction will remain a hybrid, despite cutting-edge developments in scientific and therapeutic fields; but this observation is best thought of as only a starting point for analysis. What is most interesting is not that addiction is an admixture of biology and politics, but how that particular mix changes over time – and how such changes relate to important social, personal and political issues. (Vrecko, 2010)

L'appréhension des substances psychotropes oscille en permanence entre le naturel et le culturel, entre le biologique et le social. Naturel, car il s'agit de modifications chimiques de notre état biologique. Culturel, car chaque culture s'emploie à modifier son état naturel avec les moyens dont elle dispose et dans un cadre normatif qui lui est propre. Il est dès lors très ardu, en matière de drogues, de délimiter le social du médical. Les deux se recoupent inmanquablement sans pour autant se réfuter l'un l'autre.

Addictions have both social and organic etiologies and physiological and cultural sequelae. [Kushner] suggests that what we call addictions are actually syndromes of dependence that have multiple triggers and pathways, ranging from the cultural to organic, but are probably informed by a combination that we could usefully consider a 'cultural biology'. (Dunbar et al., 2010: 3)

Il n'est ainsi d'aucun intérêt de nier la constante biologique dans les problèmes de drogues et de toxicomanies. On ne peut cependant s'en contenter au vu des déterminants sociaux, culturels et politiques des manifestations de la maladie, mais également de la définition de ce qui constitue une maladie. La littérature en sciences sociales nous propose deux approches du problème de la consommation de substances psychoactives, celle de sa production sociétale, soit la question de l'inscription de l'ordre social dans les corps, de l'« incorporation » de l'inégalité de ce problème, et celle de sa construction sociale, soit celle de la construction d'un ordre social au travers de catégories nosologiques (Fassin, 2005a).

I. La consommation de substances psychoactives comme produit social et culturel

Une première manière de situer les dépendances et ainsi le tabagisme dans le champ des sciences sociales consiste à socialiser ou, plus prudemment, à culturaliser la question. La perspective biomédicale, brièvement entrevue dans le précédent chapitre, explique la consommation de substances psychoactives et leurs conséquences sur la santé par des déterminants biologiques, soit par l'état de dépendance. Dès lors, cette perspective biomédicale explique la maladie par une condition biologique. La résurgence des hypothèses génétiques en la matière, pensons par exemple au « gène de l'alcoolisme », constitue l'illustration la plus aboutie de cette tendance. Malgré leur succès public, ces hypothèses restent cependant vivement débattues. Or, et en admettant la conception biomédicale des dépendances, en l'absence de causes génétiques clairement identifiées, la question des déterminants de la maladie et de sa distribution reste entière et cela malgré le renfort des neurosciences ces dernières années. C'est

ici que les tenants du paradigme des déterminants sociaux de la santé interposent des causes sociales aux conditions biologiques.

A) Les déterminants sociaux de la santé et sa « mise en forme » sociale

Selon Catherine Frohlich (2008; 2009), l'« épidémie sanitaire » du tabagisme est de nature sociale. Contre l'approche biomédicale centrée sur la maladie individuelle (*disease-centred approach*), elle défend une approche populationnelle qui appréhende le tabagisme comme un comportement collectif, façonné par les normes sociales et susceptible d'être modifié par ce biais. Là où l'approche centrée sur la maladie a une visée exclusivement curative, l'approche populationnelle s'attache quant à elle à prévenir et à endiguer une épidémie en modifiant les normes sociales. « *The usual strategy of population-based tobacco reduction programs is to render tobacco use abnormal, less acceptable, less desirable and less common as a public or social behaviour.* » (Frohlich, 2008 : 880-881) La pertinence de cette approche se mesure selon elle à son succès, manifeste au vu de la diminution de la prévalence et de l'incidence du tabagisme ces trente dernières années, mais également à ses écueils. La mise en place de mesure de lutte contre le tabagisme coïncide en effet avec l'apparition d'un gradient social dans la prévalence du tabagisme (cf. annexes chapitre 2, 1).

L'épidémiologie sociale et la sociologie de la santé ont depuis plusieurs années démontré la corrélation entre état de santé, comportements de santé et appartenance sociale, soit l'existence de déterminants sociaux de la santé ou encore d'un gradient social de santé: « *At all levels of income, health and illness follow a social gradient: the lower the socioeconomic position, the worse the health.* » (Marmot et al., 2008 : 1661) Autrement dit, les groupes sociaux ne sont pas égaux devant la maladie, le handicap et la mort, le premier déterminant social de la santé étant le statut socio-économique. La maladie n'est donc pas qu'une condition biologique, elle est en premier lieu une condition sociale. Si pauvreté et maladie sont fréquemment associées, c'est

que les inégalités sociales sont autant d'inégalités de santé. De même, une prévalence plus forte des « comportements à risque » comme le tabagisme s'observe dans les catégories populaires ou défavorisées.

Internationally, smoking rates are particularly high among the long-term unemployed, homeless, mentally ill, prisoners, single parents, and some groups of new immigrants and ethnic minorities— all of whom are more likely to be socioeconomically disadvantaged. (Hiscock et al., 2011 : 1)

Ainsi, et si le tabagisme décline dans l'ensemble de la société, il ne diminue pas, ou moins rapidement, chez les jeunes, les catégories populaires, certaines minorités ethniques, les Premières nations, les femmes, etc. (Barbeau et al., 2004°; Harman et al., 2006; Bell et al., 2010 ; Cockerham, 2005°; Costanza et al., 2006 ; Lee et al., 2009 ; Étilé, 2006 ; Frohlich, 2008, 2009 ; Frohlich et al., 2008 ; Frohlich et al., 2012 ; Hiscock et al., 2011 ; Lee et al., 2009; Pampel, 2009 ; Voigt, 2010 ; Wardle et Steptoe, 2003).

We need to better understand why these vulnerable populations comprised largely but not exclusively of homeless people, Aboriginal people, individuals of lower socio-economic status, adolescents and people with mental illness, have been unable to respond to population-based interventions. (Frohlich, 2008: 881)

Cette surreprésentation des catégories socialement vulnérables parmi les fumeurs est généralement appréhendée à la lumière du paradigme individualiste des « habitudes de vie » (*lifestyles*). Ce paradigme aborde ces styles de vie comme construits individuellement avec pour seule influence l'éducation reçue. Cette conception manque pourtant l'essentiel, c'est-à-dire le poids des facteurs structurels sur les comportements individuels. William Cockerham notamment, très influencé par les travaux de Pierre Bourdieu sur l'*habitus*, propose un modèle des habitudes de vie visant à articuler les variables individuelles et structurelles. S'il s'agit pour lui d'appréhender l'interrelation entre les choix individuels (*life choices*) et les opportunités déterminées par les structures sociales (*life chances*), il accorde néanmoins un poids déterminant aux variables de classes, c'est-à-dire au statut socio-économique. « [L]es chances et les choix de vie qui s'y rapportent sont donc socialement déterminés. » (Frohlich et al., 2008 : 149)

Dans une étude classique (*Whitehall Study*) sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires chez les fonctionnaires britanniques, Michael Marmot et ses collaborateurs avaient déjà démontré dans les années 1970 que les variables concernant l'état de santé et les comportements à risque tels que le tabagisme n'expliquaient qu'une part minime de la variance relative de l'incidence de ces maladies dans les différentes classes de fonctionnaires étudiées. « *Smoking is a predictor of CHD death and lower grade men smoked more than those in higher grades. However, this difference explained only a small part of the differences in mortality.* » (Marmot et al., 1978°: 248) Autrement dit, les choix de vie ne sont pas le facteur explicatif principal de l'état de santé. Les travaux de Michael Marmot montrent en effet que le gradient social de santé se retrouve à tous les niveaux de l'échelle sociale, si minimes soient les différences socio-économiques. Cette analyse du poids relatif des comportements à risques au regard de l'impact des facteurs systémiques est confirmée par des études récentes (McGrail et al., 2009; cf. annexes chapitre 2, 2). Ainsi, à un niveau populationnel, la santé est déterminée des facteurs sociaux plus que par des comportements individuels.

La société ou la culture imposent depuis toujours leur marque dans les corps. Cependant, dans les sociétés modernes, à la différence du monde traditionnel, l'ordre social et les rapports sociaux sont plus que jamais incorporés (Fassin, 2009a). Si l'hypothèse matérialiste — à savoir notamment que la pauvreté est indéniablement mauvaise pour la santé — ne s'est pas démentie depuis le XIX^e siècle, les épidémiologistes sociaux britanniques (cf. le rapport Black [1980] notamment) ont également démontré que les inégalités sociales en elles-mêmes nuisent gravement à la santé : « la santé et le bien-être, loin d'être des paramètres purement individuels, sont profondément tributaires de facteurs sociaux structurels, tels que l'ampleur des inégalités. » (Duru-Bellat, 2008). Dès lors, les pays bénéficiant de la plus haute espérance de vie ne sont pas les plus riches, mais les pays les moins inégalitaires (Wilkinson, 2006), en témoigne par exemple la place relativement faible en la matière des États-Unis au regard de leur puissance économique. La

santé est ainsi tributaire de facteurs matériels mais également de facteurs normatifs tels que la justice sociale : « tout se passe comme si une société avait « la mortalité qui lui convient » » (Canguilhem, 2009, [1966]).

Les politiques publiques en général, et les politiques de santé publique en particulier, jouent ainsi un rôle crucial dans la prévention de la maladie et le déclin de la mortalité. Thomas McKeown, épidémiologiste britannique des années 1950, montre par exemple que la baisse de la mortalité survenue aux XIX^e et XX^e siècles en Angleterre au Pays de Galles n'est pas le résultat de l'apparition de nouvelles technologies médicales, mais de l'amélioration des conditions de vie (McKeown, 1976 ; Link et Phelan, 1995, 2002). Le développement des technologies médicales ne joue un rôle déterminant dans l'allongement de l'espérance de vie que depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Cependant, malgré le perfectionnement des technologies de prévention, de dépistage et de traitement, les inégalités de santé demeurent.

Bruce G. Link et ses collaborateurs proposent ainsi un modèle épidémiologique basé sur les « *causes fondamentales de la maladie* ». Ces « causes fondamentales » sont contenues dans le statut socioéconomique, lequel détermine l'accès à certaines ressources, affecte l'issue des maladies par de multiples mécanismes, et maintient par conséquent une association à la maladie même si les mécanismes d'intervention changent. Le statut socioéconomique peut donc être considéré à la fois comme une cause de la maladie et de l'exposition au risque. Le tabagisme est par exemple sans aucun doute lié à la maladie, mais son lien avec le statut socioéconomique a changé avec l'émergence d'un nouveau savoir sur l'importance de son impact pour la santé : « *No matter what the current profile of diseases and known risks happens to be, those who are best positioned with regard to important social and economic resources will be less afflicted by disease.* » (Link et Phelan, 1995°: 2) La perspective des causes fondamentales de la maladie permet ainsi d'expliquer à la fois l'amélioration globale de la santé des populations, mais également les disparités qui apparaissent ou persistent en la matière. En effet, la capacité de

contrôle de la maladie, contenue à la fois dans les technologies médicales et dans celles de santé publique, produit des disparités de santé au sein de la population.

When we develop the ability to control disease and death, the benefits of this new-found ability are distributed according to resources of knowledge, money, power, prestige, and beneficial social connections. [...] when we make gains in our ability to control disease, people with more knowledge, money, power, prestige, and beneficial social connections are better able to harness the benefits of the control we have developed. (Link et Phelan, 1995°: 5)

Dans un contexte d'inégalités sociales, les bénéfices issus de notre capacité de contrôle des maladies se distribuent de manière tout autant inégale. La redéfinition perpétuelle et accélérée de nouveaux risques façonne donc continuellement la distribution sociale de la maladie. Et plus nos capacités d'intervention augmentent, plus les causes de la maladie se font sociales. Dès lors, le gradient social de santé apparaît ou croît avec la capacité d'intervention (cf. annexes chapitre 2, 3).

Social factors have become more important precisely because epidemiological and biomedical knowledge has shifted the causes and consequences of disease from fate, accident, and bad luck to factors that are under some human control. When humans obtain control, it is their policies, their knowledge, and their behaviors that shape the consequences of epidemiological and biomedical accomplishments and thereby extant patterns of disease and death. (Link, 2008 : 367-368)

Le tabagisme, objet d'interventions croissantes ces trente dernières années, se distribue désormais dans la population selon un gradient social manifeste. La persistance du tabagisme dans les catégories populaires peut alors être envisagée comme une conséquence des inégalités sociales, par effet de médiation comme résultat de l'impact stratifié des politiques de santé publique, ou bien comme conséquence directe de l'aggravation de ses inégalités sociales (Frohlich et al., 2012).

La persistance du tabagisme est en partie liée à l'existence et à l'approfondissement des inégalités sociales. Ces dernières semblent donc constituer l'ultime limite à l'efficacité des politiques publiques du tabagisme : celui qui ne voit pas d'intérêt à investir dans sa santé préférera toujours profiter du présent. (Étilé, 2006 : 52)

On peut enfin s'interroger sur les inégalités de santé elles-mêmes produites par l'intervention de santé publique (Phelan & Link, 2005 ; Link & Phelan, 2006 ; Link, 2008 ; Frohlich et *al.*, 2012), en particulier celles liées au *stigmat* comme c'est le cas à propos du tabagisme. Jennifer Stuber, Sandro Galea et Bruce G. Link (2008) présentent le tabagisme comme une forme émergente de déviance sujette à stigmatisation, laquelle jouerait un rôle significatif dans l'arrêt de cette pratique. Ces derniers démontrent que le stigmat est notamment associé à la composition socioéconomique de la catégorie des fumeurs. La perception du stigmat lié au tabagisme étant prépondérante chez les personnes ayant un statut socioéconomique élevé, ces derniers sont plus enclins à arrêter. Le processus de stigmatisation pourrait de plus jouer un rôle dans la persistance du tabagisme en provoquant la résistance de ceux sur qui il pèse, ces derniers étant par ailleurs dans l'impossibilité d'arrêter en raison de leur désavantage socio-économique, et attachés à cette pratique leur permettant de faire face à la précarité socio-économique (Peretti-Watel et Constance, 2009 ; Constance et Peretti-Watel, 2010). Dans leur étude des justifications avancées par les fumeurs pauvres, Patrick Peretti-Watel et Jean Constance montrent que bien que reconnaissant la nocivité de leur pratique, leurs répondants en soulignent avant tout la nécessité.

Outre son usage contre le stress, cité par presque tous les fumeurs, la cigarette vient combler un vide : on fume parce que l'on n'a rien à faire, parce que c'est le seul loisir qui reste abordable (certains ont ainsi le sentiment de faire des économies en fumant) ; *a contrario* on se souvient que l'on fumait moins lorsque l'on avait du travail ; on fume parce que l'on se sent seul, après une rupture affective, ou encore après avoir perdu son travail ou arrêté la prise d'une drogue plus forte... Bref, pour plusieurs interviewés, la cigarette, c'est tout ce qui leur reste. (Peretti-Watel et Constance, 2009 : 208)

Il faut donc considérer la potentialité d'un effet iatrogénique des politiques anti-tabac (Thomson et *al.*, 2007 ; Bell et *al.*, 2010 ; Frohlich et *al.*, 2012). À la lumière des causes fondamentales de la maladie et dans le cadre d'une mise en forme sociale de la santé des populations, la stigmatisation place les individus qui y sont sujets dans une situation de

désavantage social (discrimination, domination, préjugés socioéconomiques, etc.). Cette stigmatisation augmente dès lors leur exposition aux risques de santé et limite leurs possibilités d'éviter la maladie ou le handicap (Link et Phelan, 2006 : 529). Le stigmaté est donc préjudiciable aux opportunités de vie (*life chances*).

L'approche des déterminants sociaux de la santé insiste donc sur l'inscription sociale de la santé et ainsi sur la production sociale de ses manifestations. Dans la mesure où l'exposition à la maladie et aux risques est socialement déterminée, les « habitudes de vie » représentent une cause « secondaire » de la maladie au regard du poids des facteurs socio-économiques. Si les comportements à risque ont indéniablement une incidence sur la santé des individus, c'est en tant que « médiations entre les conditions sociales et les états morbides » qu'il faut les envisager (Fassin, 2009a). La situation contemporaine de la Grèce en est une illustration tragique saisissante. Les conditions de vie s'y sont dégradées de manière drastique ces dernières années provoquant une détérioration générale de l'état de santé de la population ainsi qu'une explosion des comportements à risques en tous genres et des suicides (Kentikelenis et al., 2011). En somme, la critique adressée à la conception biomédicale des dépendances et au paradigme individualiste des habitudes de vie porte plus sur les solutions proposées que sur le problème. Ces approches proposeraient des solutions inappropriées, partielles ou potentiellement néfastes à un véritable problème.

They note that 'good choices' edicts aimed broadly may have the effect of widening health disparities, as the inevitable failure of some people (the poor, the elderly, disabled people, people of color, etc.) who lack recourse to structural supports for those 'good choices' will itself, because of our cultural expectations about personal accountability, elicit further stigmatization and punishment by those who do capably control their bodies. (LeBesco, 2011: 159)

Ce courant de santé publique informe ainsi les décideurs sur la nature des interventions à privilégier en matière de tabagisme. En ciblant les comportements individuels comme levier pertinent de l'amélioration de la santé des populations, on se risque à une aggravation des

inégalités de santé et une dégradation relative du niveau de santé de ceux qui sont en la matière « structurellement » défavorisés. Plutôt que de traiter des individus « malades » et en appeler à la rationalité individuelle ainsi qu'au désir d'auto-conservation, il faut intervenir sur les facteurs structurels. L'enseignement principal de cette littérature de santé publique est que l'amélioration de l'état de santé des populations ne peut passer que par une action sur les conditions de vie. En ce sens, ses partisans s'inscrivent dans la droite ligne des fondateurs de la santé publique moderne également activistes des mouvements réformistes de la fin du XIX^e siècle (cf. chapitre 4), c'est-à-dire celle d'une *politisation de la santé* (Fassin, 2005a). La mise en lumière des déterminants sociaux des pathologies ne permet toutefois pas de dénaturiser les catégories médicales ni les problèmes de santé publique.

B) La consommation de drogues, une pratique sociale et culturelle

Il n'est pas de culture qui n'ait pratiqué ou ne pratique encore des rituels d'altération de la conscience encadrés par différentes normes et coutumes. Ces rituels sont en général initialement liés à des pratiques religieuses. Les psychotropes sont en effet un médium entre le temporel et le spirituel mais également entre le biologique et le culturel. L'altération de sa condition biologique prend place dans un certain contexte culturel qui lui donne sens. En Occident, le champ des drogues et toxicomanies relève principalement de la profession médicale.

[Le discours dominant de la profession médicale] continue de privilégier une vision médicale du phénomène des dépendances alors que les réalités culturelles, psychologiques et sociales de la dépendance représentent des faits essentiels dans la compréhension et la saisie de ce phénomène complexe. (Suissa, 1997)

Chaque contexte socio-culturel encourage ou au contraire entrave la consommation de substances psychoactives données. En outre, il ne faut pas oublier que tout comportement de consommation, en particulier de stupéfiants, est un comportement appris et validé par des pairs. La consommation de substances psychotropes nécessite une socialisation à cet usage (Becker,

1985). Les substances étrangères à la culture en place ont dès lors tendance à être considérées comme dangereuses pour les individus et l'ordre social, et à effectivement l'être en raison d'un déficit d'encadrement social. C'est par exemple le cas de l'alcool pour les musulmans ou du cannabis pour les chrétiens. Dans chaque société, la culture dominante façonne la définition normale ou déviante, à la fois des types de psychotropes consommés et de la manière de les consommer (Szasz, 1976 ; Goodman et *al.*, 1995). « Dans des pays différents, les drogues autorisées sont celles qui ailleurs sont interdites. En général, la mauvaise drogue, le mal, c'est la drogue des autres. » (Fagot-Largeault et Kirsch, 2010)

La perception du danger d'un produit est liée à ce que sa consommation représente comme déviance par rapport aux normes admises. Ces normes varient d'une culture à l'autre, et selon les époques. Les drogues issues de cultures étrangères peuvent paraître (et même être) plus dangereuses que les drogues autochtones, justement parce qu'elles ne sont pas insérées dans des formes de socialité et de contrôle propres à la culture : on peut évoquer ici les dégâts provoqués par l'introduction de l'alcool auprès de certaines populations, comme les populations indiennes américaines, qui par ailleurs maîtrisaient l'usage d'autres substances comme la feuille de coca ou la mescaline. » (extrait de l'avis n° 48 du CCNE, 23 novembre 1994, cité par Fagot-Largeault et Kirsch, 2010)

Le rapport Roques (1998), visant à comparer les différents psychotropes (licites et illicites) sur la seule base de leurs effets neuropharmacologiques, montre par ailleurs que des drogues légales telles que l'alcool et le tabac sont biologiquement plus néfastes en termes de dépendance et de dommages physiques que des drogues illégales telles que le cannabis, le LSD ou encore l'ecstasy (cf. annexes chapitre 2, 4). La consommation de substances psychotropes est un fait de culture et la distinction entre leurs différents usages dépend dès lors de caractéristiques culturelles ou sous-culturelles (Cohen, 1955 ; Becker, 1985).

Ainsi cette distinction s'opère-t-elle, au sein même des psychotropes légaux, entre des types d'usages socialement localisables autour de la notion de *goût*. Classes populaires et classes supérieures ne partagent pas les mêmes *goûts* ni les mêmes pratiques en matière de

psychotropes. C'est notamment ce qu'on peut retirer de la notion d'*habitus* développée par Pierre Bourdieu : dans sa dimension objective, l'*habitus* consiste en une incorporation des structures sociales et dans sa version subjective, en l'expression de la distribution inégale des capitaux économique et culturel (Bourdieu, 1979). On peut également penser à la notion d'« habitus corporel » (Boltanski, 1971) qui exprime l'idée d'un rapport au corps différencié entre classes. Ces apports méritent d'être signalés bien qu'il faille de nos jours nuancer cette différenciation rigide des soins apportés au corps selon les capitaux économiques et culturels, comme l'envisageait déjà Boltanski dans les années 1970.

A l'aune de la culture populaire telle qu'analysée par Richard Hoggart (1970), le tabagisme des classes populaires serait une manifestation d'un « épicurisme de la vie quotidienne » plus qu'un symptôme de la domination sociale qui pèse sur eux, d'un manque quelconque ou d'une irrationalité atavique : « cette vie au jour le jour, caractéristique des classes populaires, a quelque chose d'un hédonisme qui incline à accepter sa condition, à oublier les soucis (les dettes, la boisson, la maladie) et à prendre du « bon temps » » (Hoggart, cité par Constance et Peretti-Watel, 2010 : 540); un hédonisme cependant pas dupe « parce que les gens du peuple savent au fond d'eux-mêmes que les satisfactions les plus pleines, qui supposent la maîtrise de l'avenir, "ne sont pas pour eux" » (*Ibid.*). De même, le peu d'empressement qu'ils manifesteraient à se conformer aux prescriptions sanitaires en vigueur renverrait à cette culture populaire, marquée par une réticence à l'autorité en général, toujours suspectée de servir les intérêts des puissants. Dès lors, le déni du risque opèrerait comme une *technique de neutralisation* pour des personnes attachées à ce « bon sens populaire » considéré du point de vue de la culture dominante comme une *sous-culture déviante* (Peretti-Watel et Constance, 2009).

Si l'aspect culturel est donc incontournable dans l'appréhension de la consommation de substances psychoactives, Didier Fassin nous met cependant en garde contre la tentation du

culturalisme, en particulier en santé publique¹⁷. Le culturalisme à l'usage de la santé publique pêcherait en effet par « *réification de la culture et surdétermination culturelle* » (Fassin, in. Dozon et Fassin, 2001 : 186). Autrement dit, et en ce qui nous concerne, il faut se garder de faire de la consommation de psychotrope, un attribut culturel de certains groupes. L'essentialisation du lien entre drogue et culture se ferait en effet au détriment d'une analyse sociopolitique de la consommation de substances psychoactives, c'est-à-dire d'une analyse prenant en compte les conditions matérielles d'existence des groupes concernés, mais également les activités de construction politiques des problèmes de santé publique.

II. La construction sociale des problèmes de drogues et de toxicomanie

Les faits ne sont jamais accessibles que dans l'horizon des représentations que l'on s'en fait et que l'on s'en donne. (Céfaï, 1996 : 75)

A) Culture et politique des problèmes publics

L'approche constructiviste des problèmes sociaux s'intéresse moins à la cause des problèmes qu'à leur genèse. Les processus de définition et de publicisation des problèmes ainsi que leur évolution dans le temps sont donc au centre de l'analyse. Elle émerge dans les années 1970, en opposition aux théories fonctionnalistes, avec les travaux d'Herbert Blumer ainsi que ceux de Malcolm Spector et John I. Kitsuse (1977) sur la constitution des problèmes sociaux. Dans la conception fonctionnaliste des problèmes sociaux, « le sociologue est un ingénieur social

¹⁷ « Par culturalisme, il faut ici entendre non pas le courant théorique de l'anthropologie nord-américaine formé autour de l'enseignement de Franz Boas et rassemblé sous l'intitulé «Culture et personnalité» dans les années trente (Taylor 1988), mais bien une forme de raisonnement ordinaire que l'on peut caractériser par une double opération intellectuelle : d'une part, l'essentialisation de la culture, qui en fait une réalité en soi, indépendante des autres réalités sociales et susceptibles donc d'être décrite séparément d'elles ; d'autre part, la surdétermination par la culture, qui amène à rechercher une explication culturelle en dernière instance. » (Fassin, 1999 : 126)

redoublé d'un médecin social : il définit quelles sont les conditions normales ou optimales de fonctionnement de la société, et propose par référence à ce modèle contre-factuel un diagnostic des dysfonctions indésirables et évitables, élabore un programme des améliorations possibles et prescrit une ordonnance des remèdes souhaitables. » (Céfaï, 1996 : 45) C. Wright Mills (1943) avait déjà critiqué en son temps les « pathologistes sociaux » pour lesquels les problèmes sociaux constituaient en quelque sorte le produit naturel de la désorganisation sociale. À l'inverse d'une visée technocratique, l'analyse sociologique se devait selon lui d'*historiciser* et de *politiser* les problèmes sociaux dans la mesure où les objets sociaux n'étaient pas séparables de l'histoire des idées. La question du pouvoir est ainsi centrale dans l'analyse des problèmes sociaux, ces derniers étant intrinsèquement liés aux valeurs et structures sociales dominantes.

Ma thèse est que les problèmes sociaux n'existent pas, en eux-mêmes, comme un ensemble de conditions sociales objectives, mais qu'ils sont fondamentalement les produits d'un processus de définition collective. Cette thèse remet en question certains principes implicites sur lesquels reposent les études sociologiques des problèmes sociaux. (Blumer et Riot, 2004 :189)

La visée fondamentale de l'approche constructiviste des problèmes sociaux est ainsi de dénaturer lesdits problèmes afin d'en faire ressortir les questions normatives. Les problèmes sociaux et les questions de déviance seront ainsi les objets de prédilection de l'interactionnisme symbolique en tant que sociologie de la réaction sociale. En effet, cette conceptualisation des problèmes sociaux met l'accent sur le rôle des groupes sociaux et des institutions dans la construction des problèmes sociaux, lesquels peuvent également être envisagés comme des situations déviantes par rapport à une norme instituée.

A social problem is a condition which is defined by a considerable number of persons as deviation from some social norm which they cherish. Every social problem thus consists of an objective condition and a subjective definition. (Becker, 1966°: 2)

À l'image de la déviance, les problèmes sociaux sont donc le produit de l'activité de définitions *d'entrepreneurs de morale*¹⁸ ; ils sont issus d'un processus d'« étiquetage collectif » et n'existent pas en-dehors. Le point crucial est donc celui de la définition des problèmes (Schneider, 1985; Gusfield, 1996).

Les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme déviants. De ce point de vue, la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un « transgresseur ». (Becker, 1985 : 32-33)

Les problèmes sociaux ne constituent pourtant pas que des « fictions collectives ». Ils sont cependant nécessairement et intrinsèquement liés à la moralité des groupes « définissants », à leurs opérations de *cadrage* dans l'espace public et à l'existence d'une culture des problèmes publics.

Les problèmes publics ne sont pas des dysfonctionnements d'un système social, mais des circonstances (*conditions*) qui sont perçues comme pathologiques à travers le prisme d'une culture publique. (Gusfield, 2003)

Nous vivons dans une société de problèmes sociaux ; ou plutôt, comme l'a très bien dit Joseph Gusfield, les sociétés modernes affichent une culture des problèmes publics.

It [social problems] is a part of how we think and how we interpret the world around us, that we perceive many conditions as not only deplorable but as capable of being relieved by and as requiring public action, most often by the state. The concept of "social problem" is a category of thought, a way of seeing certain conditions as providing a claim to change through public actions. (Gusfield, 1989 : 431)

Gusfield relie son constat à l'avènement de la modernité et plus particulièrement au développement de l'État-Providence. En effet, de manière croissante, un ensemble croissant de situations, conditions ou problèmes se sont vus transposés du domaine privé ou surnaturel, au domaine public. Ce mouvement témoigne de la croyance moderne en la capacité de l'homme à

¹⁸ « Les normes sont le produit de l'initiative de certains individus, et nous pouvons considérer ceux qui prennent de telles initiatives comme des entrepreneurs de morale. » (Becker, 1985 : 171)

contrôler son destin, de l'optimisme progressiste selon lequel il est possible de remédier à la plupart des difficultés de la vie (Gusfield, 1989 : 432). Un problème social est donc fondamentalement quelque chose d'indésirable, qu'il faut changer ou bien qui est potentiellement changeable avec les moyens appropriés. Faire de quelque chose un problème social, c'est en refuser la fatalité et s'engager à le résoudre. La qualification de « problème social » fait donc entrer le problème en question dans la sphère sociale et politique. Cette croissance du champ des problèmes sociaux correspond à la croissance de la demande et de l'offre de prise en charge politique de différentes situations.

La définition des problèmes publics repose sur un « processus de sélection d'une version de la réalité au sein d'une multiplicité de réalités possibles et virtuelles » (Gusfield, 2009 : 3). Cette sélection correspond également à celle d'un mode de résolution des problèmes, là encore parmi une multiplicité de modes de résolution. La constitution des problèmes publics est au centre d'un affrontement entre mouvements sociaux dans l'espace public (Dewey, 1954 [1927]) pour la définition des buts culturels de nos sociétés. Cette lutte vise à créer un consensus normatif sur un problème que Gusfield associe à un « ordre public ». Pour ce dernier, cet ordre public est avant tout un ordre moral. L'enjeu est ainsi de séculariser dans le « drame public » une certaine moralité au détriment d'une autre.

La production d'un ordre symbolique passe par la mise en scène et la mise en récit du problème au travers d'une rhétorique propre qui structure l'attribution des statuts de « victimes », de « coupables » et de « héros ». En matière de tabagisme, nous avons vu dans le chapitre précédent que la croisade anti-tabac n'était parvenue à se légitimer politiquement et socialement, et ainsi à obtenir des résultats, qu'à partir du moment où une masse critique de données scientifiques unanimes a été produite et diffusée. L'administration de la preuve

scientifique est le nœud de la constitution du problème public du tabac. La « propriété »¹⁹ du problème du tabagisme est alors passée des mains de moralistes à celles de scientifiques et la rhétorique morale s'est muée en rhétorique médico-statistique. Gusfield le souligne cependant, ni la nature morale du problème du tabagisme, ni la dimension symbolique des distinctions sociales issues de la lutte contre le tabac n'ont pour autant été éradiquées (1993 : 50).

Les statistiques médicales constituent en effet une sélection d'une réalité parmi d'autres, un type de construction de la réalité. « Les « faits » [...] sont arrachés à une masse de données, nettoyés, polis, vernis, retouchés ici et là, et offerts comme des découvertes dans le contexte des préoccupations pratiques et concrètes de leurs découvreurs » (Gusfield, 2009 : 22). En ce qui concerne le tabagisme, la résolution de la controverse scientifique relative à l'interprétation des résultats statistiques ayant agité les cercles épidémiologiques britanniques et américains dans les années 1950-1960 illustre bien cette démarche « sélective ». Pour dire les choses très trivialement, on ne trouve que ce que l'on veut bien chercher. La subtile mais fondamentale différence entre « corrélation statistique » et « causalité » a été perdue dans la publicisation des résultats de l'enquête statistique sur le tabagisme et le cancer du poumon. Dans l'optique de Gusfield, la statistique est un moyen au service des entrepreneurs de morale dans la construction d'un ordre symbolique et social : « la prétention à la neutralité morale des techniciens dissimule les valeurs éthiques et politiques à l'œuvre dans leur jugement » (Gusfield, 2009 : 20).

La science est l'idiome de notre temps. C'est le langage dans lequel le commandement est coulé comme une coercition de nature externe. Le droit qui appuie sa prétention à la légitimité et son attente de consentement sur le raisonnement technique et scientifique lui nie tout statut moral. Il nie qu'une décision morale a été prise, qu'un choix politique a été fait, dans un spectre de possibilités. La propriété et la responsabilité des problèmes publics et le processus de leur résolution apparaissent comme des données de fait, et non pas comme des enjeux de valeur. (Gusfield, 2009 : 217)

¹⁹ La notion de « propriété » renvoie à la capacité de définir un problème public, des victimes, des coupables et des solutions (Gusfield, 1996).

Dès lors que la définition du problème s'exprime dans les termes de la science, la factualité de son existence ne peut être contestée que dans l'arène scientifique – ce qui a par ailleurs été le cas jusqu'aux années 1970, l'industrie du tabac ayant à sa solde ses propres experts (cf. notamment Proctor, 2012 sur cette question). « *We depend on institutions and persons that accumulate data and transmit them to an interested audience. It is in this sense that I consider the belief in the harmful effects of cigarettes as an example of the "social construction of reality".* » (Gusfield, 1993°: 54)

Le consensus relatif au caractère pathogène existant depuis les années 1960 (cf. chapitre 1) est ainsi le produit de l'activité revendicatrice de chercheurs, d'organismes gouvernementaux et d'activistes de santé publique. Ces acteurs peuvent être considérés comme les *propriétaires* « stables » depuis une cinquantaine d'années du problème public du tabagisme. Ils ont été rejoints ces vingt dernières par l'industrie pharmaceutique qui participe désormais activement à la définition du problème et de ses solutions. Les catégories de *victimes* et de *coupables* n'ont pas bénéficié de la même stabilité. Les fumeurs ont été considérés dans un premier temps, et le sont toujours dans une certaine mesure, comme les victimes du problème : victimes de leur ignorance du danger de la cigarette, victimes du machiavélisme et du cynisme de l'industrie du tabac, victimes de l'appétit de leur cerveau pour la nicotine et de la *technologie-cigarette* conçue spécialement pour le décupler, victimes enfin de l'État, percepteur de revenus de la vente du tabac donc intéressé, à la botte des *lobbies* du tabac, ou simplement passif face à une menace sans précédent de santé publique, néanmoins toujours complice. Dans un second temps, avec l'apparition d'une nouvelle donnée « accélératrice » de problème public, la « fumée secondaire » ou le « tabagisme passif », les fumeurs se sont retrouvés du côté des responsables du problème. Les victimes devenaient désormais les personnes involontairement exposées à une substance toxique émanant du comportement nuisible d'individus irresponsables et sans égard pour leur

prochain, en particulier pour les personnes vulnérables telles que les enfants²⁰. En outre, avec la multiplication des campagnes médiatiques d'information et de sensibilisation sur les dangers du tabac (cf. chapitre 5) – pensons par exemple aux messages terrifiants et aux photos repoussantes qui habillent les paquets de cigarettes — les fumeurs ne bénéficient plus de leur ignorance comme circonstance atténuante. Cela contribue alors à désengager l'industrie du tabac et l'État d'une certaine culpabilité. En effet, si « FUMER TUE » est inscrit en toutes lettres sur les paquets de cigarettes, traîner en justice une compagnie de tabac au motif d'avoir caché que la conséquence de la consommation de leurs produits serait la mort apparaît caduque²¹. Personne ne peut plus non plus arguer de la passivité de l'État au vu de l'ampleur de ses campagnes d'information. Il semble que le fumeur n'ait plus personne d'autre que lui-même à blâmer pour le problème qui l'afflige, à part sa neurologie, éventuellement sa génétique, ou plus simplement, sa moralité.

Avec un certain style d'exposition, la connaissance sociale est dramatisée comme certaine, précise et établie, au fondement de politiques justifiables. [...] Cela ne signifie pas que de telles analyses et conclusions soient « fausses », incorrectes et invalides, en tant que propositions générales. Cela veut dire que le style d'exposition scientifique et que sa transmission à des publics concernés fabriquent une réalité en apparence indubitable. (Gusfield, 2009 : 210)

La sociologie des problèmes publics nous informe donc sur la contingence de la carrière des problèmes sociaux. Ainsi, la reconnaissance d'un problème ne dépend pas, comme dans une perspective positiviste, de la force des découvertes scientifiques, de l'urgence d'une situation ou

²⁰ Cf. Chapitre 5. Le tabagisme passif des enfants est désormais considéré par les experts de santé publique canadiens comme une « forme de violence domestique » (Laballestrier, 2012 : 35). Une récente étude publiée par *The Lancet* avance en effet, le chiffre de 600000 morts par an due à la fumée secondaire dont 165000 enfants de moins de 5 ans (Öberg et al., 2011).

²¹ Plusieurs grands procès ont eu lieu contre l'industrie du tabac. Au Québec, un recours collectif contre les cigarettiers de 27 milliards de dollars s'est ouvert le 12 mars 2012. Il oppose deux argumentaires, l'industrie évoque le choix de consommateurs éclairés et souverain, les plaignants avancent leur dépendance à la cigarette et soutiennent ainsi être dépossédé de leur choix. « À l'origine d'un des recours, Cécilia Létourneau, qui fume toujours, dit être dépendante en raison des produits qui se trouvent dans les cigarettes : « Mon plus grand espoir, c'est que les journalistes informent la population [...] pour qu'elle soit au courant [des effets de la nicotine], et arrête de véhiculer elle-même ce que l'industrie dit, à savoir que c'est une question de choix ou de volonté ». » (Radio Canada, 2012)

de l'ampleur d'un phénomène, mais bien d'un contexte plus ou moins favorable et de l'efficience de la rhétorique développée par les propriétaires du problème (Conrad et Barker, 2010°: S78), efficience éminemment tribulaire de leur statut.

La question du statut à la fois des groupes ciblés et des propriétaires du problème en question est en effet fondamentale. Dans son analyse du mouvement de tempérance²², Joseph Gusfield (1986), dans une veine très similaire à C. Wright Mills, démontre que l'enjeu n'était pas le déclin moral provoqué par la consommation d'alcool, mais bien la pérennité de l'hégémonie culturelle des blancs anglo-saxons et protestants (*White Anglo-Saxon Protestant, WASP*). Ces derniers sentaient en effet la prépondérance de leurs valeurs menacées par les vagues d'immigrations en provenance d'Europe mais également internes aux États-Unis avec l'exode rural des noirs du sud vers les villes industrialisées du nord. Il s'agissait pour ces représentants de l'ordre dominant — classe moyenne et supérieure, blanche, protestante, plutôt rurale et native des États-Unis — de maintenir leur autorité culturelle dans une société en mutation sous le coup de l'industrialisation et de ses corollaires, l'urbanisation et l'immigration. Les nouveaux arrivants, catholiques (irlandais, polonais, italiens, etc.), urbains et ouvriers présentaient des modes de vie très différents des standards *WASP*, en particulier en matière de consommation d'alcool. La thèse de Gusfield est que le problème de l'alcool constituait un excellent symbole pour affirmer quelles valeurs prévalaient dans la société américaine de l'époque et surtout, à quels groupes correspondaient ces valeurs. L'instauration de la prohibition illustre ainsi l'hégémonie des *WASP* dans la société américaine et leur monopole en matière de définition des buts culturels.

À la base de la démarche heuristique de cette sociologie se trouve donc la question suivante : « Quelle est la définition du problème sur laquelle cette politique est basée, comment

²² Le mouvement de tempérance désigne la mobilisation d'associations axées sur l'interdiction de la consommation d'alcool à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Ce mouvement a été particulièrement prospère aux États-Unis et au Canada où ils ont eu pour résultat l'instauration plus ou moins pérenne de la prohibition.

a-t-elle été développée et quelles sont les conséquences de l'adoption d'une telle définition ? » (Conrad et Barker, 2010°: S76, [Nous traduisons]) On peut ajouter à ces préceptes « qui définit le problème et qui en est la cible ? ». S'il s'agit dans la construction d'un problème public de former un consensus autour de valeurs par la création d'une réalité cognitive, il s'agit également de désigner les acteurs qui n'y sont pas conformes. En l'occurrence, il semble que le problème public du tabagisme soit désormais circonscrit à la portion la plus vulnérable de la population.

B) La construction sociale de la maladie et la médicalisation des problèmes sociaux

S'il n'y avait pas eu de médecins, il n'y aurait jamais eu de malades. Car ce sont par les médecins et non les malades que la société a commencé. (Artaud, 1946)

La construction des problèmes publics participe de la fabrication d'un ordre social. En ce sens, la référence aux catégories produites a une fonction de contrôle social²³. La désignation de la déviance vise à affirmer la norme, la définition des situations et conditions jugées problématiques constitue dès lors une promotion du conformisme. Ce principe s'applique avec d'autant plus de force quand cette définition s'effectue dans les termes de la science car le problème apparaît alors comme un donné de la nature plus que comme une construction issue de groupes intéressés.

Les formes les plus subtiles de contrôle social sont celles que nous reconnaissons le moins comme telles. [...] En nous conduisant à voir les formes habituelles comme la seule réalité possible, elles minimisent et elles occultent les conflits et les décisions qui ont mené à la construction de cette « réalité ». (Gusfield, 2009 : 30)

²³ "Social control is usually conceptualized as the means by which society secure adherence to social norms; specifically, how it minimizes eliminates, or normalizes deviant behavior."(Conrad et Schneider, 1980 : 7)

1- *Médicalisation et contrôle social*

Dans les années 1960-1970, principalement sous l'impulsion des courants interactionniste et néo-marxiste, se développe une littérature désormais abondante sur le phénomène de *médicalisation* de nos sociétés.

Le terme médicalisation renvoie aux processus par lesquels des comportements ou des phénomènes posant problème pour les individus ou la société sont définis ou redéfinis en termes médicaux, se voient attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux. (Cohen, 2007 : 219)

La médicalisation n'est pas un processus univoque. S'il est possible de rendre un problème médical, il est également possible de le *démédicaliser*, comme en témoigne l'exemple de l'homosexualité. Ce processus tendrait néanmoins à englober un nombre toujours croissant de conditions. Michel Foucault aborde par exemple un phénomène de « médicalisation sans limites » (Foucault, 2001 : 53), Irving Zola un « processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie de tous les jours se retrouvent sous le champ, l'influence et la supervision médicale » (Zola, 1983 : 295, [Nous traduisons]).

La médicalisation croît car son objet n'est pas un nombre fini de désordres biologiques qu'il s'agirait de découvrir au gré de l'avancement des connaissances. D'après le modèle séquentiel de la médicalisation de la déviance développé par Conrad et Schneider (1980), ce n'est qu'une fois qu'une condition est constituée comme déviante qu'elle peut être médicalisée. La médicalisation procède en effet d'une biologisation et d'une *pathologisation* de conditions ou situations jugées déviantes. Elle marque l'implication croissante depuis le XIX^e siècle des médecins, puis des psychiatres, aux côtés des institutions religieuses et judiciaires, dans la définition et la gestion de l'immoralité. Les figures de la déviance ont ainsi successivement été appréhendées comme péché, puis comme crime et enfin, de manière croissante au XX^e siècle, comme maladie. Ce glissement du punitif au thérapeutique — ces définitions n'étant pas mutuellement exclusives, un problème peut constituer à la fois un péché, un crime et une maladie

— indique la montée de l'autorité culturelle de l'institution médicale plus que l'obsolescence de celle de ses prédécesseurs.

La fonction de contrôle social est ainsi constitutive de l'autorité médicale, de son monopole de gestion de la maladie. L'institution médicale a d'abord appliqué sa volonté de maîtrise au corps social avant de soumettre le corps biologique. En effet, lors de l'institutionnalisation de la médecine au XIX^e siècle, l'autorité médicale n'avait pas grand-chose à voir avec son efficacité. Les principales révolutions médicales sont apparues au XX^e siècle et majoritairement dans la seconde moitié (les antibiotiques par exemple). Ainsi, pour s'imposer comme institution autonome, légitime et détenant le monopole de gestion de tout ce qui touche au corps humain, la médecine s'est en premier lieu occupée de problèmes sociaux ou de déviance comme en témoigne la croisade morale anti-avortement lancée au XIX^e siècle par les médecins américains (Conrad et Schneider, 1980). Avant d'atteindre le niveau de contrôle biologique dont elle dispose de nos jours, la médecine s'occupait de contrôle social (Freidson, 1970; Zola, 1972)^o; la fonction proprement thérapeutique ou curative est adossée à une fonction de normalisation.

Cette conceptualisation de l'institution médicale comme agent de contrôle social précède d'ailleurs l'essor de l'approche constructiviste des problèmes sociaux. Talcott Parsons, sociologue fonctionnaliste, attribuait déjà une vocation de « contrôle de la déviance et de promotion de la conformité » à l'institution médicale à travers son modèle de la relation patient/ médecin (Parsons, 1991, [1951]). Selon lui, la condition de malade est un rôle culturel disponible conçu comme une déviance sans condamnation morale, puisqu'il est temporaire et universel. Parsons distingue quatre composantes du rôle de malade : 1) il est exempté de ses responsabilités normales ; 2) l'individu n'est pas responsable de sa condition ; 3) il doit reconnaître que sa condition est indésirable et 4) il se doit de demander un traitement médical et d'y coopérer.

Selon Conrad (1992), le plus grand pouvoir de contrôle social est celui de la définition et en ce qui concerne la définition de la maladie, l'institution médicale en détient le monopole. La

médecine « est la science par excellence du normal et du pathologique » (Foucault, 2001 : 75-76). En ce sens, la médecine est la science de l'anormalité par excellence : elle détermine de manière moralement neutre ce qui relève du normal et ce qui relève du pathologique. Ainsi, la médicalisation, c'est-à-dire l'extension de l'autorité médicale à de nouveaux objets correspond à une forme culturelle de contrôle social qui se réalise sur deux axes : la surveillance médicale, soit l'extension du regard médical à un ensemble croissant de conditions, et les technologies médicales, l'exemple type étant les médicaments psychotropes qui ont un effet direct sur le comportement des sujets (Conrad, 1995).

L'intérêt principal de la médicalisation est donc de proposer un contrôle de la déviance plus « doux » et, éventuellement, plus efficace que le modèle criminel. En effet, la cause des comportements ou conditions jugés déviants étant de nature biologique, elle est supposée être extérieure à la volonté ou la moralité de ceux qui y sont sujets. Les individus ne sont théoriquement pas responsables de leur état et ils ne peuvent être punis pour quelque chose qu'ils ne contrôlent pas. En revanche, ils se doivent de coopérer au risque d'être traités de manière autoritaire. En redéfinissant le vice en maladie, « on punit moins parce qu'on corrige davantage » (Gori et Del Volgo, 2005 : 18).

La médicalisation des dépendances est exemplaire de cette évolution de la gestion des conduites déviantes. La prise en charge médicale est venue suppléer aux sanctions morales et pénales. L'intervention médicale corrective vise à normaliser une situation, autrement dit à contrôler un type de déviance construit comme maladie. « *The message has been clear: aspects of medicine such as treatment of mental illness, alcoholism, homosexuality and drug addiction are construable as means of controlling behavior rather than curing illness.* » (Gusfield, 1996°: 78)

2- *Sanitarisation du social et croisade symbolique*

La médicalisation procède donc d'un déplacement de la cause de situations ou conditions construites comme problématiques vers la biologie individuelle mais également d'une réification de ces problèmes. Elle constitue dès lors une négation à la fois du substrat social de la qualification de ces situations et de la nature sociale de leurs déterminants. En matière d'addictions, les deux dernières éditions du DSM (III et IV) attestent de la prépondérance du paradigme biomédical. Les dépendances sont des pathologies neuropsychiatriques localisables dans le cerveau plus que dans le corps social. Or, et c'est manifeste en ce qui concerne le tabagisme, certaines catégories sociales sont plus affligées par des problèmes de dépendance. Les catégories populaires présentent une plus grande prévalence du tabagisme que les catégories supérieures, arrêtent moins de fumer, fument plus de cigarettes par jour et sont plus susceptibles d'être dépendantes à la nicotine (Hiscock et al., 2011).

L'application du paradigme biomédical au tabagisme s'apparenterait dès lors à une médicalisation des problèmes sociaux. La médicalisation des problèmes sociaux renvoie au fait de définir et de traiter de manière croissante une gamme disparate de problèmes sociaux (problèmes de santé mentale, de réussite scolaire, d'obésité, de toxicomanie, de délinquance, de violences, etc.), dans un cadre de compréhension et d'intervention médical. C'est-à-dire que des problèmes relevant en premier lieu de conditions sociales et politiques glisseraient sous l'autorité médicale. Il ne s'agit donc pas simplement d'apposer une définition moins stigmatisante à des situations problématiques, mais dans bien des cas de traiter médicalement des problèmes sociaux, soit d'une véritable médication de la souffrance sociale. Il semblerait également judicieux de parler de *sanitarisation du social* (Fassin, 2005a) dans le sens d'une construction sociale des catégories médicales, fruit du travail de définition d'acteurs sociaux intéressés, dans une logique diamétralement opposée à celle de politisation de la santé présentée plus haut.

Rappelons que le tabagisme, à la différence de l'alcool et des substances illicites, a, jusqu'à la deuxième moitié du XX^e siècle, été relativement épargné par toute entreprise de mise en déviance sérieuse, qu'elle soit morale ou médicale. On peut penser que la participation massive des élites à sa consommation y est pour quelque chose. En revanche, c'est à partir du moment où ces derniers se sont dissociés de cette pratique (tournant des années 1970-1980) que les revendications anti-tabac se sont fait entendre avec le plus de force et ont commencé à se concrétiser (Markle et Troyer, 1979; Stuber *et al.*, 2008 ; Peretti-Watel et Constance, 2009). « *Certainly smoking seems to be descending the social scale; and it has always been easier to attack habits which are associated with women and the poor.* » (Berridge, 1999^o: 44-45)

Nous avons abordé plus haut la distinction culturelle entre drogues licites et illicites. Du point de vue de la sociologie des problèmes publics, les éléments de la culture et surtout ce qui fonde la culture dominante sont sujets à des transformations et objets de négociations continues voire d'affrontements dans l'espace public. Au sein même des psychotropes légaux existe-t-il ainsi une dichotomie entre drogues et médicaments qui distingue les psychotropes qui possèdent des propriétés curatives ou qui remplissent une fonction de normalisation, de ceux qui relèvent d'un usage *récréatif* (il est d'ailleurs intéressant de remarquer qu'en anglais le vocable *drugs* ne distingue pas les deux). Le tabac est ainsi une drogue licite, c'est-à-dire que son usage récréatif est autorisé par les normes légales bien que de moins en moins toléré par les normes sociales. Tout comme la distinction licite/ illicite, celle entre drogues et médicaments distingue ainsi ce qui relève de la sous-culture plus ou moins déviante de ce qui relève d'un usage normal, conforme aux normes dominantes. La frontière entre drogues et médicaments est cependant éminemment poreuse. En effet, la plupart des drogues ont d'abord été utilisées comme médicaments (héroïne, cocaïne, méthamphétamine, etc.), beaucoup de médicaments sont utilisés comme drogues (benzodiazépines, *Subutex*, méthadone, amphétamines, opiacés, etc.) et certaines drogues sont érigées en médicament, à l'image du cannabis à usage médical ou, en ce

qui nous concerne, la nicotine. La différenciation « drogues »/ « médicaments » découle historiquement de la criminalisation de l'héroïne partir du début du XX^e siècle, laquelle a entraîné la création de deux classes d'opiacés, ceux à usage médical et ceux qui constituent un fléau social (cf. sur ce point Conrad et Schneider, 1980).

La distinction entre « drogues illicites » et « médicaments » ne repose pas sur des réalités biologiques mais plutôt sur des réalités sociales, culturelles, juridiques et politiques. En d'autres termes, aucune caractéristique chimique ne peut distinguer entre un psychotrope appelé « drogue » et un autre appelé « médicament ». [...] La «^odrogue^o» et le «^omédicament^o» deviennent des entités matérielles distinctes avec du même coup, des propriétés pharmacologiques distinctes, le tout véhiculé par les jugements, préjugés et intérêts du moment. (Cohen et Pérodeau, 1996 : 144)

L'appréhension des drogues ne découle donc pas de leur nature, de leurs propriétés objectives, mais de conditions politiques, socio-culturelles. Elle renvoie au contexte culturel et à la place dans l'espace social des groupes qui luttent pour la définition des buts culturels de nos sociétés (Becker, 2001 ; Gusfield, 1986 ; Stein, 1990). La légitimité du type de consommation de psychotrope est donc attachée aux valeurs dominantes d'une société donnée, lesquelles correspondent, pour reprendre les mots de Marx (2009, [1845] : 338), « à toutes les époques », à celle des groupes dominants. La consommation quotidienne de grands vins de Bordeaux et de cigares est un attribut de goût alors qu'on aura tendance à stigmatiser et à pathologiser celle de vin de table et de cigarettes (Bunton et Burrows, *in*. Bunton et *al.*, 1995 ; Bunton et Coveney, 2011). Ou encore, Haines-Saah et *al.* (2013) montrent que même dans le contexte progressiste canadien (usage médical autorisé et décriminalisation de la possession simple), la consommation de marijuana est appréhendée différemment selon la population d'usagers concernés. Là où la consommation des catégories privilégiées bénéficie d'une « normalisation privilégiée » idoine, celle des populations défavorisées reste soumise à stigmatisation : « *Privileged normalization implies that marijuana use can be acceptable for some people at particular times and places, while*

its use by those without power and status is routinely vilified and linked to deviant behavior. »

(Haines-Saah et al., 2013)

Comme l'exprime très bien la notion d'*habitus* entendue comme « structure structurée et structurante » (Bourdieu, 1979), d'une part la stratification sociale se traduit par des consommations différenciées et hiérarchisées, et d'autre part, ces types de consommation expriment la hiérarchie sociale, la matérialisent, la légitiment et la renforcent. La prévalence différentielle de la consommation de tabac entre groupes sociaux serait ainsi un produit de la stratification sociale, et en même temps, elle exprimerait et alimenterait la hiérarchisation sociale des consommations selon leur degré de légitimité. À la fois la prévalence de la consommation de psychotropes et la représentation sociale de cette consommation sont socialement structurées. On a plus tendance à problématiser les comportements des groupes défavorisés et, simultanément, les problèmes de dépendance sont l'expression de conditions structurellement désavantageuses.

Le processus de stigmatisation d'une catégorie d'usage de psychotrope ne correspond de ce fait pas au danger biologique ou social que celle-ci représente mais à l'inscription sociale de cet usage et aux relations de pouvoir en présence. Sans remettre en cause le caractère effectivement dommageable de la consommation de substances psychoactives, les psychotropes – licites, illicites, curatifs, récréatifs, etc. – n'ont rien d'intrinsèquement problématique, ils renvoient toujours à des usages sociaux et culturels. « Les modes de consommation [...] renvoient à des réactions sociales dans l'espace public qui diffèrent selon les classes sociales, le contexte économique et politique. » (Suissa, 2007 :137) Il semblerait que la problématisation d'une consommation de psychotropes donnée procède d'un transfert des qualités de ses usagers à la substance elle-même. Plus que des psychotropes néfastes, il y aurait alors des groupes dangereux et des valeurs séditieuses. En somme, du point de vue constructiviste, la médicalisation des dépendances ne constitue pas une solution inadaptée à un véritable problème. La médicalisation

a une fonction de contrôle social dirigé vers des populations « problématiques » découlant d'impératifs moraux ou de logiques de domination et d'hégémonie culturelle.

C) Les développements du processus de médicalisation

Ces perspectives et travaux fondateurs ont fait des émules et le processus de médicalisation bénéficie désormais d'une littérature prolifique documentant ses développements. Deux logiques contemporaines concourent particulièrement à notre conception de l'appréhension médicale du tabagisme : la constitution de la santé comme forme de nouvelle « moralité séculière » et l'immixtion croissante des nouvelles technologies biomédicales dans notre existence.

Un certain nombre de penseurs s'inquiètent depuis les années 1970 de la montée d'un véritable culte de la santé, le « *santéisme* » (*healthism*), au travers duquel la santé deviendrait, non plus un moyen, mais la fin ultime de l'existence, se muerait en nouvelle utopie, en « super-valeur », hégémonique voire totalitaire (Crawford, 1980, 2006; Conrad, 1994; Skrabanek, 1995; Sfez, 1995 ; Rose, 1999 ; Gori et Del Volgo, 2005) : « *Health has become the secular salvation of a society. [...] Health is conceived as the condition of possibility for the good life or even the good life itself* » (Crawford, 2006: 404). Il s'agirait alors d'un processus inverse à celui de médicalisation classique comme médicalisation de conditions jugées déviantes. À l'aune de l'idéologie de la santé parfaite, tout comportement jugé potentiellement néfaste pour la santé, « à risque », serait considéré comme déviant.

Dans le cas de la médicalisation, des définitions et des traitements médicaux sont proposés en réponse à des phénomènes qui étaient jusqu'alors considérés comme des problèmes sociaux ou des événements naturels ; dans la santé-isation, des définitions sociales ou comportementales sont mises de l'avant en rapport avec des problèmes auparavant définis en termes biomédicaux (ex. les maladies cardio-vasculaires). La médicalisation propose des causes et des interventions biomédicales; la santé-isation

propose des causes et des interventions axées sur le mode de vie et le comportement. L'une transforme la morale en médical, l'autre transforme la santé en morale. (Conrad, 1995 : 22-23)

Là où la médicalisation d'une condition vise à restaurer par des moyens médicaux un état jugé normal, et fournit quelque chose comme un « rôle de malade » (*sick role*, [Parsons, 1991]) qui normalise la condition déviante en question en déresponsabilisant celui qui y est sujet, le *santéisme* fait au contraire de la gestion des risques de santé une obligation morale individuelle.

Si la pathologisation du tabagisme avec l'entrée de la nicotinomanie dans le DSM-III se conforme parfaitement aux mécanismes de la médicalisation, le traitement du problème s'en écarte pourtant. Les différentes initiatives anti-tabac visent en effet à convaincre les fumeurs d'arrêter de fumer, d'amender leur conduite, et proposent pour cela une gamme de produits de substitution nicotinique. Ainsi le chemin vers l'abstinence tabagique passe-t-il par la maintenance de la dépendance. Caractéristique de procédures de *réduction de méfaits*²⁴, la pratique de la substitution correspond à une inflexion du processus de médicalisation des drogues et toxicomanies. Cette pratique propose en effet de substituer l'usage autonome d'une substance désapprouvée par l'usage hétéronome d'une substance approuvée, de remplacer une drogue dangereuse prescrite par soi-même par une drogue sécuritaire prescrite par le médecin (Cohen, 1995 : 11). L'« horizon thérapeutique » (Ehrenberg, 1995) en matière de dépendance se déplace d'une logique *curative*, essentiellement dirigée vers un idéal d'abstinence, à une logique *palliative* autorisant la maintenance de l'usage de psychotropes (Bergeron, 1999).

L'intervention médicale en matière de tabagisme ne vise pas la restauration d'un état biologique jugé normal mais la transformation des comportements. La condition à éradiquer n'est donc plus la maladie en elle-même, la *nicotinomanie*, mais le symptôme de cette maladie, le

²⁴ « La réduction des méfaits du tabac en tant qu'intervention de lutte au tabagisme se définit par un maintien de la consommation tabagique. La consommation continue d'une substance dangereuse est à la base du concept de réduction des méfaits lorsque les formes d'exposition les plus nocives sont limitées ou que le risque pour l'usager d'en subir les méfaits est réduit. » (Choinière et *al.*, 2007 : 321).

tabagisme, au motif des risques qu'il comporte. Le recours aux substituts nicotiniques vise ainsi à permettre au fumeur de devenir un non-fumeur. Ce n'est pas la condition biologique qui constitue la déviance, mais les raisons et les moyens de cette condition biologique. Le *mal* n'est pas dans la dépendance mais dans le mode d'administration de la substance pathogène, dans le mode de gestion de la maladie. Pour inverser les termes du célèbre slogan de la lutte antialcoolique, le mal est dès lors de nouveau *dans l'homme* plus que *dans la bouteille*. La médicalisation et moralisation de conditions n'apparaissent donc pas comme des logiques de contrôle social antagonistes; en matière de tabagisme elles fonctionneraient plutôt en synergie.

La médicalisation du tabagisme illustre ainsi une transformation de l'intervention médicale en matière de drogues et de toxicomanie qui éclaire en retour la transformation des enjeux du processus de médicalisation des sociétés. L'explosion de la consommation de médicaments psychotropes²⁵ témoigne en effet d'une certaine banalisation de cet usage et signale l'avènement d'une société « sous-perfusion » plus que d'une société d'abstinents. La découverte de nouvelles molécules, ou de nouvelles propriétés à d'anciennes molécules — comme c'est le cas pour la nicotine désormais assimilée à un traitement pour différents troubles en santé mentale, associée à la pathologisation de nouvelles conditions, augmente le contingent de personnes qui nécessite un traitement pharmacologique pour fonctionner « normalement ». C'est donc la maladie qui tend désormais à constituer la norme. La pathologisation du tabagisme normalise ainsi la dépendance à la nicotine en faisant basculer les millions de fumeurs dans la toxicomanie. « En élargissant son territoire, le pathologique se normalise » (Cohen, 1996).

Les technologies médicales apparaissent dès lors fondamentales à l'extension et la transformation du processus de médicalisation, au point d'en devenir un facteur central. Plusieurs

²⁵ L'explosion de la consommation de médicaments s'appuie particulièrement sur quelques *médicaments blockbuster* tels que le Valium, le Prozac, le Zoloft, ou encore le Ritalin. On peut également ajouter à cette liste les médicaments antidouleur tels que l'oxycodone et l'hydrocodone, dont la distribution a connu une hausse de 627% aux États-Unis entre 1997-2007 selon une étude récente du *Center of Disease Control* (CDC) américain (Baldwin et al., 2011). L'usage non médical de médicament prescrit aurait ainsi augmenté de 542% en 20 ans chez les étudiants (Collin, 2013).

auteurs parlent ainsi d'un processus de *pharmaceuticalisation* (Williams et al., 2011), compris comme « phénomène complexe à travers lequel le médicament s'inscrit dans la vie quotidienne des individus comme dispositif de transformation des identités (individuelles et collectives) et des dynamiques sociales » (Collin, 2013 : 201). Dans cette optique, le rôle d'entrepreneur de morale des médecins se subordonnerait de manière croissante à celui de l'industrie pharmaceutique, laquelle bénéficierait désormais d'une influence prépondérante dans la définition du normal et du pathologique, et partant, dans la gestion des problèmes sociaux (Conrad, 2007). Les compagnies pharmaceutiques ne se contenteraient plus seulement de promouvoir leurs produits, elles participeraient de la création des catégories nosologiques afin de vendre de nouveaux médicaments ou de nouvelles applications pour d'anciens médicaments (Moynihan et al., 2002; Conrad, 2007; Clarke, 2010; Williams et al., 2011). La dépendance à la nicotine constituerait ainsi une de ces nouvelles maladies dont la promotion a permis de créer un nouveau marché concernant plusieurs millions de consommateurs potentiels. Les substituts nicotiques font par ailleurs l'objet d'une publicité directe au consommateur et leur usage peut se passer de toute intervention des professionnels de santé.

Pour Adèle Clarke et ses coauteurs, l'extension de la juridiction médicale à la santé elle-même, les vellétés croissantes de contrôle technoscientifique de notre condition psychobiologique et la marchandisation de la santé seraient caractéristiques d'un nouveau développement du processus de médicalisation à partir du milieu des années 1980, celui de *biomédicalisation* (Clarke et al., 2000; 2003; 2010). Alimentée par cinq processus interdépendants²⁶, la biomédicalisation substituerait alors une logique de transformation à la logique de maîtrise des mécanismes biologiques établie par la médicalisation.

²⁶ 1) La constitution d'un complexe économique biomédical ; 2) La focalisation sur la santé et l'élaboration d'une surveillance biomédicale des risques ; 3) La transformation de la production, de la distribution et de la consommation du savoir biomédical ; 4) la *technoscientifisation* de la biomédecine et enfin 5) la transformation des corps et des identités (Clarke et al., 2000; 2003; 2010).

Medicalization practices typically emphasize exercising control over medical phenomena – disease, illness, injuries, bodily malfunctions. In contrast, biomedicalization practices emphasize transformations of such medical phenomena and bodies, largely through sooner-rather-than-later technoscientific interventions not only for treatment but also increasingly for enhancement. (Clarke and al., 2010: 2)

Si le processus de médicalisation s'inscrit dans la continuité de la logique de contrôle de la nature, c'est-à-dire dans une logique de contrôle externe, la biomédicalisation est quant à elle dirigée vers l'intériorité des sujets. La différence fondamentale par rapport au processus de médicalisation, c'est que la biomédicalisation ne vise pas la « réparation » puis la réinsertion du sujet dans ses fonctions normales. La biomédicalisation s'applique à améliorer un état ou adapter l'individu à une situation plus qu'à le rétablir. La biomédicalisation des toxicomanies fonde ainsi une toxicomanie responsable, productive et fonctionnelle, elle s'inscrit dans une logique de rationalisation et de maximisation des comportements. La biomédicalisation correspond donc à un brouillage de la frontière entre santé et maladie. Sous ce processus, la juridiction médicale s'étend de la maladie à la santé, l'ensemble de la population se retrouvant placé dans un continuum de risques et de traitements, et déplacerait son objectif du bien-être vers le *mieux-être* (Quéval, 2008 : 170).

La gestion de la santé devient alors une responsabilité morale individuelle et se réalise par un meilleur accès aux connaissances scientifiques, l'autocontrôle, l'évaluation et la prévention des risques, et la consommation de biens et de services biomédicaux appropriés. « *In the biomedicalization era, the focus is no longer on illness, disability, and disease as matter of fate but on health as a matter of ongoing moral self-transformation.* » (Clarke and al., 2010: 63). Les devoirs associés au *rôle de malade* — se soigner, coopérer, se conformer — s'étendent des déviants-malades aux normaux-sains. Si la médicalisation transformait le vice en maladie (Conrad et Schneider, 1980), la biomédicalisation replace les problèmes biologiques sur le terrain moral. Le concept de biomédicalisation permet ainsi remarquablement de penser les développements du

processus de médicalisation, soit de construction médicale de problèmes sociaux, sous les auspices d'une moralisation de la santé et de logiques technoscientifiques et commerciales.

Les deux approches développées dans ce chapitre s'appliquent à analyser le fait que social affleure partout dans les phénomènes biologiques. La première nous apprend que le social façonne la santé, structure les afflictions biologiques et la deuxième que l'appréhension de la santé ne peut être détachée du monde des valeurs et des intérêts. La problématisation des questions de drogues et de toxicomanies peut être interprétée soit dans le sens d'une manifestation biologique de l'inégalité sociale, soit comme exemple emblématique de la « construction sociale de la réalité ».

Ces deux lignes d'analyse forment ainsi la toile de fond de notre étude, les présupposés de notre conception du problème de santé publique du tabagisme. Le tabagisme est un produit de la société et de la culture, une manifestation du social dans les corps, et une construction sociale issue de conflits politiques. Le tabagisme a effets réels, notamment les conséquences néfastes pour la santé, mais il constitue également un problème construit en fonction d'enjeux de pouvoir. Didier Fassin recommande dès lors d'appréhender ces deux logiques de manière dialectique. Nous proposons en conséquence de penser ensemble la politisation de la santé et la médicalisation des sociétés et de déplacer le regard de la question du traitement du problème du tabagisme à ce qu'il dit de nous. Nous appréhenderons ainsi la lutte contre le tabagisme dans le cadre de la biopolitique contemporaine comme caractéristique du mode de gouvernement des sociétés libérales avancées.

CHAPITRE 3 : LE TABAC AU CENTRE DE LA BIOPOLITIQUE CONTEMPORAINE : LE GOUVERNEMENT DES SOCIÉTÉS LIBÉRALES AVANCÉES EN QUESTION.

Le fait de vivre n'est plus ce soubassement inaccessible qui n'émerge que de temps en temps, dans le hasard de la mort et de sa fatalité; il passe pour une part dans le champ du contrôle du savoir et d'intervention du pouvoir. (Foucault 1976 : 187-188)

Si la santé publique est toujours le reflet des structures sociales dans lesquelles elle se développe et particulièrement du champ politique dans lequel elle s'inscrit (Fassin, 1996 : 237; cf. chapitre 4 pour un développement de cette question), sa raison d'être s'inscrit dans le cadre de l'émergence d'un pouvoir gestionnaire de vies au tournant de la modernité.

La biopolitique signale en effet une double rupture : d'une part avec les conceptions naturalistes ou essentialistes du vivant, les processus vitaux apparaissant transformables et contrôlables la nature humaine n'est pas donnée, mais, dans une certaine mesure, un produit de la culture, et d'autre part une rupture politique : « *biopolitics also marks a significant transformation of politics. Life is not only the object of politics and external to political decision-making; it affects the core of politics — the political subject.* » (Lemke, 2011: 4) La biopolitique n'a ainsi pas seulement affaire à des sujets de droit mais à des êtres vivants, cette dernière qualification tendant à prendre le pas ou à conditionner la première, en devenant supports de droit (cf. notamment Fassin, 2009b) ou bien au contraire en légitimant leur négation.

Au principe d'une socialisation de la médecine et d'une médicalisation de l'existence, la santé publique apparaît, « dans les sociétés contemporaines, comme lieu central de l'espace social et politique » (Dozon et Fassin, 2001 :7), la biopolitique essentielle au gouvernement des sociétés modernes. Nous situerons ainsi la transformation de la production et de la construction

sociale de la santé qui caractérise le DAT dans le cadre d'une « nouvelle économie biopolitique » (Clarke et *al.*, 2010 : 22).

Nous considèrerons ainsi tout d'abord l'émergence d'un pouvoir sur la vie en lien avec le développement du libéralisme, comme participant du gouvernement de sujets libres et de la production de sujets libéraux. Aux fondements de notre modernité se trouve en effet une reconfiguration des mécanismes de pouvoir autour des phénomènes de la vie. En lien avec la rationalité libérale et l'avènement du mode de production capitaliste, le biopouvoir modèle successivement un corps individuel docile et adaptable et un corps social sécurisé et stable. Désormais, écrit Foucault, la *bio-histoire* est en marche, c'est-à-dire que la vie entre dans l'histoire, dans le « champ des techniques politiques » (Foucault 1976 : 186). Nous présenterons ensuite notre conception du dispositif anti-tabac comme une technologie de gouvernement. Il s'agira d'analyser à travers lui comment la biopolitique contemporaine procède d'une nouvelle mentalité de gouvernement, non plus libérale mais néolibérale.

I. Gouverner la vie

A) L'émergence d'un pouvoir sur la vie

Dans les années 1970, Michel Foucault s'attelle à une généalogie du pouvoir entendu comme un ensemble de relations stratégiques, visant à influencer sur la conduite d'autrui et à structurer le champ des possibles. Ces relations de pouvoir sont en perpétuelle reconfiguration, « accommodation » dirait Foucault, sous le coup des résistances qui leur sont inhérentes. Il entrevoit à l'âge classique une transformation de ces mécanismes de pouvoir.

Tout s'est passé comme si le pouvoir, qui avait comme modalité, comme schéma organisateur, la souveraineté, s'était retrouvé inopérant pour régir le corps économique et politique d'une société en voie, à la fois, d'explosion démographique et d'industrialisation. Si bien qu'à la vieille mécanique du pouvoir de souveraineté beaucoup trop de choses

échappaient, à la fois par en bas et par en haut, au niveau du détail et au niveau de la masse. (Foucault, 1997, [1976] : 222)

Aux XVII^e-XVIII^e siècles, les mécanismes de pouvoir vont ainsi venir déborder le cadre strictement *juridique* et répressif du modèle de la souveraineté pour s'incarner dans un modèle *technologique* de normalisation²⁷. L'ancien pouvoir de tuer ou laisser vivre va être progressivement remplacé, comme opérateur central, par un pouvoir producteur et protecteur de vie, « qui entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble » (Foucault, 1976 : 180). Foucault repère donc à l'orée de notre modernité l'entrée du biologique en politique. Le pouvoir s'exercera désormais de manière prédominante « au niveau de la vie, de l'espèce, de la race et les phénomènes massifs de population » (Foucault, 1976 : 180).

Ce *biopouvoir* fonctionne sous deux formes différentes et avec deux pôles d'intervention, qui se développent successivement. Premièrement, la discipline forme une *anatomo-politique du corps humain*, une technologie du corps individualisé, du corps organisme-machine, qu'il s'agit de dresser, dont il faut améliorer les performances, l'utilité et la docilité. Deuxièmement, la *bio-politique de la population* est une technologie du corps social construit comme population. La notion de « population » apparaît aux XVIII^e-XIX^e siècles comme le site d'intervention de *contrôles régulateurs*, soit d'interventions politiques « centr[es] sur le corps-espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques » (Foucault, 1976 : 182). Le pouvoir sur la vie se développe donc d'abord sous la forme du dressage individuel, c'est-à-dire sous la forme d'une administration des corps. Il prend par la suite la forme d'une « gestion calculatrice de la vie » (Foucault, 1976 : 184), c'est-à-dire d'un contrôle administratif et probabiliste des faits biologiques de l'espèce.

La première accommodation du pouvoir se fait mécaniquement sur le corps individuel, sur

²⁷ Un des exemples idéal-typique de ce modèle est le *panoptique*, qui incarne par essence une combinaison de surveillance et de dressage caractéristiques des sociétés disciplinaires (Foucault, 1993, [1975]).

le mode de la discipline, dans une logique de production et de productivité. Spatialement et temporellement limitée, elle s'est réalisée plus tôt et plus facilement. Les disciplines se développent en effet à l'âge classique. Dès le XVII^e siècle, on voit apparaître des techniques *individualisantes* et *spécifiantes* de prise en charge des corps, de majoration de la force de travail, de surveillance, formant la grande technologie disciplinaire du travail. Dans le cadre d'une rationalisation d'un pouvoir toujours plus parcimonieux, la discipline vient pallier « par en bas » aux lacunes de la souveraineté.

La seconde accommodation, cette fois sur les phénomènes globaux de la « population » et dans une logique de sécurité, est plus complexe et nécessite un appareil de coordination et de centralisation qui s'incarnera dans l'État moderne. Atteignant au XIX^e siècle ce que Foucault appelle le « seuil de modernité biologique » (Foucault, 1976 : 188), nos sociétés marquent une véritable « étatisation du biologique » (Foucault, 1997, [1976] : 212). La bio-politique est « ce qui fait entrer la vie et ses mécanismes dans le domaine des calculs explicites et fait du pouvoir-savoir un agent de transformation de la vie humaine » (Foucault, 1976 : 188). Le pouvoir prend donc désormais en compte, « par en haut », l'homme-espèce ou l'homme en tant qu'être vivant. Cette seconde prise du pouvoir est non plus *individualisante* mais *massifiante*, bien qu'elle s'intègre *dans* et *par* le disciplinaire. Il ne s'agit donc pas de corriger ou d'adapter des individus-corps mais d'agir au niveau de ce qui détermine les phénomènes globaux, de réguler une population. « Ce à quoi va s'adresser la biopolitique, ce sont, en somme, les événements aléatoires qui se produisent dans une population prise dans sa durée. » (Foucault, 1997, [1976] : 219)

Les techniques d'assujettissement des corps et de contrôle de la population s'articulent et se confondent au XIX^e siècle. Le biopouvoir oriente les conduites vers une norme par la discipline et contrôle le champ des possibles en exerçant une régulation sur la population. L'exemple de Foucault en la matière est celui du dispositif de sexualité qui démontre la prise du pouvoir sur la vie, tant au niveau individuel qu'au niveau populationnel.

L'avènement du biopouvoir ne signifie cependant pas la désuétude de la mort mais une transformation de sa fonction. Le XX^e siècle, siècle biopolitique par excellence, a non seulement été plus prolifique en massacres que les siècles précédents, mais encore a donné son expression ultime à l'horreur sous la forme des génocides. C'est que désormais, la mise à mort, massive ou individuelle, se justifie dans l'optique de la survie de l'espèce. Le racisme assure ainsi la fonction de mort dans le régime biopolitique. « La race, le racisme, c'est la condition d'acceptabilité de la mise à mort dans une société de normalisation » (Foucault, 1997, [1976] : 228). Foucault associe dès lors le régime nazi au « paroxysme biopolitique ». De même, dans le cadre de l'eugénisme négatif pratiqué en Europe et aux États-Unis aux XIX^e et XX^e siècles, la logique d'éradication de la dégénérescence avait une vocation sanitaire, celle de renforcer la race ou l'espèce. Peu importe le substrat biologique qui fonde la population à protéger et faire prospérer, le problème réside toujours dans le lien entre théorie biologique comme discours de vérité et régime de pouvoir. La frénésie disciplinaire et sécuritaire caractéristique du nazisme amènera ainsi Foucault à penser que le biopouvoir est au fondement du nazisme et que l'Allemagne nazie est la société qui a le plus systématisé le biopouvoir (Foucault, 1997, [1976] : 232). On comprend dès lors que l'antitabagisme allemand des années 1930 et 1940 fonctionnait parfaitement dans la logique biopolitique de protection de la race aryenne et anatomo-politique de constitution d'un « surhomme »²⁸.

²⁸ Si le nazisme n'est pas l'aboutissement nécessaire du biopouvoir, il fonctionnait en revanche principalement en tant que pouvoir sur la vie (sanitarisation du social et politisation du biologique). Toutes les facettes du nazisme ne sont pas à rapporter au biopouvoir comme le suggère Agamben, ni les politiques de la vie nazies univoquement à la stricte exécution de la rationalité instrumentale, fut-elle au service du génocide (cf. chapitre 1). En continuateur de Foucault, lequel n'aurait pas suffisamment pensé les camps, Agamben (1997, 2003) en fait le paradigme par excellence de la biopolitique, érigeant ainsi la figure de l'exception en règle. Pour une critique de cette position cf. Bernard-Nouraud, 2013. Par exemple, comment comprendre à l'aune d'une politique de la vie l'interdiction de fumer imposée aux juifs voués à l'extermination dans les camps, à la différence d'autres catégories de déportés?

B) De la biopolitique au gouvernement des populations

Nous devenons une société essentiellement articulée sur la norme. Ce qui implique un système de surveillance, de contrôle tout autre. Une visibilité incessante, une hiérarchisation, une qualification, l'établissement de limites, une mise en diagnostic. La norme devient le critère de partage des individus. (Foucault, 2001, [1976] : 75)

Une des conséquences principales du passage de la souveraineté au disciplinaire est la prépondérance de la norme sur la loi. La norme est ce qui permet de relier les deux pôles du biopouvoir. Elle s'étend en effet de la discipline à la régulation, en autorisant à la fois le contrôle des corps et celui des populations. « La société de normalisation, c'est une société où se croisent, selon une articulation orthogonale, la norme de la discipline et la norme de la régulation. » (Foucault, 1997, [1976] : 225)

Les disciplines qui quadrillent le temps et l'espace constituent un investissement matériel des corps en référence à une norme d'utilité et de productivité. Elles hiérarchisent les individus, entre normaux et anormaux, ceux à corriger et les incorrigibles, et les assignent à ces identités (Foucault, 1999 : 308). Elles fabriquent des corps dociles et produisent un *assujettissement*. La normativité à l'œuvre n'est donc plus celle de la loi qui exclut, mais celle de la norme qui « redresse » : « La norme n'a pas pour fonction d'exclure, de rejeter. Elle est au contraire toujours liée à une technique positive d'intervention et de transformation, à une sorte de projet normatif. » (Foucault, 1999 : 46) Ainsi la médicalisation peut-elle être identifiée à l'une des plus importantes transformations sociales issues de la modernité (Clarke, 2003) car elle caractérise un type de contrôle social typiquement moderne. « Par pensée médicale, j'entends une façon de percevoir les choses qui s'organise autour de la norme, c'est-à-dire qui essaie de partager ce qui est normal de ce qui est anormal, qui n'est pas tout à fait justement le licite et l'illicite » (Foucault, 2001 : 374).

Le biopouvoir vise à produire des individus et un corps social dans un même mouvement; il corrige les individus et homogénéise le corps social. Le pouvoir normalisateur fonctionne ainsi par production plus que par soustraction²⁹. Il investit la population « comme machine pour produire, pour produire des richesses, des biens, produire d'autres individus. » (Foucault, 2001, [1981] : 1012). Il procède d'un *gouvernement*³⁰ des corps et des populations (Fassin, 2006) comme modulations autour de normes et produit des sujets au travers de « pratiques divisantes »³¹. La santé publique s'inscrit ainsi dans cette ambition; elle fonctionne par normalisation disciplinaire par le biais d'institutions diverses, prescrit des comportements, assigne des identités (à risque, sains, etc.), et participe de la régulation du corps social.

Cette forme de pouvoir qui s'exerce sur la vie quotidienne immédiate, qui classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux. C'est une forme de pouvoir qui transforme les individus en sujets. Il y a deux sens au mot « sujet » : sujet soumis à l'autre par le contrôle et la dépendance, et sujet attaché à sa propre identité par la conscience ou la connaissance de soi. Dans les deux cas, ce mot suggère une forme de pouvoir qui subjugué et assujettit. (Foucault, 2001 : 1046)

Le biopouvoir accompagne le développement du mode de production capitaliste. Le capitalisme implique en effet la formation d'une classe de travailleurs dociles et efficaces, c'est-à-dire une *disciplinarisation* qui débute déjà aux XVI^e et XVII^e siècles. La population devient une

²⁹ « Si le pouvoir n'était que répressif, s'il ne faisait jamais rien d'autre que de dire non, est-ce que vous croyez vraiment qu'on arriverait à lui obéir ? Ce qui fait que le pouvoir tient, qu'on l'accepte, mais c'est tout simplement qu'il ne pèse pas seulement comme une puissance qui dit non, mais qu'en fait il traverse, il produit les choses, il induit du plaisir, il forme du savoir, il produit du discours ; il faut le considérer comme un réseau productif qui passe à travers tout le corps social beaucoup plus que comme une instance négative qui a pour fonction de réprimer. » (Foucault, 2001 :148-149)

³⁰ « Il faut laisser à ce mot la signification très large qu'il avait au XVI^e siècle. Il ne se référait pas seulement à des structures politiques et à la gestion des États ; mais il désignait la manière de diriger la conduite d'individus ou de groupes [...] Gouverner, en ce sens, c'est structurer le champ d'action éventuel des autres. » (Foucault, 2001, [1982] : 1056)

³¹ « J'ai étudié l'objectivation du sujet dans ce que j'appellerais les «pratiques divisantes». Le sujet est soit divisé à l'intérieur de lui-même, soit divisé des autres. Ce processus fait de lui un objet. Le partage entre le fou et l'homme sain d'esprit, le malade et l'individu en bonne santé, le criminel et le «gentil garçon» illustre cette tendance. » (Foucault, 2001, [1982] : 1042)

source de richesse, une variable de l'économie politique, les corps une ressource pour la production, un rouage de la machinerie industrielle. Tout se passe alors comme si la biopolitique était venue corriger les impacts néfastes au niveau populationnel de la discipline industrielle. En permettant de majorer les forces corporelles tout en assurant la reproduction de la population, le biopouvoir a permis d'assurer l'articulation entre la croissance démographique et celle de la production, tout en justifiant et stabilisant la hiérarchisation sociale qui en découlait.

Dire cela ne revient pas à faire du biopouvoir une conséquence du mode de production capitaliste. Biopouvoir et capitalisme renvoient tous deux à la même *rationalité*, à la même « mentalité » de gouvernement, celle du *libéralisme*. Foucault assimile ainsi le libéralisme à la forme de rationalité qui correspond aux dispositifs de régulation biopolitique, lesquels instaurent des mécanismes de sécurité autour des risques de santé comme autant de « facteurs permanents de soustraction de force, de diminution du temps de travail, de baisse d'énergie, coûts économiques. [...] non plus comme la mort qui s'abat brutalement sur la vie – c'est l'épidémie – mais comme la mort permanente, qui glisse dans la vie, la ronge perpétuellement, la diminue et l'affaiblit. » (Foucault, 1997 : 217).

C) Gouverner des sujets libres, gouverner par la liberté

La caractéristique majeure de notre rationalité moderne n'est ni la constitution de l'État, le plus froid de tous les monstres froids, ni l'essor de l'individualisme bourgeois. [...] La caractéristique majeure de notre rationalité politique tient, à mon sens, à ce fait : cette intégration des individus en une communauté ou une totalité résulte d'une corrélation permanente entre une individualisation toujours plus poussée et la consolidation de cette totalité. (Foucault, 2001, [1982] : 1646)

1- *La gouvernementalité libérale*

La Nature a placé l'humanité sous la domination de deux maîtres souverains, la peine et le plaisir. Ce sont eux seuls qui nous montrent ce que nous devons faire, comme ils déterminent ce que nous ferons. (Bentham, cité par Laval, 2007 :304)

Foucault définit le libéralisme comme « principe et méthode de rationalisation de l'exercice du gouvernement » rompant au XVIII^e avec la *raison d'État* en lui opposant le principe d'un gouvernement frugal. « On gouverne toujours trop » (Foucault, 2004b : 819), au risque de venir perturber l'émergence d'un ordre spontané du jeu des intérêts³², qu'il prenne la forme de la « main invisible » sur les marchés ou du bonheur collectif dans la société. Mais si le libéralisme procède bien d'une économie de gouvernement, le gouvernement libéral n'est pas une absence de gouvernement, ni un véritable *laisser-faire*. Il consiste à créer les conditions de possibilité d'un *laisser-faire* à travers deux modalités qui renvoient à la même opération : l'articulation entre liberté et sécurité, et la jonction entre intérêt privé et intérêt général.

D'un côté, donc, le libéralisme valorise l'entretien de la vie, la liberté de circuler, la prise de risques; de l'autre, il limite ces libertés en même temps qu'il les rend possibles. Pour

³² « Par le mot intérêt, il faut entendre la relation entretenue par un individu ou un groupe à un objet, un acte ou un état de choses considérés comme sources de plaisir possible. » (Laval, 2007 : 306)

Foucault, le libéralisme est ainsi nécessairement tendu entre les intérêts individuels et l'intérêt de tous, entre un besoin de liberté et un besoin de *sécurité*. (Jeanpierre, 2006 : 93)

L'articulation liberté/sécurité, consubstantielle du contrat social libéral, s'exprime particulièrement dans la *gouvernementalisation* croissante de l'État au XIX^e siècle et atteint son apogée dans la seconde moitié du XX^e. L'État assure premièrement, et conformément au Léviathan de Hobbes, les fonctions de police et de justice. Ce pacte de sécurité avec la population va par la suite s'étoffer dans le sens d'une sécurité sociale et sanitaire. On peut ainsi comprendre la gestation d'un État social avec les premières lois sur les accidents du travail³³ ou les premières mesures de santé publique telles que l'assainissement des villes (cf. chapitre 4) dans le cadre d'une lutte contre l'insécurité sociobiologique (Levasseur, 1995 : 56). L'état se pose désormais dans la plupart des pays occidentaux en protecteur, des classes vulnérables aux risques produits par la révolution industrielle, mais également des classes dominantes contre le risque révolutionnaire agité par les « classes dangereuses » tout au long du XIX^e siècle et jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. L'État n'est donc pas « ce mal rendu nécessaire » (Laval, 2007 : 289) afin d'éviter la *guerre de tous contre tous*, mais un auxiliaire du marché dans le sens où il permet l'existence et le fonctionnement « spontané » de ce marché en sécurisant l'expression des intérêts utiles. En encadrant un espace voué aux développements des intérêts, le gouvernement libéral optimise leur utilité.

C'est la démocratie, ou plutôt un certain libéralisme, qui s'est développé au XIX^e siècle, qui a mis au point des techniques extrêmement coercitives, qui ont été, en un certain sens, le contrepoint d'une liberté économique et sociale accordée par ailleurs, on ne pouvait évidemment pas libérer les individus sans les dresser. (Foucault, 2001, [1980] : 911)

Le libéralisme apparaît comme une *gouvernementalité*³⁴ animée par un souci d'économie du pouvoir toujours plus efficiente qui s'incarne dans un ensemble de dispositifs³⁵ centrés sur la

³³ La responsabilité patronale en cas d'accident du travail est instaurée en France en 1898, le droit d'indemnisation en 1909 au Québec.

³⁴ « Par « gouvernementalité » je veux dire trois choses. Par « gouvernementalité », j'entends l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui

gestion des *risques*. Il procède d'un *laissez-faire* régulé à la marge par des dispositifs de sécurité. La socialisation des risques ou leur médicalisation ne lui sont pas antithétiques, mais bien au contraire remarquablement compatibles.

Le libéralisme ne peut manipuler les intérêts sans être en même temps gestionnaire des dangers et des mécanismes de sécurité. Le paradoxe vient de ce que le besoin de plus de liberté économique passe par plus de contrôle et d'intervention, de ce fait les techniques disciplinaires dans la variété successive de leurs dispositifs, accompagnent la mise en place du libéralisme. (Foucault, 2004b : 67-68)

La gouvernementalité libérale est donc cet « art de ne pas trop gouverner » (Keck, 2008 : 300), cet art du *laissez-faire* sécurisé, de l'encadrement subtil du jeu des intérêts. Si la poursuite de l'intérêt personnel est considérée comme une donnée de la nature humaine, l'équilibre entre les différents intérêts est une propriété du gouvernement³⁶ : « gouverner, c'est joindre l'intérêt privé et l'intérêt public. » (Laval, 2007 : 306) Le libéralisme est alors un grand projet normatif, une fiction collective qu'il s'agit de réaliser par l'éducation et la surveillance.

L'enjeu est considérable et il est d'emblée au centre de la problématique gouvernementale : laisser faire les individus n'est pas un slogan, c'est un projet qui passe par une construction juridique, une éducation, un dispositif de sanction et de réparation,

permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité. Deuxièmement, par « gouvernementalité », j'entends la tendance, la ligne de force qui, dans tout l'Occident, n'a cessé de conduire, et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de pouvoir qu'on peut appeler le « gouvernement » sur tous les autres : souveraineté, discipline, et qui a amené, d'une part, le développement de toute une série d'appareils spécifique de gouvernement (et, d'autre part), le développement de toute une série de savoirs. Enfin, par « gouvernementalité », je crois qu'il faudrait entendre le processus par lequel l'État de justice du Moyen Âge, devenu aux XVe et XVIe siècles États administratifs, s'est trouvé petit à petit « gouvernementalisé » » (Foucault, 2004a : 112).

³⁵ « Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. Deuxièmement, ce que je voudrais repérer dans le dispositif, c'est la nature du lien qui peut exister entre ces éléments hétérogènes. [...] troisièmement, par dispositif, j'entends une sorte – disons – de formation, qui a un moment historique donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. » (Foucault, 2001, [1977] : 299°; cf. aussi Agamben, 2007 : 7-11).

³⁶ « [Le bonheur] ne peut plus être qu'un produit de l'organisation sociale en tant qu'elle permet aux individus de poursuivre le plus spontanément possible ce qui les motive. » (Laval, 2007 : 291)

enfin tout un système de leviers et manettes qui vont permettre aux individus de calculer eux-mêmes les effets à venir de leurs choix. (Laval, 2007 : 306)

Le libéralisme instaure la primauté de l'utilité comprise comme valeur transcendante. L'utilitarisme, critère du « bon » gouvernement, se retrouve à tous les niveaux de gouvernement, qu'ils soient individuel ou étatique. Ainsi, si le libéralisme peut parfaitement s'accommoder de la répression et lui trouver une utilité, cette dernière reste cependant coûteuse. La logique du libéralisme opère plutôt généralement par prévention. Si chacun est gouverné par son intérêt, c'est sur ces intérêts qu'il faut agir afin de « conduire les conduites ». « Gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même. » (Fassin et Memmi, 2004 : 25) On gouverne dès lors des sujets libres par l'éducation, par inculcation de modes de calculs qui assurent les conditions d'une action rationnelle, c'est-à-dire conforme à la fois aux intérêts individuels et collectifs. C'est donc finalement sur les subjectivités que la gouvernementalité libérale s'appuie. Elle forme les subjectivités en jouant sur la plasticité des intérêts; elle oriente les volontés en suscitant la crainte et le désir³⁷. Le libéralisme nécessite un système de contrôle des passions et de canalisation des intérêts. Gouverner, c'est donc façonner des intérêts. On retrouve alors ici le rôle fondamental des institutions disciplinaires dans leur mission de structuration des individus à travers la formation de désirs « utiles ». Cette éducation des intérêts, ou à l'utilitarisme, est d'autant plus nécessaire chez ceux qui ne maîtrisent pas leurs intérêts de manière appropriée, qui ne semblent pas s'y soumettre ou en sont « culturellement », voire biologiquement dépourvus – pensons aux classes populaires, aux enfants, aux femmes ou aux indigènes des empires coloniaux – mais elle n'épargne pas pour autant ceux qui y sont « naturellement » sujets. Le gouvernement libéral est indéfiniment perfectible et l'intérêt soumis à une logique continue d'optimisation.

On gouverne enfin des sujets intéressés par la surveillance. « Commander, c'est donner aux sujets un intérêt factice à obéir » (Bentham cité par Laval, 2007 : 315). Les institutions

³⁷ Là encore, le dispositif de sexualité tel que décrit par Foucault constitue un excellent exemple de « gouvernement du désir ».

disciplinaires jouent également un rôle de « redressement » des personnalités déviantes par le recadrage de leurs intérêts. La prison panoptique vise ainsi à inculquer une logique d'autocontrôle à ceux qui en sont jugés dépourvus. La surveillance incite à la conformité. En ne sachant pas quand on est surveillé, on a toujours intérêt à agir de manière conforme. Surveillance et autocontrôle sont alors les deux faces de la rationalité libérale, à la fois moteur d'un foisonnement de technologies de gouvernement et caractérisée par l'autonomisation d'un pouvoir ayant vocation à être intériorisé, subsumé dans l'intérêt individuel. Gouverner de manière libérale c'est donc instiller un sens de l'autogouvernement. Le projet libéral est ainsi celui de l'établissement de ce que Deleuze appelle des *sociétés de contrôle* (Deleuze, 2003 : 240-247) et associe à l'ère post-disciplinaire contemporaine. Le contrôle est cependant consubstantiel du libéralisme tel qu'il est formalisé à partir du XVIII^e et en tant qu'il constitue un programme de gouvernement ambitieux et améliorable, et non une réalisation effective.

Pour garantir les sphères d'action pour le plus grand nombre, il faut établir une machine étatique compliquée, voire proliférante, des codes qui ne cessent de grossir, des règlements de plus en plus précis, des dispositifs de surveillance et d'éducation de plus en plus efficace. Apprendre à être libre suppose un règne de contrôle et de formation des intérêts qui pourrait paraître contraire à la fin déclarée. (Laval, 2007 : 313).

Le libéralisme érige l'utilité en valeur suprême et le gouvernement libéral procède d'une promotion de l'utilitarisme dans un espace de normativité balisé par le code légal, la règle disciplinaire et le dispositif de sécurité. « Pour résumer : la loi interdit, la discipline prescrit, la biopolitique annule, freine, favorise, ou régule. » (Jeanpierre, 2006 : 92) Différentes technologies de gouvernement se superposent donc dans le cadre du libéralisme afin de favoriser la rationalité calculatrice des sujets. Le libéralisme gouverne par la liberté et l'intérêt et produit par ces mécanismes des sujets gouvernables. Le biopouvoir peut ainsi s'envisager dans le cadre de la gouvernementalité libérale comme producteur de sujets rationnels, c'est à dire des sujets mus par le calcul et l'intérêt. La prise du pouvoir au plus près des phénomènes de la vie s'inscrit alors

dans le cadre d'un projet de production et d'entretien de l'*homo œconomicus*, soit d'un sujet à la fois utilitariste et utile.

2- La gouvernementalité néolibérale

Selon Foucault, la gouvernementalité libérale, en prise avec plusieurs dirigismes, entre en crise dans la première moitié du XX^e siècle (Foucault, 2004b : 71). Le néolibéralisme émerge dans ce contexte comme rationalité politique, critique à la fois de ces dirigismes, du socialisme en particulier, et du premier libéralisme. Si le néolibéralisme conserve l'utilitarisme de cette dernière rationalité, la gouvernementalité néolibérale telle qu'elle se met en place dans la seconde moitié du XX^e siècle s'inscrit en revanche contre le *laissez-faire*.

As it developed after World War II, neoliberalism diverged from classical political liberalism by renouncing the passive notion of a laissez-faire economy in favor of an activist approach to the spread and promotion of 'free markets'. Contrary to classical liberalism, neoliberals have consistently argued that their political program will only triumph if it becomes reconciled to the fact that the conditions for its success must be constructed, and will not come about 'naturally' in the absence of concerted effort. (Lave et al., 2010 : 661).

À la différence de l'approche naturaliste du libéralisme, le néolibéralisme se caractériserait donc par un constructivisme et un interventionnisme. Le néolibéralisme se construit comme une utopie marchande, comme une idéologie qui fait du rapport marchand la forme idéale de tout rapport social. « Le néolibéralisme, c'est donc une nouvelle société pour une nouvelle économie, là où le libéralisme keynésien ou social réformait ou corrigeait l'économie pour instaurer une nouvelle société. » (Jeanpierre, 2006 : 97) Le marché, ou son bon fonctionnement, n'a dès lors rien de naturel, il forme au contraire un modèle idéal à concrétiser et à généraliser.

Loin de prospérer quand elle est laissée à elle-même, l'économie doit être dirigée, soutenue et protégée par la loi et par le gouvernement, tout autant que par la diffusion de normes sociales élaborées pour faciliter la concurrence, le libre-échange et l'action

économique rationnelle de tous les acteurs et de toutes les institutions sociales. (Brown, 2004)

Il s'agit alors non pas de laisser s'exprimer l'ordre naturel économique, de le favoriser, mais au contraire d'intervenir activement sur la société afin d'organiser l'expansion du marché et de sa loi. Là où le libéralisme était axé sur l'encadrement et la canalisation des intérêts, le néolibéralisme vise leur extension. La cible de la critique néolibérale n'est ainsi pas l'État, l'immixtion étatique dans le marché, ou sa mauvaise gestion de l'économie, c'est la société libérale elle-même. À une politique de protection du marché par le politique doit se substituer une politique de *mise en marché* généralisée : « démultiplier le modèle économique, le modèle offre et demande, le modèle investissement-coût-profit, pour en faire un modèle des rapports sociaux, un modèle de l'existence même, une forme de rapport de l'individu à lui-même, au temps, à son entourage, à l'avenir, au groupe, à la famille » (Foucault, 2004b : 247). Il faut fonder le politique sur l'économique, non pas ménager entre eux l'apparence d'une frontière ; « gouverner *pour* le marché plutôt que *par* le marché » (Jeanpierre, 2006 : 103).

Dans cette optique, l'État, loin d'être voué à disparaître, phagocyté par le marché, voit plutôt son rôle se transformer. « Le marché [devenant] le principe d'organisation et de régulation de l'État et de la société » (Brown, 2004), l'action et les institutions de l'État se trouvent tout d'abord passées au crible de la rationalité utilitariste. Elles ne trouvent dès lors leur légitimité que dans leur efficacité économique. L'État n'est alors plus ce protecteur du marché, le garant de la libre entreprise, il est lui-même soumis à la loi du marché, soit à la concurrence et au jugement de l'utilité. Si l'État est ainsi la première « victime » du néolibéralisme, la gouvernamentalité néolibérale n'est pas pour autant un gouvernement sans État. L'État est en effet la clé de voûte de la fondation de la société néolibérale en ceci qu'il lui appartient de mettre en place une politique de transformation des sociétés et des individus. « Les politiques publiques visent ainsi à transformer la société, la technique, la nature, les droits de propriété, autrement dit l'ensemble

des variables du milieu culturel et social dans lequel la concurrence peut avoir lieu. » (Jeanpierre, 2006 : 96) Il est un acteur fondamental de la fabrication des sujets de la gouvernamentalité néolibérale.

Si le néolibéralisme est une rationalité, une manière de repenser le gouvernement, il est également une idéologie qui prend la forme marché comme représentation idéale des rapports sociaux et entreprend de l'étendre à toutes les sphères de la vie sociale. Cette utopie marchande se construit sur le refus de toute forme totale ou transcendante, au premier rang de laquelle l'idée de société, qui est toujours soupçonnée de receler une tendance autoritaire, voire totalitaire, et constituerait une entrave à l'émergence d'un « ordre spontané », c'est-à-dire à l'autorégulation du monde social. « La théorie d'Hayek peut se résumer à l'idée que la très grande complexité engendrée par la division du travail et des connaissances annule toute possibilité d'avoir une vision unifiée de la société et donc, par le fait même, de prétendre pouvoir l'orienter politiquement. » (Lafontaine, 2004 : 137) L'objet à détruire, la forme totale, n'est ici pas l'État dans toute sa pesanteur, mais l'idée même de société. « *There is no such things as society* », disait Margaret Thatcher. C'est ainsi l'idée d'un lien autre qu'économique et d'une totalité autre que marchande qui est rejetée. Ainsi, si le libéralisme avait présidé à une *gouvernementalisation* de l'État, le néolibéralisme ne se caractérise pas par une limitation de l'État, mais à un transfert de certaines de ses prérogatives à d'autres acteurs (entreprises privées, « experts », ONG, individus, etc.).

La « gouvernamentalité entrepreneuriale » qui doit prévaloir au plan de l'action de l'État trouve en effet une manière de prolongement dans le gouvernement de soi de l'« individu-entreprise », ou, plus exactement, l'État entrepreneur doit, comme les acteurs privés de la « gouvernance », conduire indirectement les individus à se conduire eux-mêmes comme des entrepreneurs. (Dardot et Laval, 2009 : 458)

La gouvernamentalité néolibérale se caractérise donc par une atomisation de l'activité gouvernementale, redistribuée entre différentes entreprises concurrentes, parmi lesquelles l'État

n'est que l'un des acteurs. Le néolibéralisme préside à la formation de nouvelles technologies de gouvernement qui procèdent à une responsabilisation des individus, soit une promotion de l'autogouvernement. La diffusion d'une morale de l'utilité est ici fondamentale. Au travers d'une éducation à l'utilitarisme comme principe universel, le néolibéralisme appelle le sujet libéral autogouverné à se concevoir comme un entrepreneur de lui-même et ainsi à participer à l'extension de l'utilitarisme à l'ensemble des domaines de la vie, c'est-à-dire à la concrétisation du projet néolibéral.

Si plaisir et douleurs, espérances et craintes sont les principaux leviers du pouvoir, il est loisible de laisser au jugement individuel, quand il obéit spontanément au principe d'utilité, un champ plus vaste de décisions qu'on n'avait pas l'habitude jusque-là de lui laisser. (Laval, 2007 : 327)

Le néolibéralisme apparaît ainsi avant toute chose comme système normatif qui précède et accompagne la marchandisation de la société. Il fonctionne par « imposition d'un ensemble de techniques de gouvernement et de techniques de soi dans plusieurs secteurs de la vie sociale, à commencer par l'État » (Jeanpierre, 2006 : 106), indispensables à la réification de l'utopie qu'il porte. La gouvernementalité néolibérale opère par l'action des sujets sur eux-mêmes et envers les autres, en *faisant faire*, en suscitant un certain mode de gouvernement de soi et des autres. « Ce qui est en cause, bien davantage qu'une idéologie ou une politique économique, c'est l'efficace d'un système de normes opérant d'emblée au plan des pratiques et des conduites. » (Dardot et Laval, 2010 : 36) Le sujet néolibéral n'est ainsi pas un individu libre, dans le sens de non contraint, et autonome, dans le sens d'une capacité à se doter de ses propres normes, mais un individu stratégique voué à son autorégulation. La gouvernementalité néolibérale ne s'appuie donc pas sur le sujet moral de la démocratie libérale, mais sur un sujet calculateur, consacré à la maximisation de sa position, qui s'adapte en fonction des informations qu'il reçoit de son milieu. Ainsi redéfinies, la liberté et l'autonomie des sujets ne constituent pas des limites au gouvernement, mais de nouveaux objets gouvernables, dans le sens où ils deviennent les ressorts mêmes du

gouvernement. « *In sum, under neoliberalism autonomy is reshaped so that it is compatible with governance rather than, on a classical liberal account, its absolute limit or the point at which governance falters.* » (McNay, 2009: 63)

Le néolibéralisme ne constitue donc pas un retour au véritable libéralisme mais une sorte d'anti-libéralisme, tendu vers l'utopie d'une société fonctionnant comme immense marché des volontés individuelles et sur un homme économique parfaitement rationnel, dont le consentement et la participation fondent la réification du projet.

Cette fiction ne s'impose de façon si opérante que parce que les dispositifs de régulation n'ont précisément jamais été ancrés aussi profondément au cœur des individus. Quasi invisibles, ils nous travaillent de l'intérieur : non à la façon d'un maître embrqué nous soumettant à sa volonté propre mais parce qu'ils sont intimement liés à notre existence même. *C'est dans cette fusion entre ce que nous sommes et ce qui nous est accordé d'être que fonctionnent les dispositifs.* (Moriau et Lebeer, 2010 : 11, [nous soulignons])

II. Appréhender les ressorts de la biopolitique contemporaine : analyse critique de discours du dispositif anti-tabac

La santé publique parle. D'elle-même, de la société, de l'homme. C'est d'abord en tant que discours qu'elle existe. Elle se définit et elle se raconte. Désignation de son domaine, roman de sa genèse, récit de son histoire : elle se dit. Mais aussi bien, elle décrit et elle prescrit. État des corps, distribution des maladies, énoncé de règles : elle dit le monde. Discours à l'intention de soi et à l'intention des autres. » (Fassin, 2000b : 67)

A) La biopolitique contemporaine au travers du prisme du DAT :

Nous avons abordé de concert la libéralisation de nos sociétés et le développement d'un pouvoir sur la vie. Le biopouvoir est finalement ce qui permet de faire fonctionner le libéralisme compris comme un projet de fondation d'une société sur la régulation marchande et le

développement de l'intérêt comme mode de subjectivation. Notre démarche consiste dès lors à interroger le dispositif anti-tabac (DAT) comme un des avatars de ce pouvoir sur la vie consubstantiel d'un type de gouvernementalité. Si la « naissance de la biopolitique » est tributaire de l'émergence de la rationalité libérale comme forme de gouvernement (Foucault, 2004b), il s'agit pour nous de lier les transformations de la prise de ce pouvoir sur la vie, la biopolitique contemporaine, au mode de gouvernement des sociétés modernes avancées traversé par la rationalité néolibérale.

La biopolitique contemporaine se caractérise par les changements spectaculaires dans la constitution, l'organisation et les pratiques de la biomédecine, intervenus depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et cristallisés dans le dernier quart du XX^e siècle, conceptualisés comme processus de *biomédicalisation* (Clarke et al., 2003 ; 2010), et par une *politique de la vie elle-même* (*politics of life itself*, [Rose, 2007]), constituant un changement de braquet de la régulation biopolitique. Modifiant son cadre de référence, la biopolitique étend sa portée à l'infiniment petit (*biopolitique moléculaire*), mais également à de nouveaux problèmes, à mesure que l'empire du risque grandit. « *The new world of vital risk and vital susceptibilities, demanding action in the vital present in the name of vital futures to come, is generating an emergent form of life.* » (Rose, 2007: 7) La vie serait alors vécue en fonction de « nouvelles coordonnées », cible de nouveaux pouvoirs pastoraux³⁸ et de nouvelles technologies de normalisation produisant de nouvelles pratiques divisantes.

La biopolitique du risque qui préside à une biomédicalisation de la santé témoigne ainsi d'un nouveau type de gouvernement des individus : « *Today we are required to be flexible, to be in continuous training, life-long learning, to undergo perpetual assessment, continual insitement*

³⁸ « *Physicians, bioethicist, genetic counselors, scientists, and representatives of pharmaceutical enterprises and biotech companies popularize scientific knowledge, disseminate value judgments, and guide moral reflection. Personal striving for health and wellness is in this way closely allied with political, scientific and economic interests.* » (Lemke, 2011: 102)

to buy, constantly improve oneself, to monitor our health, to manage our risk. » (Rose, 2007 : 154)

Elle implique en dernier lieu un mode de subjectivation : « *subjects are made and regulated through process of maximizing health, minimizing risk and producing oneself anew.* » (Mamo, in. Clarke et al., 2010: 175) Elle régule le corps social en gouvernant les âmes, par inculcation de valeurs et activation de désirs plus que par un contrôle direct et effectif des corps. Elle se place à l'intersection d'un gouvernement des sociétés et d'un gouvernement de soi.

Ce n'est donc pas tant l'impact des politiques de santé publique sur l'état de santé des populations, la manière dont le DAT travaille les corps et produirait de la santé, soit le *gouvernement de la vie*, qui nous intéresse ici, mais leur contribution au *gouvernement des vivants*, c'est-à-dire de sujets appréhendés comme êtres vivants et qui se conçoivent comme tels, soit la manière dont il travaille les subjectivités, les interpelle et ambitionne de les former. Autrement dit, c'est moins dans une dimension instrumentale que dans une dimension axiologique que les politiques anti-tabac nous interpellent. Il s'agit pour nous de « repartir de Foucault pour penser la façon dont aujourd'hui des mesures ou des politiques publiques produisent leurs effets sur ce que nous sommes, c'est-à-dire sur nos façons de produire nos êtres au monde et nos modes d'existence. » (Moriau et Lebeer, 2010 :12)

Notre approche se situe ainsi dans le sillage des *governmentality studies* (Petersen, 2003), soit d'études portant sur la mise en correspondance entre discours de vérité et conduites. « J'appelle « gouvernementalité » la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi. » (Foucault, 2001, [1988], 1604). Cette notion permet de penser conjointement des modes de production du savoir, des relations de pouvoir et des processus de subjectivation, mais également d'envisager les relations de pouvoir comme diffuses, inhérentes aux réseaux sociaux et dès lors pas seulement confinées à l'appareil gouvernemental de l'État ; elle est porteuse d'une conception du pouvoir qui ne s'épuise pas dans les rapports de domination bien qu'ils y contribuent. Elle est directement dépendante du savoir produit par

l'expertise, lequel forme des régimes de vérité qui guident l'action, qu'elle soit individuelle ou institutionnelle. Cette notion entérine enfin une conception dialectique de l'action, ni intrinsèquement libre ou déterminée, toujours ouverte, mais néanmoins balisée.

[L'exercice du pouvoir] est un ensemble d'actions sur des actions possibles : il opère sur le champ de possibilité où vient s'inscrire le comportement des sujets agissants : il incite, il induit, il détourne, il facilite ou rend plus difficile, il élargit ou il limite, il rend plus ou moins probable ; à la limite, il contraint ou empêche absolument ; mais il est bien toujours une manière d'agir sur un ou sur des sujets agissants, et ce tant qu'ils agissent ou qu'ils sont susceptibles d'agir. Une action sur des actions. (Foucault, 2001, [1982] : 1056)

Nous entreprenons ainsi d'étudier la réorganisation des politiques de la vie au travers du DAT comme l'expression d'une reconfiguration des technologies de gouvernement dans le cadre de la modernité avancée. Nous appréhenderons le DAT comme exemple paradigmatique d'une *technologie de gouvernementalité néolibérale* en démontrant les « affinités électives »³⁹ (Weber, 1989, [1905]) entre le projet d'un « monde sans fumée » et la rationalité néolibérale, tous deux reposant sur un projet d'inculcation d'une morale de l'utilité. Il s'agira de mettre en évidence les correspondances existantes entre les idéaux-types de l'*homo œconomicus* et du Non-Fumeur, tel que produit discursivement dans les différentes initiatives anti-tabac.

Cette thèse n'est pas une étude exhaustive des motivations pour arrêter de fumer; elle porte sur le dispositif anti-tabac (DAT) en tant qu'il est représentatif de tendances sociétales. Nous ne postulons pas en effet que toute démarche d'arrêt du tabac découle mécaniquement de ce dispositif. Depuis le XVI^e siècle, c'est-à-dire depuis l'avènement de l'ère du tabac, les gens ont arrêté de fumer ou se sont abstenus de consommer du tabac. Au plus fort de son règne, la moitié de la population adulte des pays occidentaux tout au plus en consommait. Passion et dégoût du

³⁹ Weber entend par *affinité élective* « l'existence, entre des phénomènes de la réalité sociale (formes d'activité, groupes sociaux, sphères de valeur, etc.), d'une relation de compatibilité qui se situe au plan interne, au plan de l'« esprit », et qui fait que ces éléments sont susceptibles d'entrer en résonance, de s'accorder et d'établir entre eux un rapport par lequel ils se facilitent, voire se renforcent mutuellement » (Quéval, 2008 : 223-224).

tabac ont toujours cohabité. Seulement, si le désir de se départir du tabac a toujours existé, le DAT constitue quant à lui une nouveauté. Autrement dit, ce n'est pas la volonté d'arrêter de fumer qui nous préoccupe, mais la constitution d'un dispositif voué à *faire* arrêter de fumer. Nous proposons de considérer la constitution du tabagisme comme objet de *gouvernement* à travers lequel s'opère une mise en concordance entre les objectifs d'un ensemble disparate d'autorités – au premier rang desquelles l'État – et les désirs individuels. Il s'agit d'interpréter les logiques à l'œuvre dans le dispositif anti-tabac, de mettre au jour l'expression d'une représentation de la société et de la confronter aux discours de ceux qui y sont sujets.

Par dispositif anti-tabac, et suite à la définition énoncée plus haut, nous entendons un ensemble de mesures, de discours et de pratiques émanant d'autorités compétentes en santé publique (élus, experts, praticiens, intervenants, etc.), destinés à la population québécoise, qui visent à faire diminuer le tabagisme dans la société québécoise. Nous aborderons plus exactement la dimension discursive du DAT. En effet, si le tabagisme fait l'objet depuis une trentaine d'années de plusieurs mesures coercitives, législatives en particulier, il est principalement la cible d'une multitude de discours. Ces discours sont plus ou moins légitimes socialement, mais on peut penser que ceux qui émanent des plus hautes autorités de santé publique, canadiennes et québécoises, sont les plus significatifs.

Précisons tout d'abord que si le DAT s'appuie sur les travaux et préoccupations des chercheurs et intervenants de santé publique, nous ne considérons pas que le discours du DAT les reflète absolument. La santé publique québécoise, en matière de tabagisme comme ailleurs, est traversée par différents courants et débats, au centre desquels se trouve la question des déterminants sociaux de la santé et une réflexion extrêmement poussée sur l'intervention de santé publique, ses moyens, ses fins, ses limites et son idéologie. Le Canada, et le Québec en particulier, bénéficient d'une avance remarquable (en particulier en comparaison avec la France) et d'une expertise mondialement reconnue (Ridde, 2004). Les professionnels de la santé publique

québécoise sont ainsi généralement très conscients et attentifs aux effets pervers pouvant être induits par leur activité. Nous ne les considérons donc certainement pas comme un nouveau clergé dont la visée messianique est de convertir les pêcheurs de la santé, ni comme des scientifiques inféodés à une idéologie comme on a pu le voir avec la santé publique nazie, ni encore, comme des « idiots culturels » ou des agents de la domination. Ils partagent en revanche une certaine « culture » propre à la santé publique (Massé, 2003), par conviction certainement, mais également parce que leur appartenance sociale les place généralement en affinité avec cette dernière, et les éloigne alors inmanquablement de celle des populations qu'ils ont à prendre en charge (Peretti-Watel et Moatti, 2009). Cependant, c'est moins en tant qu'expression d'une certaine culture de la santé publique ou des stratégies de ses acteurs qu'en tant que « caisse de résonance » d'un certain contexte social et politique que le DAT nous intéresse.

Joseph Gusfield propose une démarche qu'il qualifie d'« ironie sociologique », qu'il oppose à la fois à une conception instrumentale des sciences sociales et à une sociologie du dévoilement, et qui consiste à « *interpréter des actions, des situations, des événements et des discours depuis des perspectives autres que celles établies par les acteurs* » (Gusfield, 2009 : 215). Bien que cette étude ne satisfasse certainement pas aux canons du pragmatisme, notamment incompatibles avec le cadre théorique développé ci-dessus, nous rejoignons les préceptes de Gusfield en proposant une interprétation du DAT, non comme réponse nécessaire et évidente à un problème donné et désormais impossible à dissimuler ou ignorer, mais comme construction d'une réalité particulière au sein d'une pluralité d'autres possibles. Les problèmes du tabagisme comme celui de l'alcool au volant constituent des *foyers d'attention* qui « ne sont pas les résultats directs et nécessaires d'une réalité extérieure et objective, mais sont façonnés en profondeur par l'organisation sociale et culturelle, qui attire l'attention dans certaines directions et qui l'éloigne de certaines autres » (Gusfield, 2009 : 33). Il ne s'agira pas cependant de proposer une définition

« concurrente » du problème du tabagisme comme esquissé dans le chapitre 2, mais d'analyser les tenants et aboutissants de la définition actuelle.

Policies, strategies, programmes are embodied philosophies, values and ideals (Yanow 2000). As tools to 'conduct the conducts' (Foucault 1982), they contribute to producing the world we experience and instruct us on how to see reality (Prior 2003): how people and behaviours are valued and categorized; how hierarchies are created; and how certain courses of action are normalized. (Galitz et Robert, 2013: 1)

Nous étudierons ainsi les politiques anti-tabac au regard non pas du débat duquel elles émergent, mais du consensus qu'elles fondent. L'approche cognitive des politiques publiques insiste dans cette optique sur leur dimension symbolique par rapport à leur dimension instrumentale. Les politiques publiques ne servent pas seulement à résoudre des problèmes ; elles participent d'un processus de construction du sens, d'un rapport au monde. Elles organisent un monde symbolique, construisent des interprétations causales et des modèles normatifs (Muller, 2000). Prenant acte de ce caractère cognitif et normatif des politiques publiques, il apparaît essentiel de « lire » ces politiques comme des cadres d'interprétation du monde. Ces dernières n'offriraient pas une représentation du monde tel qu'il est, mais tel qu'elles entreprennent de le construire. Nous nous proposons alors de lire le DAT comme un discours sur la santé qui vise à produire un rapport à soi.

Notre objet est donc le DAT non pas en tant qu'il informe des dangers de la consommation des produits du tabac, mais en tant qu'il *fait* arrêter de fumer. Le DAT, et c'est là toute sa spécificité par rapport à une volonté d'arrêter de fumer ou une mission d'information sur les dangers du tabac, produit des « *Non-Fumeurs* ». Nous entendons ici le terme « non-fumeur » comme une figure idéal-typique construite dans le discours des politiques anti-tabac. Nous signalerons ainsi la référence à l'idéal-type construit dans les discours de santé publique par la présence de majuscules, de même pour la catégorie repoussoir de Fumeur. Le Non-Fumeur n'est pas une « personne-qui-ne-fume-pas » mais une figure normative, un être fictif agissant en conformité avec les injonctions sanitaires contemporaines, une représentation idéale du sujet en

santé. Finalement, le Non-Fumeur est un « anti-tabac », c'est-à-dire qu'il n'est pas seulement engagé dans une démarche d'abstinence tabagique, il est également mobilisé dans la cause de l'anti-tabagisme. À travers eux, nous étudierons des représentations contemporaines de la santé et de l'individualité. Par la promotion de l'anti-tabagisme, s'opère celle d'un mode de vie, d'un rapport à soi et aux autres, d'un modèle de subjectivité posé en diamétrale opposition à celui du tabagisme. En l'occurrence, le Non-Fumeur est construit dans le discours anti-tabac comme la figure idéal-typique de l'entrepreneur de lui-même et le Fumeur comme son antagoniste. Notre thèse vise donc à décrire la manière dont ces catégories sont construites au travers des discours anti-tabac et à voir si elles sont en retour intégrées dans le discours de ceux qui y sont sujets.

B) La santé au centre du gouvernement des sociétés et de soi-même

1- Du discours institutionnel...

Notre démarche entreprend d'étudier la nature du DAT et ce qu'il produit au travers d'une analyse de discours d'un corpus de documents institutionnels et de témoignages.

Depuis une trentaine d'années, les campagnes de santé publique s'inscrivent dans le cadre d'un *marketing social*⁴⁰ utilisant de manière privilégiée les médias de masse et s'appuyant sur un ensemble de techniques développées par les sciences humaines afin de promouvoir de saines habitudes de vie. En matière de tabagisme, on assiste au développement d'une véritable *ingénierie symbolique* (Berlivet, in. Fassin et Memmi, 2004 : 55) qui vise à transformer la représentation positive associée au tabagisme et au fumeur, notablement développée au XX^e

⁴⁰ « Le marketing social fait partie intégrante des stratégies de promotion de la santé à Santé Canada. Il sert à transmettre des messages sur la promotion de la santé à des segments précis de la population canadienne, et il est conçu pour aider les personnes à prendre des décisions qui ont trait au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien être sur le plan personnel, familial et communautaire.

Le marketing social est « l'application de technologies de marketing élaborées dans le secteur commercial pour résoudre des problèmes sociaux, où le résultat est la modification du comportement ». Cela englobe « l'analyse, la planification, l'exécution et l'évaluation de programmes conçus pour influencer le comportement volontaire des publics cibles, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société. » (SC, 3-a-5).

siècle par le marketing agressif de l'industrie du tabac (cf. chapitre 1). Bien que le DAT ne se manifeste pas seulement discursivement, les mesures structurelles contraignantes comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics ont été précédées, relayées et suivies d'une prolifération de discours sur le tabagisme. Il faut d'autre part considérer ces discours comme une forme d'action sociale (Van Dijk, 2008: 353). Il s'agit alors pour nous de faire apparaître les ressorts de cette ingénierie symbolique en analysant le contenu du discours anti-tabac.

« *L'analyse de contenu a pour but de connaître la vie sociale à partir de cette dimension symbolique des comportements humains.* » (Sabourin, 2009 :416). Elle vise à appréhender des idéologies et des représentations sociales. En santé publique, l'analyse de contenu est utilisée depuis les années 1980, notamment en ce qui concerne l'étude des croyances profanes relatives à la santé (*health beliefs*) sous la forme d'analyses systématiques de contenu ou analyses quantitatives de contenu. Cependant, d'une part ce type d'analyses vise à optimiser les dispositifs de santé publique en place, et d'autre part, ces analyses ne s'intéressent grossièrement qu'à *ce qui est dit* et non à *la manière dont c'est dit* (Lupton, 1992). En outre, elles ne nous permettent pas de comprendre comment certains objets parviennent à cristalliser à la fois l'attention des décideurs et celle de publics hétérogènes. Afin d'éviter ces écueils et en concordance avec notre cadre théorique, nous aurons recours à la méthode de *l'analyse critique de discours* (Fairclough, 1993, 2000, 2011).

By critical discourse analysis I mean analysis which aims to systematically explore often opaque relationships of causality and determination between (a) discursive practices, events and texts, and (b) wider social and cultural structures, relations and processes; to investigate how such practices, events and texts arise out of and are ideologically shaped by relations of power and struggles over power; and to explore how the opacity of these relationships between discourse and society is itself a factor securing power and hegemony. (Fairclough, 1993:135)

Cette méthode est particulièrement appropriée à notre démarche, en premier lieu car elle envisage les discours comme un type de pratique sociale construite et productive (Fairclough,

2011). Normand Fairclough définit les discours comme une utilisation du langage socialement constituée de manière hétérogène, et socialement constitutive, à la fois d'identités sociales, de relations sociales et de systèmes de connaissances et de croyances. L'analyse critique de discours a pour ambition d'analyser de manière dialectique le contexte d'énonciation des discours et les effets qu'ils produisent ; elle s'occupe à la fois du contexte socioculturel et politique dans lequel ils prennent place (Lupton, 1992) et des réalités qu'ils contribuent à fabriquer. En lien avec l'approche constructiviste présentée dans le chapitre 2, une analyse critique de discours appliquée au DAT doit ainsi nous permettre de voir comment le discours qu'il véhicule privilégie certaines définitions et significations, ainsi que les processus par lesquels des intérêts, des normes, des valeurs et des représentations sociales prévalent sur d'autres (Lupton, 1994: 73).

Notre démarche s'appuie sur deux niveaux d'analyse que nous traiterons successivement à travers deux corpus. Il s'agit tout d'abord d'analyser un discours institutionnel, celui de la santé publique, afin de le confronter au discours de ceux qui y sont sujets. Au niveau institutionnel, deux organismes gouvernementaux, Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) chapeautent la lutte contre le tabagisme au Québec, sous la férule de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ils n'en sont cependant pas les acteurs principaux et sont relayés dans leur mission par plusieurs organisations non-gouvernementales auxquelles ils attribuent des subventions afin de mener diverses campagnes. Un de ces organismes les plus significatifs est le Conseil Québécois sur le Tabac et la Santé (CQTS), lui-même composé de diverses organisations⁴¹, très actif depuis 25 ans et responsable de campagnes et événements publics anti-tabac d'envergure.

⁴¹ Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Association des médecins de langue française du Canada, Association médicale du Québec, Association pour la santé publique du Québec, Fondation des maladies du cœur du Québec, Fondation québécoise du cancer, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal – Programme d'aide à la cessation tabagique, Info-tabac, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, Société canadienne du cancer (division du Québec).

Notre premier corpus (cf. chapitre 5 et l'index des sources et abréviations du corpus en annexes pour une liste exhaustive) est constitué de rapports et de programmes de lutte contre le tabagisme produits par ces organismes. À cela s'ajoutent les rapports internationaux qui constituent des guides et des cadres aux rapports canado-québécois, notamment la convention-cadre de lutte contre le tabagisme de l'OMS (2003) et le rapport de la Banque Mondiale « Maîtriser l'épidémie. L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme » (2000). Nous analyserons ensuite le discours institutionnel sur le tabac à travers les campagnes mises en place au Québec par ces organismes gouvernementaux et non-gouvernementaux. Ces campagnes sont diffusées par différents médias : télévision, radio, affichage public, brochures, opérations de relations publiques, encarts de Santé Canada sur les paquets de cigarettes. Toutes ces données sont disponibles sur les sites Internet de ces différentes organisations et ainsi facilement accessibles et par nature publics. À ces campagnes de communication « classiques » s'ajoutent désormais des campagnes se déroulant exclusivement sur Internet et à visée plus participative. Des sites tels que « *J'arrête, le site pour s'aider à se libérer du tabac* » (CQTS, 5-a), ou celui du « *Défi j'arrête, j'y gagne* » (DJJG, 6), seront à analyser globalement comme des campagnes alliant textes, images, animations et modules participatifs. Internet est un moyen de communication incontournable, en santé publique comme ailleurs, mais revêt indubitablement une importance majeure dans le cadre de la promotion de la santé comme « vecteur d'empowerment »⁴² (Korp, 2006), notion désormais centrale dans le cadre de la promotion de la santé (cf. chapitre 4). Nous disposons ainsi d'un corpus composite représentatif du discours institutionnel anti-tabac. Les sites des ministères canadien et québécois, offrant des retranscriptions textuelles des campagnes télévisuelles, nous fournissent un ensemble de textes pour mener une analyse de contenu thématique. Le DAT reposant sur la diffusion d'un ensemble d'images, nous aurons également

⁴² « Ce terme est utilisé pour désigner, chez l'individu ou la communauté concernée, une capacité d'agir concrètement et de façon autonome ainsi que le processus pour atteindre cette capacité d'agir » (Leroux et Ninacs, 2002 : 34); *capacitation*, acquérir une capacité d'agir ici sur sa santé

recours de manière complémentaire à l'analyse d'images. « La qualité esthétique de l'image et sa composante documentaire enrichissent le texte et celui-ci enrichit l'image » (La Rocca, 2007). D'autant plus que l'utilisation d'images apparaît comme une ressource-clé pour le *marketing social* (cf. chapitre 5) développé dans le cadre de la promotion de la santé et particulièrement du DAT (Constance et Peretti-Watel, 2011). Adèle Clarke (2010 : 104-146) rappelle par ailleurs que les développements de la « chose médicale » ont depuis son émergence non seulement été accompagnés par l'iconographie institutionnelle et populaire et reflétés par elle, mais encore continuent d'être générés et produits à travers elle. Les images constituent ainsi à la fois une représentation et un vecteur du processus de biomédicalisation. Enfin, la santé publique « s'affiche » depuis un siècle, au Québec (Renaud et Bouchard, 2005) comme partout où elle est devenue une prérogative privilégiée de la puissance publique (cf. chapitre 4).

Stressing the ability of visual and aural media to reach illiterate populations, social marketers claimed that they could tailor communication between government agencies and voluntary organizations and the citizen-consumers the former desired to address by availing themselves of the latest techniques developed by advertisers, the entertainment industry, and the behavioral sciences. (Reid, 2005: 10)

2- ... aux motivations subjectives

En dernier lieu et afin d'appréhender la réception du DAT, nous analyserons le discours de personnes engagées dans une démarche d'abstinence tabagique dans le cadre du DAT. Pour ce faire, le site internet du « *Défi j'arrête, j'y gagne* » (DJJG, 6)⁴³ constitue une ressource de choix. À l'initiative d'*Acti-Menu* (AM, 7), une société de promotion de la santé attachée à la Direction de la prévention de l'Institut de Cardiologie de Montréal, le *défi* se déroule chaque année sur une

⁴³ « *Le Défi J'arrête, j'y gagne!*, une campagne qui soutient gratuitement les fumeurs souhaitant arrêter de fumer, est une initiative d'ACTI-MENU réalisée en partenariat avec plusieurs organisations publiques et privées, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'ensemble des directions de santé publique des Agences de santé et services sociaux du Québec, la Société canadienne du cancer, Jean Coutu et Novartis. Depuis sa création, ce sont près de 340 000 personnes qui ont participé au *Défi J'arrête, j'y gagne!* » (DJJG, 6)

période de six semaines et s'inspire du grand Défi mondial de l'OMS. Il est mis de l'avant par le MSSS comme ressource relevant de l'axe « mobilisation » du plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 et apparaît également dans les initiatives québécoises financées par Santé-Canada. Ce programme vise à engager des volontaires dans un processus d'arrêt du tabac. Il existe depuis 1999 et a pour but « d'aider les gens à se libérer du tabac en incitant fumeurs et non-fumeurs à participer à une vaste campagne dynamique, positive et fondée sur la solidarité » (DJJG, 6). Les participants doivent être parrainés ou accompagnés d'un coéquipier, disposent d'un ensemble de ressources en ligne et de contacts, et peuvent ultimement gagner des prix. Parmi ces ressources figure une section témoignages dédiée au partage d'expériences de cessation tabagique. Ces témoignages constituent ainsi pour nous une ressource discursive abondante pour confronter les thèmes que nous aurons extraits des campagnes anti-tabac aux discours d'individus désireux d'arrêter, en processus d'arrêt ou encore ayant arrêté de fumer.

Afin d'aborder l'envers du projet institutionnel anti-tabac, sa réception auprès de son public cible, nous analyserons la démarche d'arrêt du tabac de participants au Défi, ses motifs et ses bénéfices, au travers d'un corpus de témoignages recueillis en 2010, 2012 et 2013 sur le site internet du « *Défi j'arrête, j'y gagne* » (DJJG, 6). Lors de ces trois périodes de consultation, 260 témoignages ont été sélectionnés de manière aléatoire. Ces témoignages se présentent sous la forme de billets de 20 à 200 mots environ, comportent chacun un titre (mis en italique dans notre retranscription), le nom, la domiciliation du participant ainsi que la date de publication du message, et sont parfois accompagnés de photos (pour une capture d'écran de la section témoignage du *Défi* cf. annexe chapitre 3, 1). Les participants sont des adultes âgés de 20 à 70 ans, les deux sexes apparaissant équitablement représentés, originaires de tout le Québec, bien que les régions et banlieues semblent plus prédominantes que Montréal ou la capitale. Ces témoignages étant publiés sur un forum ouvert à tous et appartenant de ce fait, à l'instar des campagnes institutionnelles, au domaine public, leur restitution ne nécessite aucune précaution

éthique. Nous avons donc choisi de ne pas modifier les prénoms des participants, ni leur lieu de domicile. Nous avons cependant supprimé les noms de famille et, à des fins de facilitation de la compréhension, effectué des corrections de forme.

L'analyse de notre corpus comporte plusieurs limites attenantes à la traçabilité et la fiabilité des données, ainsi qu'à leur représentativité. Nous ne pouvons tout d'abord attester avec certitude de l'origine ou de la véracité des informations contenues dans ces témoignages virtuels, ni obtenir celles qui nous feraient défaut⁴⁴. S'il nous semble que les enjeux d'un tel contexte ne motiveraient pas les participants à travestir leur identité ou leur expérience, il faut cependant garder à l'esprit que les forums constituent des sites privilégiés pour la publicité sauvage ou dissimulée. Cette question peut notamment se poser au niveau des références aux produits pharmaceutiques anti-tabac. Les données dont nous disposons sont ensuite soumises à un biais d'autoselection. Ces témoignages ne peuvent en outre pas être considérés comme représentatifs de toute démarche de cessation tabagique. Les participants ne sont en effet pas seulement « en contact » plus ou moins rapproché avec le DAT mais sont littéralement « pris dedans ». Cette thèse n'a cependant pas vocation à être une étude exhaustive des motivations pour arrêter de fumer ni une typologie de cette catégorie de personnes. D'autre part, ce n'est pas tant l'origine sociale des participants qui nous préoccupe que de voir si les thèmes véhiculés par le DAT trouvent résonance dans leurs discours et pour quelles raisons.

Une dernière limite tenant cette fois à la méthode d'analyse renvoie à la possibilité de rester prisonniers de contenus textuels figés et d'assigner arbitrairement une signification à des catégories immanquablement polysémiques. Nous nous inscrivons ici dans une approche résolument interprétative. « Interpréter, c'est à la fois éclaircir, mettre en perspective et donner

⁴⁴ C'est notamment le cas du statut socio-professionnel, absent des renseignements affichés dans les témoignages. Les détails évoqués sur les habitudes de vie, les goûts et autres occupations ainsi que les photos nous permettent cependant de supposer que l'essentiel des participants au Défi sont issus des classes moyennes et populaires.

un sens. » (Rumpala, 2008 : 6) Dès lors, notre démarche n'entreprend pas d'expliquer le DAT et sa réception mais d'en proposer une interprétation théorique.

Paul Ricœur a comparé l'enquête sur l'action humaine à la lecture de texte. En tant que telle, l'action humaine ne dépend pas de l'intentionnalité de ses auteurs et s'ouvre au travail de l'interprétation. « Le monde est un ensemble de références ouvertes par les textes. » (Gusfield, 2009 : 215)

Nous ne visons pas ici une représentativité quantitative tout à fait inappropriée à l'analyse du sens du DAT. De surcroît, le caractère généralisable ou non de notre raisonnement ne se joue pas au niveau de la description d'une certaine réalité, mais au niveau de l'interprétation du phénomène en question (Cheek, 2004 : 1147). Nous nous inscrivons dans la recherche d'une représentativité théorique ou sociologique (Hamel, 2000), soit une représentativité au regard de notre cadre théorique. « Contrairement à la représentativité statistique qui s'obtient *en amont* de l'analyse sociologique, le caractère typique ou atypique d'un comportement ne peut être établi qu'*à la suite* d'un raisonnement sociologique. » (Coenen-Huther, 2003)

À la suite des intuitions théoriques de Michel Foucault, nous proposons d'interroger les biopolitiques contemporaines en tant qu'elles participent du gouvernement des sociétés modernes avancées. La santé publique, émergeant au XIX^e siècle au croisement d'une entreprise de gouvernement des corps et des populations, apparaît de nos jours, sous les traits du DAT, comme un projet de gouvernement des âmes. Nous situerons ainsi la lutte contre le tabac au regard du cadre analytique de la biopolitique, en ramenant les évolutions de ce type de pouvoir à une transformation du mode de gouvernement des sociétés, désormais considéré comme *néolibéral*. Nous entreprenons dans cette thèse d'analyser le DAT comme illustration de la transformation des principes et méthodes de la santé publique contemporaine en tant qu'elles

sont caractéristiques d'une reconfiguration des modes de gouvernement des sociétés modernes avancées.

Notre raisonnement s'organise en trois temps. Tout d'abord, nous présenterons une généalogie de la santé publique, afin d'appréhender la spécificité de la biopolitique contemporaine, dans quelles continuités elle s'inscrit et de quelles ruptures elle procède (chapitre 4). Nous aborderons ensuite la manière dont le DAT entreprend de réguler le tabagisme en analysant dans le détail le discours institutionnel anti-tabac comme entreprise de stigmatisation du tabagisme et des fumeurs (chapitre 5). Nous présenterons finalement le DAT comme une entreprise essentiellement morale, la santé apparaissant associée à un ensemble de valeurs, au premier rang desquelles celle de performance, dont la promotion constitue le socle d'un gouvernement des sociétés et de soi-même.

CHAPITRE 4 : NAISSANCE DE LA NOUVELLE SANTÉ PUBLIQUE : LA SANTÉ PUBLIQUE ET SES PROBLÈMES

Il n'y a pas de science de la santé. [...] Santé n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire. (Canguilhem, 2002)

Nous avons rapidement esquissé dans le chapitre précédent la participation de la santé publique à un « gouvernement de la vie ». Avant de s'intéresser plus avant à la biopolitique contemporaine à lumière du DAT, et afin de voir ce qu'il a de tout à fait spécifique, il nous faut circonscrire l'espace la santé publique, établir sa genèse et interroger ses développements.

L'OMS définit la santé publique de la manière suivante :

La santé publique est une notion sociale et politique. Elle vise à améliorer la santé, à prolonger la vie et à donner une meilleure *qualité de vie* à des populations entières, par la *promotion de la santé*, la *prévention de la maladie* et d'autres types d'intervention sanitaire. Dans la littérature sur la *promotion de la santé*, on établit une distinction entre la *santé publique* et une nouvelle santé publique, afin de mettre l'accent sur des démarches nettement différentes à l'égard de la description et de l'analyse des *déterminants de la santé*, et des méthodes utilisées pour résoudre les problèmes de santé publique. Cette **nouvelle santé publique** se caractérise par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les *modes de vie* et les *conditions de vie* déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des *modes de vie* sains et en créant des *environnements favorables à la santé*. (OMS, 1998 : 14)

Cette définition dévoile d'ores et déjà deux dimensions fondamentales de la santé publique. Premièrement, le fait que par santé publique on entend un concept immédiatement politique et normatif, ce qui pose d'emblée l'intérêt de son analyse par les sciences sociales. Relevant

d'institutions politiques, constituant une politique publique, cette première qualité de la santé publique s'impose. La santé publique s'occupe de santé plus que de maladie et elle engage une conception de la santé. Si la dimension éminemment normative de la conception de l'action publique, de ses moyens et de ses buts, est indéniable, cette caractéristique apparaît moins évidente en ce qui concerne l'objet de la santé publique. Or, de « la vie dans le silence des organes » de René Leriche (1936) à la « qualité de vie » mise de l'avant par l'OMS, *l'espace politique de la santé*, pour reprendre le titre de Didier Fassin (1996), évolue. Il semblerait deuxièmement qu'on ne fasse plus de nos jours de la santé publique comme on en faisait avant. Aussi bien du côté de ses critiques (Armstrong, 1993 ; Lupton, 1995 ; Lupton et Petersen, 1997 ; Bunton et *al.*, 1995), que du côté de ses partisans (Kickbusch), le sentiment d'une rupture dans les pratiques de santé publique s'exprime avec force.

Afin d'éclairer la question de cette rupture, mais également des continuités observables dans l'histoire de la santé publique, nous présenterons dans ce chapitre une généalogie de la santé publique. Cette approche généalogique nous permettra d'éclairer la multiplicité des origines de la santé publique, la contingence de sa genèse et l'infinité des possibilités de son évolution.

I. Naissance de la santé publique : la politisation de la santé

Si le principe de prévention est millénaire et universel, notamment sur un mode *magico-religieux* (Dozon, *in.* Dozon et Fassin, 2001), « c'est dans l'institutionnalisation de la fonction publique, dans l'émergence de pouvoirs forts et centralisés, dans les logiques d'instauration et de légitimation de l'ordre étatique que la santé publique trouve son origine » (Fassin, 1996 : 231). Partout où le politique s'autonomisera et devra asseoir l'étendue de sa juridiction, protéger son espace contre ses ennemis politiques ou biologiques et légitimer sa souveraineté se manifestera un pouvoir pastoral, à

la fois généreux et autoritaire, voire tyrannique, néanmoins jamais parcimonieux, et la santé deviendra un bien commun, c'est-à-dire une ressource que le souverain doit préserver. Les politiques de santé précèdent ainsi de beaucoup les sciences de la santé. La santé publique apparaît comme pouvoir avant de devenir un savoir (Fassin, 1996; 2005).

A) Protéger les États : la quarantaine ou le modèle de la peste

C'est dans la construction des empires, dans le renforcement des prérogatives étatiques, mais également dans l'enracinement de leurs légitimités qu'il faut comprendre l'émergence d'un gouvernement de la vie. On le trouve donc aussi bien dans la Rome antique qu'à Cuzco, capitale de l'Empire Inca avant l'arrivée des espagnols et à M'Banza-Kongo, capitale du royaume du Kongo avant celle des portugais. La santé s'intègre comme prérogative de gouvernement dans le cadre d'un processus d'étatisation, l'ordre sanitaire n'est plus exclusivement religieux, il se fonde dans l'ordre politique. S'ouvre ainsi avec la constitution d'États une ère « de politisation de la santé » (Fassin, 1996; 2005), une ère de la *contrainte profane* (Dozon, in. Dozon et Fassin, 2001), c'est-à-dire que le mode de prévention des maux dominant relève désormais d'un champ autonome du champ religieux, proprement politique. La santé publique naissante apparaît comme administration d'un ensemble d'objets disparates. Elle va progressivement s'institutionnaliser du XVI^e au XIX^e siècle en se constituant en activité spécifique attelée à gérer des problèmes tout aussi spécifiques. Les grandes épidémies retrouvant le chemin de l'Europe au Moyen-âge vont lui donner un espace et lui permettre d'associer un dispositif à une menace.

La santé devient donc une affaire d'État. En effet, comme va le démontrer l'épidémie de peste noire, les désordres biologiques, au premier rang desquels les pandémies, nuisent à l'ordre public. La Grande peste arrive aux portes de l'Europe occidentale en 1348; elle va décimer en à peine

trois ans entre un tiers et la moitié de la population européenne. À Venise, son point d'entrée, vont être mises en place les mesures sanitaires d'urgence visant à l'endiguer par l'implantation d'un dispositif de quarantaine et l'établissement de conseils de santé, premières institutions de santé publique en Europe. Actifs initialement ponctuellement, au gré des épidémies, puis pérennes à la fin du XV^e siècle, ces conseils de santé vont progressivement étendre leur emprise sur la vie des cités italiennes puis se répandre en Europe.

Si les pratiques d'exclusion des individus présentant une menace pour l'intégrité physique et morale de la communauté existent dans les modes précédents de gestion collective de la maladie, pensons aux lépreux notamment, les conseils de santé italiens systématisent et institutionnalisent cette logique avec le dispositif de *quarantaine*. Ces structures sanitaires novatrices, caractérisées par une division du travail entre experts et décideurs, médecins et administrateurs, commandent à l'instauration d'un *cordon sanitaire* entre espaces sains et malsains. « *Under a system of quarantine, illness somehow resided in places, as it was places that had to be kept separate.* » (Armstrong, 1993: 395)

Leurs prérogatives s'étendront tout au long de leur existence jusqu'à leur disparition en même temps que leur objet au cours du XVII^e siècle. Bientôt en charge de domaines toujours plus nombreux de la vie sociale – gestion des hôpitaux, des cimetières, des systèmes d'égouts, de toutes les professions médicales et paramédicales, de la circulation des biens et des personnes (Fassin, 1996 : 235) — les conseils de santé se heurtent à des oppositions croissantes, notamment de la part des commerçants et du clergé. Ces conseils n'en demeurent pas moins fondateurs de la santé publique européenne. Par leur structure d'abord, ces conseils entérinent en effet la suprématie du politique sur le médical en matière sanitaire. Par leur fonctionnement ensuite, ils visent à protéger l'ordre public, en contrôlant un objet précis, les épidémies, par un dispositif administratif, et cela dans

un espace déterminé, celui du social. Enfin, leur exemple laisse déjà présager les conflits qui vont jalonner l'histoire de la santé publique, notamment la contradiction entre intérêts commerciaux et sanitaires, ou encore entre intérêts étatiques et libertés individuelles. Initialement intégrée au gouvernement général de la cité, la santé publique va petit à petit se constituer en domaine spécifique, tout en s'octroyant un espace de plus en plus vaste et de moins en moins directement sanitaire. En outre, ces conseils font apparaître que le pouvoir sanitaire précède de plusieurs siècles le savoir sanitaire. Pouvoir autoritaire et intransigeant, le pouvoir souverain subira une transformation historique au cours du XVIII^e siècle, passant de l'exclusion à la surveillance, sous le coup des bouleversements sociaux de l'époque et de l'émergence de nouveaux savoirs propres à asseoir la santé publique sur des bases rationnelles et scientifiques.

Ainsi le modèle de la contrainte s'identifie de moins en moins à des mises à l'écart et à des enfermements et de plus en plus à une multiplicité de contrôles, d'obligations, d'interdits et de sanctions à destination du corps social, principalement de ses composantes populaires. (Dozon, *in*. Dozon et Fassin, 2001 :36)

B) Améliorer les conditions de vie : l'hygiène comme science sociale

1- La santé publique au temps du choléra

La peste avait forcé les structures politiques médiévales à organiser leur défense contre un nouveau type de menace. Au début du XIX^e siècle, les États européens sont confrontés à une nouvelle épidémie venue d'Asie. Arrivant d'Inde en Angleterre dans les années 1830, le choléra vient bouleverser les conceptions établies de la maladie et des moyens de s'en prémunir et provoque ainsi un nouveau développement de la santé publique.

Au déclenchement de l'épidémie, la santé publique jouit déjà d'une légitimité administrative et scientifique. Le XIX^e siècle voit s'institutionnaliser la gestion collective de la santé sous la houlette

de l'État au point de constituer pour David Armstrong « l'âge d'or de la santé publique » (Armstrong, 1993). Le choléra met cependant à l'épreuve les dispositifs consacrés de santé publique. Son apparition est en effet l'occasion de la dernière tentative de quarantaine à grande échelle en 1831. Maladie de civilisation, le choléra frappe tout au long du siècle les centres urbains surpeuplés et miséreux, constituant dans les taudis des « poches » de maladie. Son étiologie fait alors l'objet d'une véritable « controverse scientifique » entre contagionnistes et anti-contagionnistes. Les partisans d'une théorie de la contagion de personne à personne suggèrent de protéger les villes par un cordon sanitaire et d'appliquer strictement les mesures de quarantaine. Outre l'opposition des élites bourgeoises à ces mesures liberticides et économiquement délétères (Gaudillière, 2006 : 53), leurs recommandations apparaissent archaïques face aux mesures d'assainissement des villes préconisées par leurs opposants. Jusqu'aux découvertes de Koch et de Pasteur, la « théorie des miasmes » est le modèle dominant de la maladie. Cette théorie selon laquelle la maladie réside dans l'air impur et dans les zones pestilentielles concorde avec l'existence de foyers infectieux dans les quartiers insalubres, les miasmes préférant logiquement les espaces de misère et de délabrement sanitaire et moral. L'air nauséabond des villes est donc le premier signe de la maladie.

Si la bactériologie tranche plus tard cette controverse, la théorie des miasmes, scientifiquement « fausse » portera néanmoins ces fruits. Elle sera à l'origine d'un *hygiénisme public* (Armstrong, 1993), voué à la purification des zones contaminées au travers de mouvements de rénovation urbaine et d'assainissement des taudis. Une santé publique environnementaliste (Nathanson, 2007), concentrée sur l'interaction entre le corps et son milieu, se développera dans les métropoles industrielles occidentales. Un ensemble de législations et d'institutions entameront ainsi une grande réforme sanitaire visant à contrôler les épidémies. Apparaissent alors dans les grandes villes industrielles de l'est des États-Unis et d'Europe occidentale des conseils de salubrité destinés à

se mobiliser en cas d'épidémie (de peste, de variole ou encore de choléra). L'établissement du *Metropolitan Board of Health* de la ville de New York lors de l'épidémie de choléra de 1866 est un modèle du genre (Gaudillière, 2006 : 53). Cette puissante infrastructure, gérée par des médecins, eut en effet à charge la surveillance et la désinfection de la ville et la courte durée de l'épidémie contribua alors à populariser ce modèle.

Avant même l'acceptation du vibrion comme cause bactérienne du choléra, l'idée d'une infection transmissible gagna du terrain, bénéficiant du déplacement des interventions de l'isolement vers l'assainissement et entretenant en retour le mouvement pour une réforme de la gestion urbaine donnant un pouvoir étendu aux ingénieurs et experts des populations. (Gaudillière, 2006 : 52)

L'eau fut finalement identifiée comme vecteur de la maladie par le britannique John Snow, lors de l'épisode londonien de 1854. Suite à une enquête révolutionnaire, ce dernier parvint à mesurer l'incidence différentielle de l'infection selon les quartiers de Londres en fonction de l'origine de leur approvisionnement en eau. Bien que passés tardivement à la postérité, ces travaux fondateurs en épidémiologie illustrent néanmoins la volonté de faire de l'hygiène une véritable *science sanitaire* fondée sur l'expérimentation et sur des données empiriques. Ils ouvrent à la compréhension du lien entre géographie, appartenance de classe, et morbidité /mortalité ; ils accompagnent le développement des sciences humaines et sociales (Lupton, 1995). L'hygiène s'appliquera alors à démontrer le lien entre pauvreté et maladie devenant ainsi un levier de la réforme sociale.

2- *L'hygiénisme est un humanisme*

La misère est une maladie du corps social comme la lèpre était une maladie du corps humain ; la misère peut disparaître comme la lèpre a disparu. Détruire la misère ! Oui, cela est possible. Les législateurs et les gouvernants doivent y songer sans cesse ; car, en pareille matière, tant que le possible n'est pas fait, le devoir n'est pas rempli. (Victor Hugo, Discours sur les ateliers nationaux, 20 juin 1848, cité par Ridde, 2004 : 343)

Avant cet *âge d'or*, la santé publique existait en tant que prérogative étatique et domaine de l'administration; elle se dote à partir du XVIII^e siècle d'un substrat scientifique et s'érige en discipline académique. Si « la santé publique est une invention britannique »⁴⁵ (Gaudillière, 2006 :49), « l'idée de santé publique »⁴⁶ germe dans toute l'Europe dans le sillage des Lumières (Fassin, 1996 : 244).

L'émergence des institutions de santé publique et du discours sanitaire est le produit d'une crise de longue durée caractérisée par la conjonction entre l'apparition d'épidémies d'un genre nouveau et les conflits portant sur la pauvreté urbaine et ses origines, sur le statut du prolétariat industriel et des nouvelles « classes dangereuses ». (Gaudillière, 2006 : 49)

Portée par la croyance en l'habilité de l'Homme à contrôler son destin, la santé publique s'inscrit dans le projet général de progrès humain. Dans le prolongement des idées des Lumières, les hygiénistes estiment les épidémies évitables par une prévention rationnelle. Volonté de maîtrise de la nature, la *science sanitaire* ambitionne de découvrir les lois gouvernant la maladie afin de la contrôler. Benjamin Franklin exprime très clairement cette foi dans le progrès scientifique comme moyen de surmonter les vicissitudes de l'existence :

⁴⁵ Le *Public health act*, considéré comme la première législation de santé publique, est promulgué en 1848 au Royaume-Uni (Gaudillière, 2007 :49).

⁴⁶ L'« Idée de santé publique » est d'après Ann La Berge l'idée « selon laquelle une meilleure gestion de la santé, tant au niveau public, par la mise en œuvre de politiques sociales et sanitaires, que sur le plan privé, par la transformation des comportements, permettrait d'améliorer la qualité de vie et d'en accroître la durée. » (La Berge, cité par Fassin, 1996 : 244)

Les rapides progrès que fait aujourd'hui la vraie science me font quelquefois regretter d'être né si tôt. Il est impossible de s'imaginer à quel degré peut être porté dans un millier d'années le pouvoir de l'homme sur la matière. [...] On sera parvenu à prévenir ou à guérir toutes sortes de maladies, sans même excepter la vieillesse, et les hommes prolongeront à volonté leur existence jusque par-delà même l'âge des patriarches. (Franklin, 1867, [1780]: 176)

Les progrès scientifiques doivent cependant être au service d'un progrès moral. La santé devient en effet un droit naturel dans le cadre d'une véritable entreprise de civilisation. Le progrès humain et l'ordre social sont accessibles au moyen de réformes rationnelles basées sur l'humanisme et la méthode scientifique. C'est ainsi en tant que science morale que l'hygiène va gagner son autonomie face à la médecine clinique. Cabanis énonce très bien cette vocation politique de l'hygiénisme : « il faut que l'hygiène aspire à perfectionner la nature humaine en général. » (cité par Vigarello, *in*. Fassin, 2005b : 25) L'hygiénisme est un projet politique qui fait de la pauvreté une maladie du corps social. Ainsi, pour Rudolph Virchow, médecin pathologiste et hygiéniste allemand, « la médecine est une science sociale, et la politique n'est rien d'autre que la médecine sur une grande échelle » (cité par Fassin, 1996 :251). La santé publique ne s'inscrit pas dans les sciences de la nature mais bien dans les sciences sociales. Elle va donc se doter de méthodes analogues qui sont l'enquête sociale et l'analyse statistique.

Les penseurs sociaux du XIX^e, écrivains (pensons à Zola, à Hugo ou à Dickens pour l'Angleterre), poètes ou idéologues, vont dépeindre tout au long de son déploiement les conséquences de l'industrialisation des sociétés occidentales, et de cette façon, les conditions sociales de la maladie et de la mort. La description des conditions de vie effroyables de la classe ouvrière naissante constitue alors déjà les premiers pas des sciences sociales. Aux premières loges de l'émergence de la société industrielle, Friedrich Engels relate par exemple la condition sanitaire dans

sa situation de la classe laborieuse en Angleterre en 1844⁴⁷. Les hygiénistes, à la fois experts et idéologues, fondent quant à eux leur souci de réformes sur une analyse scientifique. « Par le choix des questions traitées se dessinent les contours d'une discipline scientifique dont l'un des principaux objectifs est de conduire les autorités politiques à prendre les décisions qu'ils jugent pertinentes parce que fondées sur des enquêtes précises. » (Bourdelaïs, 2011 : 189) L'hygiénisme c'est ainsi la mobilisation de la Raison émancipatrice à des fins de réforme des sociétés et modes de vie modernes. Version française de l'arithmétique politique britannique, la statistique morale ne se pare donc d'aucune neutralité. En révélant les écarts à la moyenne, elle édicte un idéal; elle constitue une science de transformation de la société. Le calcul statistique s'inscrit dans une logique de réforme sociale. « Positivism, foi dans le progrès et dénonciation des injustices sont liés dans la démarche des hygiénistes. L'objectivation scientifique et l'engagement social sont pour eux inséparables » (Fassin, 1996 : 246). Pour la première fois, les maux à prévenir sont envisagés comme le produit de l'action transformatrice humaine, mais à la différence de ce qui se passe dans le cadre de la *société du risque* (Beck, 2001, [1986]), ils ne sont pas tenus pour incontrôlables. Positivism et morale laïque font bon ménage et il n'y a rien qui ne soit ajustable et améliorable pour peu que les savants soient entendus des dirigeants.

Nous l'avons entrevu avec l'exemple du choléra, pour les hygiénistes la maladie est le produit de l'environnement, non pas de l'individu. L'enquête statistique prolonge ce constat en dévoilant la cause des disparités sanitaires. Dans son *tableau de l'état physique et moral des ouvriers*, Louis

⁴⁷ « Pour résumer le résultat de nos promenades à travers ces localités, nous dirons que la quasi-totalité des 350.000 ouvriers de Manchester et de sa banlieue habite dans des cottages en mauvais état, humides et sales ; que les rues qu'ils prennent sont le plus souvent dans le plus déplorable état et extrêmement malpropres, et qu'elles ont été construites sans le moindre souci de l'aération, avec l'unique préoccupation du plus grand profit possible pour le constructeur ; en un mot, que dans les logements ouvriers de Manchester il n'y a pas de propreté, pas de confort, et donc pas de vie de famille possibles; que seule une race déshumanisée, dégradée, rabaissée à un niveau bestial, tant du point de vue intellectuel que du point de vue moral, physiquement morbide, peut s'y sentir à l'aise et s'y retrouver chez soi. » (Engels, 1960, (1845) : 66)

Villermé, qui a par ailleurs fait ses armes d'hygiéniste en étudiant les liens entre le manque d'hygiène et l'infection par le choléra, démontre en 1840 que l'état de santé catastrophique des ouvriers n'est pas le produit de la dégradation sanitaire induite par l'industrialisation, mais prend sa source dans leurs conditions de vie. La pauvreté cause bien la maladie et la mort mais, et si leurs constats sont semblables, Louis Villermé et Friedrich Engels ne sont pas animés par les mêmes motivations. Dès lors que l'industrialisation n'est pas ce fléau moderne dénoncé par les conservateurs et les anarchistes révolutionnaires, l'avènement d'un nouvel ordre sanitaire plus juste repose sur l'amélioration des conditions de vie, par des augmentations de salaire, la réduction du temps de travail, ou son interdiction pure et simple pour les enfants par exemple. L'hygiénisme permet donc de préserver à la fois le culte du progrès, le mode de production capitaliste, et la dénonciation des inégalités criantes qui s'incarnent dans la dégradation physique et morale des populations ouvrières. (Fassin, 1996 :251).

En découvrant les leviers sociaux et environnementaux de la santé, la statistique morale établit le lustre disciplinaire de la santé publique face au pouvoir croissant des médecins et sa légitimité en tant que domaine d'intervention et de contrôle étatique légitime. À partir du XVIII^e siècle, la plupart des États européens développent des appareils de mesure, de documentation et de régulation de la maladie et de la mort. La construction de la *science sanitaire* est ainsi imbriquée dans celle de l'État moderne comme organisation politique à scope national « C'était le politique qui avait pris en charge la santé collective : c'est maintenant l'hygiène publique qui investit le politique. L'ordre sanitaire est devenu médical. » (Fassin, 1996 : 254)

Leur démarche se heurte cependant à de nombreuses oppositions scientifiques et politiques. Les médecins en premier lieu se voient menacés par cette médecine collective au détriment d'un hygiénisme privé. Claude Bernard lui-même exprime sa méfiance face à cette méthode de l'administration appliquée aux désordres du corps : « L'usage des moyennes et l'emploi de la

statistique, en médecine et en physiologie, conduisent pour ainsi dire nécessairement à l'erreur » (cité par Gaudillière, 2006 : 48). Ensuite, les recommandations des hygiénistes constituent une hérésie pour les tenants de l'orthodoxie libérale (Bourdelaïs, 2011 : 185). Enfin, les partisans d'une transformation radicale de la société dénoncent leur paternalisme assumé comme annihilation des velléités révolutionnaires de la classe ouvrière, comme promotion d'une sorte de « servage industriel ». Malgré la modestie des concrétisations législatives de ce souci hygiéniste au cours du XIX^e siècle, son influence réside principalement selon Didier Fassin dans la lente transformation de la culture médicale et politique en matière de santé publique (1996 :252). Ces penseurs établissent en effet une voie médiane entre libéralisme et tendances révolutionnaires, une volonté d'allier progrès économique et social qu'on retrouvera au fondement du compromis social établi au sortir de la Seconde Guerre mondiale⁴⁸. Mais avant que l'hygiénisme n'imprime sa marque dans le droit, c'est dans les plans de rénovation urbaine qu'il transparait.

L'hygiène publique en un mot a fait oublier l'autre [l'hygiène privée], parce que c'est elle qui constitue la meilleure sauvegarde de la santé de l'individu. En effet, supposons qu'un homme prudent et ambitieux de longévité se résigne à suivre à la lettre les conseils de l'hygiène privée, qu'il vive dans une serre, le doigt sur son pouls, l'œil sur son thermomètre, qu'il s'abstienne de tout ce qui fait le bonheur de la vie, de tout ce qui la rend utile aux autres, qu'il pèse ses aliments comme Cornaro, qu'il impose silence à ses passions, cela pourra jusqu'à un certain point le préserver du coryza, de la bronchite et de la dyspepsie, des maux de tête et des

⁴⁸ Cette genèse de l'État social à travers l'émergence d'une voie médiane entre l'orthodoxie libérale et les partisans de la destruction du système capitaliste industriel est très bien décrite par Robert Castel : « On peut interpréter l'avènement de l'État social comme l'introduction d'un tiers entre les chantres de la moralisation du peuple et les partisans de la lutte des classes. Les uns et les autres campent sur des positions symétriques, mansuétude des gens de bien envers les misérables d'un côté, lutte des exploités contre les exploités de l'autre. Positions symétriques, parce qu'il n'y a rien de commun à l'une et à l'autre, rien de négociable entre l'une et l'autre. À l'inverse l'État social, pourrait-on dire, commence sa carrière lorsque les notables cessent de dominer sans partage et lorsque le peuple échoue à résoudre la question sociale pour son propre compte. Un espace de médiations s'ouvre qui donne un sens nouveau au « social » : non plus dissoudre les conflits d'intérêts par le management moral ni subvertir la société par la violence révolutionnaire, mais négocier des compromis entre des positions différentes, dépasser le moralisme des philanthropes et économiser le socialisme des « partageux » » (Castel, 1999 : 268)

palpitations de cœur, mais il n'en contractera pas moins la fièvre typhoïde et ses enfants la diphtérie s'il habite une ville infectée ; il aura la fièvre paludéenne s'il vit au bord d'un marais, et il sera lestement emporté par le choléra s'il se trouve sur son passage. C'est l'hygiène publique seule qui peut le mettre à l'abri de ces périls, car elle protège la santé de l'individu en défendant celle des masses. (Jules Rochard, préface à l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique* (1890) cité par Nonnis-Vigilante, 2011 : 213)

La grande transformation de la ville de Paris en est une des expressions les plus magistrales. Les travaux haussmanniens qui débutent en 1854 sont portés par le slogan suivant : « *Paris embellie, Paris agrandie, Paris assainie* ». La modernisation de la ville, détruit les taudis, construit des kilomètres d'égouts et d'aqueducs, expurge le centre-ville de sa pestilence. Ces travaux célèbrent ainsi les acquis de la science de l'hygiène, mais également le triomphe de la bourgeoisie, encore échaudée par les soulèvements de 1830 et surtout de 1848, qui établit alors sa domination sur la capitale et trouve dans la spéculation immobilière une nouvelle source de profits colossaux. Les populations ouvrières seront quant à elles rejetées en périphérie et le nouveau plan d'urbanisme permettra une maîtrise sans précédent des révoltes urbaines en facilitant le déploiement des troupes militaires, maîtrise de l'espace qui sera par ailleurs décisive lors de l'écrasement de la Commune de Paris en 1871.

3- De la désinfection des taudis au contrôle des populations : police sanitaire et eugénisme

L'ordre sanitaire participait déjà de l'ordre public, il devient désormais plus que jamais un ordre moral. Le souci de réformes sociales se double en effet d'un réformisme moral, à destination des patrons et des ouvriers. Il s'apparente cependant pour ces derniers à une véritable mission civilisatrice. Le prospectus inaugural des annales d'hygiène publique de 1829 est éloquent de cet aspect central de l'utopie hygiéniste.

L'hygiène publique, qui est l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société, est appelée à recevoir un grand développement et à fournir de nombreuses applications au perfectionnement de nos institutions. C'est elle qui [...] avise à tous les moyens de salubrité publique... Mais elle a devant elle encore un autre avenir dans l'ordre moral. De l'investigation des habitudes, des professions, de toutes les nuances des positions sociales, elle déduit des réflexions et des conseils qui ne sont pas sans actions sur la force et la richesse des États. Les fautes et les crimes sont des maladies de la société qu'il faut travailler à guérir ou, tout au moins, à diminuer; et jamais les moyens de curation ne seront plus puissants que quand ils puiseront leur mode d'action dans les révélations de l'homme physique et intellectuel, et que la philosophie et l'hygiène prêteront leurs lumières à la science du gouvernement. (cité par Fassin, 2005b : 11)

L'hygiénisme, fidèle en cela à l'héritage des Lumières s'engage à réformer l'Homme. La mise en pratique du projet révolutionnaire de formation de l'homme par lui-même passe ainsi en premier lieu par des actions concrètes, structurelles, des mesures environnementales, une gestion des choses. Il s'apparente donc de manière primordiale à une politisation et une socialisation des conditions de santé mais pas seulement. En effet, les questionnements ne portent pas seulement sur les conditions de possibilité d'existence de corps sains mais également d'esprits sains. L'hygiénisme ambitionne d'assainir à la fois l'environnement et les mœurs. Protection et contrôle des populations les plus démunies se confondent dès lors et la santé publique se rattache à la fois à un État gendarme et à un

État social (Orobon, 2012 : 35). Et si Villermé représente plutôt la seconde tendance, l'ambiguïté du projet hygiéniste est cependant chez lui également manifeste :

Ceux dont la conduite et les mœurs méritent le blâme se retirent dans les mêmes rues ou les mêmes maisons, presque toujours les plus sales, les plus malsaines ; d'un autre côté, les ouvriers honnêtes choisissent, au contraire, d'autres lieux où ils paient souvent plus cher leurs logements, mais ils n'ont de contact qu'avec des personnes qui leur ressemblent. (Villermé cité par Bourdelais, 2011 : 195)

Les hygiénistes s'intéressent à la force de travail, aux menaces de dégradation physique et morale qu'elle incarne. Leurs préoccupations passent des maladies endémiques à l'hygiène professionnelle, afin d'améliorer la productivité du travail, menacée à la fois par les conditions de vie déplorables et l'intempérance des populations ouvrières. La lutte contre l'ivrognerie en est l'expression la plus aboutie et la maxime « *drink is the curse of the working classes* » (moquée par Oscar Wilde « *Work is the curse of the drinking classes* ») illustre bien la logique hygiéniste. Ce n'est pas le travail qui est la malédiction des classes intempérantes, mais bien l'alcool qui est celle des classes laborieuses (Gusfield, 1996 : 1976). Les « classes dangereuses », leur milieu et leur mode de vie exercent une fascination mêlée de crainte sur les élites bourgeoises, mobilisées qu'elles sont à ériger leurs valeurs en mètre-étalon (Stallybrass et White, 2007). La propreté est un attribut de distinction comme l'ascétisme est un signe d'élection (Weber, 1989, [1905]). En ce sens, l'hygiène consacre l'union des bien-pensants et des bien-portants.

La bourgeoisie entrepreneuriale est en cours d'élaboration et d'ascension vers une *morale laïque* qui, au nom du progrès et de la science, se propose de pénétrer dans l'espace privé de chacun pour mettre fin à l'anarchie des comportements sanitaires individuels et les soumettre aux exigences de la collectivité. Elle est pressée de réaliser son dessein d'amélioration des conditions de vie de la population, qu'elle inscrit désormais dans une perspective utilitariste, délivrée des considérations philanthropiques. Dans ce contexte, l'hygiène joue un rôle de premier plan dans l'organisation de la vie collective. (Nonnis-Vigilante, 2011 : 204)

L'hygiénisme est aussi un dirigisme, la lutte contre l'insalubrité des villes industrielles européennes qui concentrent les maux modernes, misère, maladie et immoralité, se fait par la force : lois contre les logements insalubres, mais aussi établissement d'une police sanitaire municipale chargée d'inculquer l'ordre sanitaire aux populations marginales (vagabonds, ivrognes, prostituées, etc.), par l'hospitalisation des malades contagieux, l'emprisonnement des perturbateurs et l'internement des fous et autres hystériques. « La police médicale, aidée par la science, doit permettre de contrôler les maladies et même d'améliorer l'espèce » (Bourdelaïs, 2011 :186) Cependant, policer les mœurs par la force semble voué à l'échec : « Tant que l'opinion publique ne sera pas éclairée, pensent-ils, la coercition ne donnera jamais les résultats escomptés. Il s'agit de changer la « psychologie des gens. » (Nonnis-Vigilante, 2011 : 217) L'hygiène doit dès lors être une pédagogie plus qu'une police.

La santé publique moderne s'inscrit ainsi dans développement d'une véritable biopolitique des populations. Institutionnalisée et professionnalisée à la fin du XIX^e siècle, elle procède d'une construction politique de la santé et fait de l'hygiène une technologie de gouvernement des populations. La surveillance épidémiologique remplace progressivement l'examen clinique; la régulation des populations urbaines, plus précisément de ses fractions les plus pauvres, détrône la quarantaine comme dispositif de prévention. Elle s'accompagne cependant d'une tendance à la biologisation des conditions sociales à travers l'émergence de préoccupations relatives à la dégénérescence de ces populations. Atavismes ou vices réformables par l'inculcation de l'hygiène, les « déviations » par rapport aux normes biologiques et morales établies par les hygiénistes ouvrent ainsi à différentes interprétations. Dans l'Angleterre victorienne en particulier, confrontée en premier aux ravages de l'industrialisation mais également marquée par le darwinisme et le spencérisme, le lien pauvreté-maladie et vice sera étudié dans les deux sens. Pour Edwin Chadwick, réformateur de la

« loi sur les pauvres » (*Poor Law*) dans les années 1840 et par ailleurs ancien secrétaire de Jeremy Bentham, la maladie entretient la pauvreté, ce qui explique la concentration d'une population d'« inaptes » dans les quartiers miséreux (Gaudillière, 2006 : 50). À l'aune des théories de Francis Galton, le sort du *lumpenprolétariat* apparaît « comme la conséquence d'une constitution pathologique dont les manifestations vont en s'aggravant au fur et à mesure de la transmission générationnelle » (Gaudillière, 2006 :57). La postérité de ses travaux se retrouvera dans les politiques eugénistes mises en place par de nombreux pays européens et aux États-Unis au XX^e siècle mais également dans le développement disciplinaire de la santé publique. Galton est en effet le premier à utiliser en 1886 les calculs de régression linéaire en statistique, calculs de probabilité qui feront les beaux jours de l'épidémiologie au sortir de la Seconde Guerre mondiale, en particulier dans le cadre de la controverse sur le tabac.

Les bases disciplinaires de la santé publique sont posées dès la fin du XIX^e siècle. L'âge d'or de la santé publique marque ainsi le début de l'amélioration des conditions de vie des populations des pays industrialisés dans un souci à la fois pragmatique et moral. Le choléra lui servira de catalyseur. Néanmoins, et si la gestion des épidémies de choléra marque l'hégémonie du paradigme environnementaliste, le règne sans partage de l'hygiène publique sera de courte durée. Au tournant du XX^e siècle, ces pays présentent un paysage sanitaire profondément transformé et propice à l'établissement d'un nouvel ordre sanitaire.

À la fin du XIX^e siècle, le paysage de la médecine sociale n'a plus grand-chose à voir avec ce qu'il était deux générations plus tôt. Les dangers sanitaires politiquement et socialement visibles ne sont plus les épidémies fulgurantes mais deux sortes de fléaux : d'une part les maladies transmissibles à évolution complexe comme la syphilis et ou la tuberculose; d'autre part, les manifestations de ce qu'on appelle la « dégénérescence des populations : déclin démographique, alcoolisme, désordres mentaux. (Gaudillière, 2006 : 56)

II. L'avènement d'un nouvel ordre sanitaire : la sanitarisaton du social

L'hygiène publique va ainsi progressivement reculer face aux nouvelles théories causales de la maladie et au déplacement de la responsabilité pour la prévention de la maladie des autorités publiques à l'individu (Nathanson, 2007). De nouveaux savoirs et de nouveaux objets signalent ainsi le tournant vers *l'hygiène personnelle* (Armstrong, 1993; Lupton, 1995).

A) Le tournant vers l'hygiène personnelle : pasteuriser la société

La seconde moitié du XIX^e siècle est marquée par un ensemble de révolutions scientifiques, en particulier dans le champ des sciences de la vie. Les découvertes de Koch et de Pasteur ne bouleversent cependant pas fondamentalement le champ de la santé publique. En effet, les villes ont été débarrassées du choléra avant que Koch ne l'incarne dans un bacille et l'hygiène collective n'a pas attendu la découverte de l'asepsie pour établir des systèmes d'assainissement des eaux. Autrement dit, la santé publique n'a pas eu besoin de comprendre pour agir (Carricaburu, 2010 : 54). L'efficacité des modes de gestion collective de la maladie précède, de plusieurs siècles parfois, son explication scientifique. Les performances de l'hygiène publique surpassaient en outre, tant s'en faut, celles de la médecine clinique qui tuait plus de patients qu'elle n'en sauvait, et cela jusqu'à l'intégration dans les pratiques cliniques des acquis des révolutions scientifiques du tournant du XX^e siècle.

L'hygiène publique a transposé la santé publique dans le champ des politiques sociales. La santé était considérée comme le produit de l'environnement, de conditions extérieures à l'individu. L'hygiénisme a fait de la médecine une science sociale et attribué aux médecins une fonction politique. La santé publique s'est ainsi muée en projet politique (Massé, 2001a). Si les épidémies ont un caractère immédiatement politique car elles mettent en péril les systèmes politiques comme on l'a

vu avec la peste au Moyen-âge, l'avènement d'une médecine sociale est, quant à lui, passé par un processus de construction sociale de la maladie. Les problèmes de salubrité publique et des conditions d'existence populaires ont été construits comme problèmes de santé publique, politisés par l'activisme des hygiénistes et objectivés par l'entremise des statistiques.

Les débuts de la microbiologie vont en revanche être à la source d'un développement exponentiel de la médecine clinique et de sa capacité de traitement des afflictions. Dans le champ académique, le poids de la santé publique va dès lors décroître relativement, suivant le déclin de l'aura des sciences sociales face au pouvoir croissant des sciences de la nature. Mais si la santé publique s'affaiblit en tant que discipline, l'hygiène ne tombe pas pour autant en désuétude. Au contraire, la santé des populations gagne au niveau normatif ce qu'elle perd au niveau académique. « Ce qui l'affaiblit comme discipline la renforce comme idéologie. » (Fassin, 1996 : 256) La santé va en effet prendre une importance sans précédent dans la société.

Si le XIX^e siècle avait débuté sous le signe de l'hygiénisme médical, mouvement de santé publique à double prétention positiviste et réformiste, il va donc s'achever dans le triomphe de ce que l'on pourrait appeler l'hygiénisme universel, c'est-à-dire la généralisation à l'ensemble du corps social de la pensée sanitaire. (Fassin, 1996 : 256)

En s'éloignant de ses conceptions originales, la santé publique va progressivement coloniser l'ensemble du monde social. Elle va en premier lieu élargir son domaine d'activité, des conditions d'existence nocives pour la santé à un ensemble de comportements disparates. Apparaissent alors des recommandations de toutes sortes, pas seulement relatives aux maladies, mais également aux formes générales d'existence (alimentation, boisson, sexualité, fécondité, habillement...). L'ensemble des comportements humains va faire l'objet d'un examen minutieux visant à les normaliser, à optimiser leur utilité. C'est l'époque des *croisades morales*, des ligues et mouvements de tempérance, antialcoolisme principalement (Gusfield, 1986), anti-tabac aussi, furtivement (Troyer et

Markle, 1983), et du début de la médicalisation de la déviance au sens large (Conrad et Schneider, 1980). S'ouvre au tournant du XX^e siècle l'ère de la sanitarisation du social, par un double processus de médicalisation et de politisation des faits sociaux (Fassin, 2005 : 28).

La population cible va tout d'abord s'élargir. L'espace de la santé publique va en effet s'étendre des segments de la population les plus vulnérables socialement, aux plus sensibles biologiquement et normativement en englobant les enfants, les nourrissons tout d'abord dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, puis l'ensemble des enfants scolarisés, dans le cadre d'un hygiénisme scolaire (Fassin, 1996 : 258-259). Les intervenants de santé publique vont également se diversifier. Progressivement, les médecins remplacent les réformateurs sociaux, de nouvelles spécialités cliniques font leur apparition (la pédiatrie/puériculture en particulier), accompagnés d'autres experts aux disciplines en voie d'institutionnalisation tels que les pharmaciens, les ingénieurs, les architectes, démographes, etc. Plus généralement, l'hygiénisme va se disséminer dans la société, englobant graduellement l'ensemble des individus dans son action.

C'est donc un réformisme général qui guide la « nouvelle santé publique » que Charles-Edward Amory Winslow, bactériologiste et président de l'association américaine de santé publique, voit émerger dans les années 1920. Ce dernier en propose dans la revue *Science* la définition suivante :

La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé. (Cité par Fassin, 2000b : 63)

L'hygiène personnelle s'inscrit dans un vaste mouvement de réforme des individus comme l'hygiène publique participait d'un réformisme social. La mission de civilisation qu'elle se donnait demeure, mais se rapproche de l'individu en investissant des institutions telles que l'école ou la famille. Les hygiénistes convertis à la pédagogie considèrent en effet que plus l'action d'éducation est précoce plus elle est efficace. « L'acculturation des parents par leurs enfants est ainsi délibérément engagée. » (Bourdelaïs, 2011 : 194)

L'hygiénisme vise d'abord à civiliser les classes populaires, à améliorer leurs conditions matérielles et morales dans l'idée de faire d'eux des acteurs économiques rationnels, puis se tourne vers l'ensemble de la population, des métropoles en premier lieu, ciblant les femmes et les enfants, puis des colonies, imbriquant dès lors ordre sanitaire et ordre colonial. Dans ce contexte, la bactériologie arrive en renfort de ce régime de *l'hygiène personnelle* (Armstrong, 1993)⁴⁹. Elle permet en effet la résurrection des théories contagionnistes, de la lutte contre un « ennemi invisible ». En tant que théorie causale de la maladie, la bactériologie justifie l'emphase sur les styles de vie, une plus grande régulation de l'hygiène personnelle. Elle assoit également la légitimité scientifique des experts de santé publique et des autorités sanitaires en général. On passe ainsi d'une hygiène à bien des égards intuitive, de bon sens, ancrée dans l'expérience quotidienne, à une hygiène de spécialistes des périls imperceptibles pour le profane : « Le pastorisme et la bactériologie naissante mettent en évidence les insuffisances de l'ancienne épidémiologie en ce qu'une eau limpide n'est pas nécessairement potable, de même qu'un air inodore n'est pas nécessairement pur » (Orobon, 2012 :

⁴⁹ « Au XIX^e siècle, on utilisait le terme hygiène, pour désigner les moyens de prévenir la maladie et maintenir la santé. On distinguait d'une part, l'hygiène publique, privilégiant l'action sur le milieu physique et les collectivités, d'autre part, l'hygiène individuelle ou privée, visant à modifier les comportements individuels. Dans le dernier tiers du siècle, on a introduit l'expression « éducation à l'hygiène ». À partir du début du XX^e siècle cette expression a été graduellement remplacée par éducation sanitaire ou éducation à la santé. C'est seulement vers la fin des années 1960 que l'expression promotion de la santé a fait son apparition. » (Desrosiers et Gaumer, 2006 : 182).

43). Il s'agit alors d'administrer non pas l'espace entre les groupes et leur environnement mais l'espace entre les individus eux-mêmes, soit le détail de la vie sociale. Le quadrillage disciplinaire se fait plus minutieux. Jean-Pierre Dozon (2001) qualifie ce modèle de prévention constitutif d'une culture à vocation universelle de *pastorien* dans le sens où il vise un idéal d'immunisation collective. La gestion des corps devient en effet un enjeu moral républicain, laïc plutôt que chrétien, la pasteurisation recherchant la standardisation des corps, la production d'un citoyen *normal-idéal*.

Cette « nouvelle santé publique » participe de la construction des États modernes et de la force de leurs populations. Dans un contexte marqué par la montée des nationalismes, la qualité des populations devient une préoccupation majeure des gouvernements. D'un côté, attisé par le darwinisme social, l'hygiénisme accentue le lien entre classe sociale, maladie et vice, participant ainsi des politiques eugénistes autoritaires telles que la stérilisation de certaines populations. De l'autre, il repose sur la croyance en la possibilité de réformer moralement les individus par l'éducation.

De grandes campagnes d'éducation populaire et de renforcement des pratiques sanitaires sont alors mises en marche où on s'efforce, non plus seulement de contenir les grandes épidémies comme c'était le cas au XIX^e siècle, mais de prévenir l'infection microbienne au cœur même du quotidien. (Goulet, 2002 : 17)

Le tournant vers l'hygiène personnelle se caractérise en effet particulièrement par la mise en place d'un nouveau dispositif de gestion collective de la santé, celui de *l'éducation à la santé*. L'amélioration de la santé ne dépend plus seulement des infrastructures sanitaires et de la salubrité de l'environnement, il procède désormais des connaissances individuelles en matière de santé. C'est le début des grandes campagnes de santé publique utilisant les médias de masse, les images et des mises en scènes dramatiques, mais également de l'implication des individus en général et des

femmes en particulier⁵⁰ dans ces campagnes (cf. annexes chapitre 4, 1). La figure de la mère de famille, responsable de l'éducation sanitaire de ses enfants, est ainsi érigée en gardienne morale du foyer et agent de santé publique (Armstrong, 1993; Lupton, 1995).

L'hygiène s'installe donc dans la trame du quotidien, par l'inculcation d'un souci de soi, des limites de son corps (sexualité) et de son foyer (arts ménagers). Le projet politique de la santé publique se meut ainsi en projet culturel. Se laver les mains, ne pas cracher par terre, pasteuriser le lait, s'abstenir de boire de l'alcool, se plier aux campagnes de vaccination, réserver les actes sexuels au cadre du mariage, se conformer à l'ensemble des prescriptions maternelles, se tenir droit, aérer son logement, etc.; la santé est avant tout une culture de la santé, une culture du soin à apporter à ses enfants à et soi-même. En ce sens, la santé publique constitue désormais une « vaste entreprise d'acculturation » des populations à ses principes (Massé, 1999; 2001b) et valeurs désormais incontestablement « bourgeoises » (Bourdelaïs, 2011 : 186).

L'apprentissage et l'acceptation de cette nouvelle culture sanitaire ne se font ainsi pas sans heurts. Les résistances à la normalisation sanitaire sont par ailleurs toujours d'actualité, mais n'ont rien de commun avec la violence des affrontements qu'elle a pu causer à la fin du XIX^e siècle. Les émeutes provoquées par le décret d'obligation de la vaccination antivariolique à Montréal lors de l'épidémie de 1885 sont un exemple de la façon dont les enjeux sanitaires se greffent aux enjeux socio-politiques. L'opposition des classes populaires francophones à ce décret des autorités coloniales constituait alors une résistance à l'hégémonie anglo-saxonne (Fournier et *al.*, 1987). Cet événement illustre bien à quel point le processus de *civilisation des mœurs* (Elias, 1991 et 1991) est sinueux. La

⁵⁰ Pour une plus grande analyse du rôle des femmes dans l'éducation sanitaire au Québec cf. Desrosiers et Gaumer, 2006.

sanitarisation des sociétés occidentales a par conséquent nécessité la participation de l'ensemble des institutions qui parsèment l'existence individuelle et entreprennent de la former.

L'hygiénisme passe ainsi au tournant du XX^e siècle, d'une action sur l'environnement, à une action sur l'individu. Agir sur le milieu ne suffit plus, c'est l'individu qu'il faut former ou transformer. Le nouvel ordre sanitaire en appelle aux populations et les recrute dans son entreprise de surveillance. La *pasteurisation* des sociétés est du ressort des individus plus que des administrations de santé publique. La principale conséquence de son établissement est de ce fait la responsabilisation des individus en matière de santé, responsabilisation que les premiers hygiénistes réprouvaient par ailleurs (Fassin, 1996). La santé comme droit naturel cède la place à un devoir de santé inculqué dès le plus jeune âge. Ce processus de responsabilisation est particulièrement sensible avec la tuberculose. Maladie de la pauvreté, proliférant dans la promiscuité des taudis et attaquant préférentiellement les constitutions fragilisées par la faim, elle devient avec la diffusion de recommandations de luttés contre les microbes une maladie de l'ignorance ou de la négligence comme le montrent les affiches d'éducation sanitaire (cf. annexes chapitre 4, 1). L'hygiénisme apparaît dès lors comme une entreprise de discipline des populations et plus particulièrement de ces fractions les plus pauvres. Les maladies vénériennes, bien plus encore que la tuberculose, constituaient depuis longtemps une préoccupation morale centrale des puissances publiques. Avec le tournant vers l'hygiène personnelle, la lutte contre la dépravation des mœurs populaires trouve un renfort scientifique ainsi qu'une légitimité politique. « *At the time in which sexuality was emerging as a construct needful of surveillance and control, the working class was also emerging as a social category requiring regulation, given its propensity to disorder.* » (Lupton, 1995: 35) Le dispositif d'éducation à la santé participe de la réforme des individus en acteurs rationnels, ceux qui négligent les impératifs de l'hygiène personnelle sont par nature irréformables.

La distinction entre hygiène publique et privée, renvoie à la dichotomie des juridictions médicales établie au XIX^e siècle (Rosen, 1993). En fait, la séparation des champs d'activité a toujours été ambiguë et médecine sociale et police médicale ont cohabité. Plus que du passage d'un droit à la santé à un devoir de santé, il faudrait plutôt parler d'un passage d'un devoir de moralité à un devoir de santé sur fond de construction d'un droit à la santé. La fonction idéologique de la propreté et de la salubrité de l'environnement et des mœurs, assumée dans le cadre de l'hygiénisme public, tend dans le cadre de l'hygiénisme privé à se dissimuler derrière la lutte contre la maladie désormais incarnée dans les microbes. Avec la politisation puis l'universalisation de la notion de santé, la morale change de forme et la santé de fonction.

Le rôle du médecin de demain est de donner et d'assurer une santé exubérante. Celle-ci est un droit absolu pour tous. Plus de bonne santé débordante, c'est plus de bonheur, de confort, d'utilité et de valeur économique pour l'individu. Nous ne connaissons pas de *superman* sans super-santé. (Wendell Philips, président de l'American Medical Association, 1926, cité par Skrabanek, 1995 : 44)

B) Vers une nouvelle « nouvelle santé publique »?

1- *Le nouveau tableau épidémiologique*

Les principes de l'hygiène publique et privée, établis à la fin du XIX^e siècle, guident les pratiques de la santé publique jusqu'aux années 1960. L'hygiène publique a débarrassé les villes de leur pestilence et peste et choléra ne sévissent plus dans les pays occidentaux. Les axiomes de l'hygiène privée sont désormais bien intégrés, dans les esprits tout du moins, et le développement économique et social ainsi que les progrès technologiques du XX^e siècle ont permis à la grande majorité de leur population de s'y conformer. En outre, la majorité des pays occidentaux, à l'exception notable des États-Unis, se sont dotés au sortir de la Seconde Guerre mondiale de

systèmes de santé publique garantissant l'accès au soin. Enfin, le développement des sciences biomédicales a permis une maîtrise sans précédent de la maladie. Les antibiotiques en particulier sont venus relayer l'hygiène privée et ont permis de maîtriser l'essentiel des maladies infectieuses qui constituaient les fléaux du tournant du XX^e siècle, pensons à la syphilis ou à la tuberculose par exemple. Enfin, la généralisation des vaccins et leur recours obligatoire ont fait disparaître de nos contrées certaines maladies endémiques, la variole étant l'exemple le plus parlant en la matière, et permis de maîtriser les grandes pandémies. L'ensemble de ces phénomènes a concouru à ce qu'on appelle la « transition épidémiologique »⁵¹.

Accompagnant la transition démographique des pays développés, cette transition épidémiologique correspond à une baisse de la mortalité générale et une transformation de ses causes, par un déplacement des causes de morbidité des maladies infectieuses (meilleure hygiène, alimentation, accès aux soins) aux maladies dégénératives (allongement de l'espérance de vie) et chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, respiratoires, etc.). Dès lors, les principaux problèmes de santé ne sont plus le fait de causes extérieures (un agent infectieux), mais du fait de l'homme, de son activité, de son comportement, de son mode de vie. Ainsi, et alors que la santé publique s'était vue éclipsée dans la première moitié du XX^e siècle par la toute-puissance des sciences biomédicales, se bornant alors à garantir l'accès à leurs bienfaits, à encadrer leurs applications et à éduquer les populations à leur (bon) usage et connaissance, la transition épidémiologique va donner un nouveau souffle à la santé publique. En effet, ce nouveau paysage épidémiologique va être à la source d'un développement disciplinaire de la santé publique digne du premier hygiénisme. Avec la recherche et la « découverte » des déterminants de la santé, la santé redevient sociale. Quatre des

⁵¹ « La notion de « transition épidémiologique » correspond au déplacement des causes de morbidité et de mortalité qui caractérise la seconde moitié du XX^e siècle, avec une visibilité croissante des maladies chroniques et du vieillissement. » (Gaudillière, 2006 : 60)

principaux déterminants de la santé sont en effet d'origine humaine. Sur les cinq déterminants de la santé identifiés que sont les prédispositions génétiques, les conditions sociales, l'exposition environnementale, le système de santé et les comportements de santé, ce dernier déterminant compterait pour 40% de la mortalité prématurée enregistrée (Schroeder, 2007; cf. aussi annexes chapitre 4, 2). Les mauvais comportements de santé sont donc les principaux « déterminant de la mortalité prématurée ». Les différences de comportements en matière de consommation de tabac, de consommation d'alcool, d'alimentation et d'activité physique seraient ainsi responsables d'une différence de 14 ans d'espérance de vie (Khaw et *al.*, 2008). Dans la seconde moitié du XX^e siècle, ce sont ainsi de nouveaux objets qui focalisent l'attention de la santé publique. À partir des années 1970, guidée par une nouvelle idéologie de la santé publique, une nouvelle conception de la santé s'impose et de nouvelles pratiques s'attaquent à ces nouveaux problèmes. Avant de s'intéresser plus précisément à ce nouvel ordre sanitaire, précisons-en tout d'abord ses limites.

Tout d'abord, ce tableau épidémiologique concerne bien entendu les pays occidentaux, mais pas de manière exclusive. En fait, c'est plus précisément la frange privilégiée de la population mondiale, occidentale ou pas, qui bénéficie de cette transition épidémiologique. Rappelons tout d'abord que 40% de la population mondiale n'a pas accès à l'eau potable (Detels, 2011 : 14) et que les maladies hydriques, disparues sous nos latitudes, constituent toujours le fléau sanitaire principal dans de nombreux pays. Les bienfaits de l'hygiène publique, mais également l'accès au soin et aux biotechnologies, font défaut dans une grande partie du monde qui continue donc de mourir d'infections relativement bénignes ou de parasitose comme le paludisme. Ensuite, au sein même des sociétés occidentales modernes avancées, on assiste à une segmentation de l'état sanitaire avec notamment un retour ces dernières années de maladies de la pauvreté telle que la tuberculose dans les fractions les plus vulnérables des populations occidentales : prisonniers, immigrants clandestins,

toxicomanes, autochtones, etc., ou d'épidémies « sociales » comme les problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Plus généralement, un ensemble d'épidémies du XIX^e siècle réapparaissent dans les pays développés, pensons à la syphilis (à Montréal en particulier), à la gale, aux hépatites, ou aux maladies infantiles telles que la rougeole, ou encore la coqueluche. Ensuite, depuis les années 1980, les pandémies ont effectué un retour fracassant. Initialement réapparue sous la forme du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), le spectre de la terreur biologique globalisée – fortuite ou malveillante, pensons à la catégorie désormais consacrée du *bioterrorisme* – resurgit régulièrement, notamment depuis les années 2000 avec le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) en 2003, et les gripes A H5N1 en 2005 et H1N1 en 2009. À chaque épisode, la référence à la grippe espagnole de 1918, dernière catastrophe sanitaire globale ayant décimé les pays occidentaux, nous indique que notre maîtrise des dangers biologiques, aujourd'hui plus que jamais portant la marque de l'activité humaine, demeure très précaire. Enfin, dans une temporalité similaire, les scandales sanitaires se multiplient. Fruit de notre réflexivité accrue ou de la toxicité grandissante de nos sociétés (Beck, 2008, [1986]), cette nouvelle source de panique biologique, ne s'incarne plus seulement dans nos mauvaises habitudes (tabac), mais s'insinue dans nos milieux de vie (amiante) et dans la satisfaction de nos besoins les plus élémentaires et quotidiens (OGM *Monsanto*).

Il faut donc nuancer la certitude de notre victoire sur les causes extérieures de la maladie, d'autant plus qu'avec des siècles de prévention institutionnalisée en héritage, il n'y aurait plus de causes de maladies indépendantes de l'activité humaine. Plus encore, ces épisodes nous démontrent à quel point les périls biologiques réels ou fantasmés continuent de menacer l'ordre social, mais également à quel point l'utopie véhiculée par la santé publique, toujours plus ambitieuse et prométhéenne, est souvent en décalage avec les enjeux sanitaires. La santé publique demeure donc

une volonté de maîtrise plus qu'un contrôle effectif des menaces qui pèsent sur notre condition biologique.

2- La charte d'Ottawa : une transformation idéologique de la santé publique

La nouvelle santé publique se présente de prime abord comme une transformation idéologique. Elle prend en premier lieu la forme d'une transformation de la conception de la santé et des pratiques de prévention et s'appuie sur de nouvelles institutions au premier rang desquelles l'Organisation Mondiale de la Santé. Créée en 1948 dans le sillage de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et dépendant du Conseil Économique et Social des Nations Unies, elle constitue la première véritable institution internationale de santé publique. Sa constitution pose déjà le cadre conceptuel de la santé publique de l'après Seconde Guerre mondiale : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 1946) C'est donc premièrement une santé considérablement élargie, le bien-être étant un concept extensible, qui est l'objet de la nouvelle « nouvelle santé publique ».

Sous la houlette de l'OMS, un ensemble de conférences internationales vont venir redéfinir les contours et les leviers de l'intervention de santé publique. La première conférence internationale sur la promotion de la santé eut lieu à Ottawa en 1986. Cette conférence faisait suite notamment à la *Déclaration d'Alma Ata* en 1978, première conférence internationale sur l'importance de la santé publique dans le monde, et à la publication de la *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000* en 1981. Elle donna lieu à la publication de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, considérée comme une véritable révolution en santé publique, auto-proclamée dans son sous-titre : « *vers une nouvelle santé publique* » (cf. annexes chapitre 4, 3).

Ces conférences internationales avaient été précédées par un rapport canadien, le rapport Lalonde en 1974, première pierre à l'édifice de la promotion de la santé. Ce rapport proposait une « nouvelle perspective de la santé des canadiens », une nouvelle manière d'aborder la santé des populations, notamment en donnant la primauté à la prévention sur les soins et autres thérapies, et en conceptualisant la santé de manière résolument sociale et politique en l'inscrivant dans notre mode d'existence.

La santé est l'assise du progrès social. Les citoyens d'un pays ne peuvent tirer pleinement parti de la vie et n'être heureux que dans la mesure où ils jouissent d'une bonne santé. [...] Parallèlement aux améliorations apportées sur le plan des soins médicaux, du niveau de vie, de la protection de la santé publique et des sciences médicales, de puissantes forces adverses sont venues freiner les efforts visant à hausser le niveau de santé des Canadiens. Parmi ces forces adverses qui en somme ne sont que la rançon du progrès économique, mentionnons: la pollution de l'environnement, la vie en milieu urbain, le manque d'exercice, l'abus de l'alcool, du tabac et des drogues et enfin, les habitudes alimentaires qui de nos jours sont axées davantage sur la satisfaction des sens que sur les besoins du corps humain. Face à tous ces dangers pour la santé qui tirent leurs origines dans l'environnement et le comportement humain, le système actuel des soins ne sert guère à autre chose qu'à accueillir et à soigner les victimes de ces abus. Les hôpitaux, les médecins, les chirurgiens et la profession infirmière consacrent le gros de leurs efforts au traitement des maladies causées par des éléments nocifs du milieu et des excès sur le plan individuel. [...] Le gouvernement du Canada se propose dorénavant d'accorder à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie, autant d'importance qu'au financement du système de soins afin que les Canadiens puissent bénéficier des nombreux avantages découlant de ces quatre grands moyens d'action. L'État doit s'employer non seulement à prolonger la vie des citoyens mais à rendre celle-ci plus saine, de sorte que tous jouissent pleinement des mesures toujours plus nombreuses de progrès économique et d'équité sociale. » (Gouvernement du Canada, rapport Lalonde, 1981 : 5-6)

Ce rapport posait ainsi un nouveau cadre conceptuel pour la santé, la « conception globale de la santé » comprenant quatre éléments principaux : la biologie humaine, l'environnement, les

habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. D'une part, la santé était envisagée comme produit du milieu et des comportements individuels, et d'autre part, la santé publique se donnait comme objectif de non seulement prolonger la vie des populations mais également de l'assainir. En outre, ce rapport présentait la santé comme la base du progrès social, une conception partagée par l'OMS qui plaçait à la même époque la santé au centre des problématiques du développement. Ce processus de réflexion et de refondation de la santé publique au niveau international aboutit ainsi à la conférence d'Ottawa sous l'égide de l'OMS et à la publication de la charte éponyme, avec pour objectif affiché de « contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà ». Cette charte posa alors les principes fondateurs de la promotion de la santé :

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. (OMS, 1986)

Entérinant l'extension infinie du territoire de la santé initiée par la constitution de l'OMS, la charte précisait cinq domaines d'action de la promotion de la santé : l'instauration de politiques publiques *saines (healthy public policies)*, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement des actions communautaires, le développement des compétences personnelles par l'information et l'éducation et enfin la réorientation des services de soins de santé vers la prévention des maladies et la promotion de la santé. Pour les partisans de cette promotion de la santé, la charte d'Ottawa constitue le point de départ d'une troisième révolution de santé publique.

The first public health revolution addressed sanitary conditions and fought infectious diseases; the second public health revolution focused on the contribution of individual behaviors to noncommunicable diseases and premature death. The third public health revolution recognizes health as a key dimension of quality of life. Health policies in the 21st century will need to be constructed from the key question posed by both the health promotion and population health movements: "What makes people healthy?" Health policies will need to address both the collective lifestyles of modern societies and the social environments of modern life as they affect the health and quality of life of populations. (Kickbusch, 2003: 386)

Cette révolution se base en premier lieu sur une critique du régime de santé publique précédent et désormais labellisé « appartenant au passé ». La nouvelle santé publique est avant tout issue d'un retour réflexif sur les pratiques de l'ancienne santé publique désormais considérée comme paternaliste, culpabilisatrice, insuffisante, voire inefficace face aux nouveaux défis sanitaires. Le nouveau paradigme de santé publique pose ainsi la santé comme une ressource pour l'existence des individus et non seulement pour la productivité des économies et la sécurité des nations. La santé doit être un moyen à la disposition des individus dans l'accomplissement de leurs existences plus qu'un but. La promotion de la santé se propose de favoriser la « création de la santé » dans le contexte du quotidien (Kickbusch, 2003) et non pas de stigmatiser les individus : « la Charte a établi que la santé est créée dans le contexte de la vie de tous les jours : là où l'on vit, où l'on aime, où l'on travaille et où l'on joue et a introduit une compréhension très active et très interactive de la santé » (Kickbusch, 2007a). La nouvelle santé publique oppose donc une conception « positive » de la santé aux velléités d'acculturation des populations et au « blâme des victimes » (*victim blaming*) caractéristiques du modèle de l'éducation à la santé prévalant. La promotion de la santé se doit de garantir l'autonomie individuelle contre toute forme de coercition, délétère à la fois éthiquement et pragmatiquement. Singulièrement influencée par les « nouveaux » mouvements sociaux des années 1970 – mouvement de la santé des femmes et mouvements gai et lesbien en particulier, mais également par la mouvance des groupes d'entraide (*self-help movement*) – elle promeut une

approche participative de la santé visant à trancher avec la passivité et la docilité escomptée par l'éducation à la santé (Kickbusch, 2003, 2007a). La promotion de la santé s'appuie résolument sur une démarche d'*empowerment*⁵². Il s'agit en effet de « donner à tous l'opportunité de mener une vie socialement et économiquement productive » (OMS, 1981), de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé » (OMS, 1986). La promotion de la santé compte donc sur les aptitudes individuelles, elle vise à les encourager voire à les construire (*capacity building*). C'est donc une nouvelle approche de la santé qui s'exprime notamment sous la forme de « l'approche axée sur les milieux de vie » (*settings approach*) qui s'emploie à dépasser l'approche individualiste des styles de vie afin de mieux englober l'ensemble d'une population donnée dans son milieu. L'idée de lieux de vie ou de milieux promoteurs de santé s'appuie alors sur le renforcement des capacités en matière de santé, des individus, des communautés mais également des institutions dont ils dépendent. La charte d'Ottawa a ainsi donné lieu aux programmes de « *Villes-santé, Villages-santé, Municipalités-santé et Îles-santé*, des réseaux d'*Écoles-santé* et d'*Hôpitaux-santé*, des programmes *Marchés-santé* et *Lieux de travail favorables à la santé*, ainsi qu'aux plans d'action de l'OMS sur l'alcool et le tabac, la vie active et le vieillissement en bonne santé » (OMS, 1998). Cette approche s'appliquerait donc à dépasser la logique descendante (*top-down*) qui prévalait dans l'ancienne santé publique, le rôle actif des citoyens et des communautés, quelle que soit leur nature, étant central dans tous ces programmes.

Le sursaut de la santé publique dans le dernier quart du XX^e siècle repose dès lors sur une nouvelle gouvernance de la santé (Kickbusch, 2007b). Les gouvernements étant désormais tenus pour responsables de la santé de leur population, et plus seulement de leur sécurité, les politiques de la

⁵² Nous prenons le parti de ne pas traduire ce concept-clé de la promotion de la santé. La traduction consacrée, « autonomisation », ne capture pas suffisamment la logique du concept, en particulier la question du pouvoir sur soi. Le barbarisme « capacitation » apparaît quant à lui tout à fait inélégant, d'autant plus que l'utilisation du terme *empowerment* se banalise.

santé pour tous passent par la détermination d'objectifs de santé explicites. Le rapport *Santé21* (OMS, 1999) en fixe par exemple vingt-et-un, et la lutte contre les « dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme » y apparaît en douzième position, les deux premiers buts étant la promotion de la solidarité et de l'équité en matière de santé dans la région européenne. La nouvelle santé publique est donc un nouveau paradigme de santé publique reposant sur une nouvelle conception de la santé mais également de l'intervention de santé publique.

Déplaçant son centre d'intérêt de la prévention de la maladie au renforcement des capacités en matière de santé à tous les niveaux - états, communautés, individus – la promotion de la santé se propose d'aller au-delà des soins de santé pour embrasser le champ des réformes sociales et politiques (Kickbusch, 2003). Elle reconnaît tout d'abord le cadre social dans lequel s'inscrit la santé et établit un ensemble de prérequis à son établissement :

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. (OMS, 1986)

La promotion de la santé identifie donc des « déterminants de la santé », qui excèdent largement le champ de la santé, et sur lesquels il s'agit d'intervenir afin de pouvoir promouvoir la santé. Des domaines tels que l'éducation, le revenu ou le logement nécessitent des investissements publics afin de « produire de la santé ». La promotion de la santé c'est ainsi la redécouverte et la formalisation des déterminants sociaux et économiques de la santé. En ce sens, elle constitue un retour à la grande tradition de la médecine sociale en santé publique. Plus encore, l'emphase mise sur l'importance en matière de santé du rôle de l'environnement, social ou écologique, et des politiques publiques en général, rattache la promotion de la santé à un néo-hygiénisme au sens

premier du terme. L'approche globale de la santé portée notamment par l'approche de la « promotion de la santé des populations »⁵³ au Canada (Santé Canada, 1996) propose une approche intégrée de la santé et de ses déterminants. Elle entend cibler des styles de vie collectifs, contextualisés dans leurs milieux qui font l'objet de stratégies intersectorielles. Cette focalisation sur les milieux de vie, la ville en particulier, et les conditions de vie qu'ils imposent n'est en outre pas sans rappeler le pré carré des hygiénistes du XIX^e.

The "new" public health is typically represented as a reaction against both individualistic and victim blaming approach of health education and curative model of biomedicine. It is heralded as a return to the concern with environmental factors that first generated the public health movement of the nineteenth century. (Lupton: 1995: 50)

Pour conclure sur la rupture idéologique avec l'ancienne santé publique mise en avant par les promoteurs de la nouvelle santé publique, il faut insister sur le caractère programmatique de ces déclarations. En effet, ces objectifs sans cesse réaffirmés, notamment par la quatrième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé (OMS, 1997)⁵⁴, et dès lors irrémédiablement inaccomplis, sont à interroger en tant que tels mais également au travers de leurs modestes concrétisations.

⁵³ « La promotion de la santé est définie communément comme un processus qui permet à la personne de prendre sa santé en main et de l'améliorer. L'expression « santé de la population » désigne une approche selon laquelle il faut prendre en compte la gamme entière des facteurs déterminants de la santé pour influencer la santé de toute la population. » (Santé Canada, 1996)

⁵⁴ Cette conférence a donné lieu à la publication de la *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} Siècle* axée sur cinq objectifs : 1- promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé ; 2- accroître les investissements pour développer la santé ; 3- renforcer et élargir les partenariats pour la santé ; 4- accroître les capacités des communautés et donner aux individus les moyens d'agir ; et 5- mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé (OMS, 1997).

3- *L'épidémiologie du risque : un nouveau dispositif de santé publique*

Cette nouvelle santé publique fait l'objet de nombreuses critiques, à la fois de la part de ceux qui considèrent que la rupture annoncée est restée dans l'ordre des idées, et de ceux qui trouvent ces idées dangereuses pour ne pas dire totalitaires. Une de ces critiques porte sur le dispositif cognitif dont elle s'est dotée pour orienter ses priorités : l'épidémiologie du risque.

La promotion de la santé se veut également en dissidence par rapport à l'hygiénisme privé notamment, par son effort de rationalisation de ses pratiques. Là où l'ancienne santé publique accomplissait une mission morale au travers d'impératifs sanitaires, la nouvelle santé publique n'aurait d'autre préoccupation que celle de favoriser l'exercice de l'autonomie individuelle, pour laquelle la santé est un moyen. Elle n'intervient pas sur des questions morales, mais sur des données probantes. « *We know that poverty kills, that dirty water kills, that tobacco kills. We know that children thrive on love, that communities are strengthened by social cohesion and that educated and empowered women are a determining factor for the health of a society.* » (Kickbusch, 1997 : 265, [Nous soulignons]) La nouvelle santé publique est donc avant toute chose fondée sur une expertise.

L'épidémiologie des facteurs de risque, nous l'avons mentionné dans le chapitre 1, a partie liée avec la lutte contre le tabagisme dans la mesure où c'est la controverse sur le tabac qui a scellé sa fructueuse destinée (Berlivet, *in*. Dozon et Fassin, 2001 ; Gaudillière, 2002 ; 2006). Avec cette épidémiologie fondée sur des preuves (ou données probantes – *evidence-based epidemiology*), la santé publique se détacherait de son substrat moral initialement déterminant dans l'emploi des statistiques et la constitution disciplinaire de l'hygiénisme. La controverse sur le tabac a ainsi fait émerger une nouvelle épidémiologie basée sur un nouveau mode d'établissement de la preuve.

Le paradigme épidémiologique s'appuie aussi sur une certaine façon de faire la science dans laquelle il ne s'agit plus de trouver une cause nécessaire et suffisante à un effet. L'idée de

cause est abandonnée au profit de celle de facteurs de risque : à un effet négatif correspond de multiples facteurs de risque. Aucun de ces facteurs n'est nécessaire ni suffisant, mais chacun augmente la probabilité d'occurrence de l'effet. (Peretti-Watel, 2004 : 108)

Cette technique statistique vise à traquer le risque dans ses moindres retranchements et privilégie la détermination de corrélations sur la compréhension des phénomènes. Elle fonctionne ainsi sur le modèle de la « boîte noire » (*black box epidemiology*) : « *la risk epidemiology* est souvent aussi nommée *black box epidemiology* : ce qui compte, c'est ce qu'on met dans la boîte noire (les facteurs de risque) et ce qui en sort (le risque et ces variations), pas ce qui se passe dedans. » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 :21) Dès lors, et malgré le retour d'une conception sociale et écologique des risques pesant sur la santé ainsi que la conceptualisation de la santé comme produit de « style de vie collectifs », l'épidémiologie du risque se révèle intrinsèquement individualiste. L'unité d'analyse demeure en effet l'individu, ce dernier constituant le point de convergence des facteurs de risque. « Dans cette analyse multifactorielle, l'individu reste l'unité d'analyse privilégiée, au centre de la toile des causes. [...] L'épidémiologie contemporaine reste ainsi dominée par la recherche de facteurs de risques individuels (*risk factor epidemiology*) » (Peretti-Watel, 2004 : 108).

La référence au risque émerge d'une transformation idéologique de l'appréhension du danger et du mal (Lupton, 1999; Peretti-Watel et Moatti, 2009). Elle relève d'une volonté de maîtriser l'avenir par la prévision sur laquelle reposent des pratiques de prévention et de réparation (assurances). Le risque croît alors avec nos capacités de réflexivité et de calcul, l'introduction de l'informatique, aux capacités se développant de manière exponentielle, ayant été à cet égard déterminante. L'épidémiologie du risque est ainsi un dispositif technique qui possède un fort pendant idéologique libéral. Dans ce contexte, d'une part la définition extensive de la santé fait peser sur cette dernière un nombre accru de risques, et d'autre part, les pratiques épidémiologiques, le recours à l'informatique et au paradigme des facteurs de risque fabriquent des conduites à risque.

L'élargissement de la « toile des causes » augmente le « contingent des morts évitables » mais resserre au niveau de l'individu l'espace d'intervention. L'épidémiologie du risque forme donc une conception de la maladie et de l'expertise qui contrevient par ses procédures disciplinaires aux objectifs que se donne la santé publique voulant rompre avec ses anciennes habitudes. La recherche de données probantes, le « culte du factuel », teinte ainsi inévitablement le modèle de prévention.

La prolifération des facteurs de risque en général, et des conduites à risque en particulier, est bien sur facilitée par le culte du factuel puisqu'un résultat statistique suffit à « découvrir » un facteur de risque, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'avoir compris comment ce facteur agit sur la santé. (Peretti-Watel, 2004 : 112)

La nouvelle santé publique, désormais rompue à la promotion de la santé, prend ainsi la forme d'une médecine sans malades (Carricaburu, 2010 : 57), s'appliquant à éviter l'inévitable en examinant le détail de notre quotidien intrinsèquement pathogène car « risqué ». Conception de la santé et forme d'expertise, elle peine à se manifester par ses succès dans notre quotidien. Rappelant les beaux jours de la théorie des miasmes, cette *biopolitique du risque* (Gaudillière, 2006) induit avant tout des angoisses tous azimuts. C'est ainsi par sa capacité sans précédent de subjectivation que la nouvelle santé publique se distingue. Elle relèverait selon Jean-Pierre Dozon (2001) d'un quatrième modèle de prévention, le *modèle contractuel*, basé sur des obligations réciproques entre les États et leurs populations en matière de santé.

Le modèle contractuel de la prévention fonctionne idéalement sur le mode d'une complémentarité nécessaire entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé. (Dozon, *in*. Dozon et Fassin, 2001 :41)

Si l'on se fie aux caciques de la promotion de la santé, la gestion des risques doit faire l'objet d'une participation conjointe de tous les acteurs pertinents, c'est à dire de l'ensemble de la société.

L'idée de contrat articule le droit à la santé garanti par les états et l'OMS, et le devoir de précaution, tout au moins d'intéressement aux découvertes épidémiologiques de leurs populations, si précaires soient-elles. Le modèle contractuel s'inscrit donc dans le cadre d'une redéfinition du lien démocratique et oppose au modèle pastorien d'éradication des causes extérieures de la maladie un modèle du souci de soi éclairé et consensuel. Il ne suffit plus de faire tendre la population vers un idéal, cette notion étant constamment redéfinie, mais de moduler en permanence des existences hasardeuses.

La santé n'a pas toujours été l'objet de l'intervention préventive mais, suite à processus de politisation, elle apparaît de nos jours l'horizon ultime des pratiques de prévention, alors même que ces dernières se désinstitutionnalisent. « Le domaine couvert s'arrête seulement là où commence la thérapeutique : c'est celui de la prévention. [...] Rien de ce qui est humain n'échappe plus à la santé publique » (Fassin, 1996 : 262) « Est un problème de santé publique tout ce qui concerne le bien-être d'une collectivité et relève d'une intervention collective. » (Fassin, 2005b : 27) Or, si le gouvernement de la vie apparaît plus ancien et plus universel que ne l'a montré Foucault, de la gestion collective de la maladie, à la politisation de la santé, jusqu'à la sanitarisaton du social, l'ordre sanitaire relève toujours de l'ordre politique (Fassin, 1996). Le gouvernement de la vie demeurant une prérogative du gouvernement de la *cité* , la santé publique est toujours immédiatement politique, porteuse d'une utopie, d'une conception de la société et du lien social. Institutionnalisée sous le règne de l'hygiène comme science morale au service du progrès humain, la santé publique constituait alors une technologie d'amélioration de l'homme par ses conditions de vie sociales et politiques, puis de l'homme par des sciences s'autonomisant, pour désormais s'apparenter à une technologie d'adaptation de l'homme à ses conditions d'existences plus que jamais caractérisées par le risque.

Pour saisir ce qu'il soit, il n'est d'aucun intérêt d'interroger ce renversement sur son caractère réactionnaire ou progressiste (Carricaburu, 2010 :54). La nouvelle santé publique, par ailleurs annoncée prophétiquement depuis un siècle (Fassin, 2000b; 2005), se caractérise par une récupération des modèles précédents plus que par une subversion de ces derniers. Elle ne signe en outre pas l'abandon de l'ambition de progrès humain portée par l'hygiénisme, mais subordonne ce dernier à l'investigation et au contrôle toujours plus poussés de notre existence biologique. Dès lors, la multiplication des objets, des acteurs et des ambitions de la santé publique s'accompagne paradoxalement d'un rétrécissement de ses approches : « Le paradoxe est d'ailleurs que l'individualisation de la responsabilité, tel que l'expriment les spécialistes de la discipline, se manifeste parallèlement au renforcement des dispositifs de gestion collective de la santé » (Fassin, 1996 :273). Ce paradoxe résume alors remarquablement la grandeur et l'impuissance de la santé publique contemporaine, mais également la transformation de la manière dont nos sociétés se gouvernent. Avant d'aborder cette question à la lumière de la présente généalogie, nous étudierons plus précisément les pratiques de la nouvelle santé publique au travers d'une analyse de critique de discours du DAT.

CHAPITRE 5 : ANALYSE DU DISPOSITIF ANTI-TABAC AU QUÉBEC : LA *DÉNORMALISATION* DU TABAGISME OU L'ART DE « FAIRE ARRÊTER »

« Ils exagèrent! »

Pensez-y : pourquoi on ferait cela? Faire peur? Pfff! Pas besoin. La réalité de fumer est suffisamment dangereuse, pas besoin d'en rajouter. (CQTS, 5-a)

Ce chapitre portera sur la première partie de notre analyse à savoir le volet institutionnel du DAT. Comme mentionné dans le chapitre 3, pour déployer notre analyse critique de discours du DAT au Québec, nous nous appuierons sur un matériau hétérogène : des rapports et des campagnes de communication (affiches, messages sur les paquets de cigarettes, brochures, événements publics et sites internet). Ces différents éléments de notre corpus émanent, soit d'organisations gouvernementales (OMS, Banque Mondiale, Santé Canada et le MSSS du Québec), soit d'ONG dont les initiatives sont référencées et subventionnées par ces agences gouvernementales. Tout ce corpus est disponible sur Internet, sur les sites des organisations concernées (cf. l'index des sources et abréviations du corpus en annexe).

Nous l'avons déjà mentionné, nous ne considérons pas le discours de santé publique comme une action sur le monde nécessairement efficace. Le DAT en tant que discours sur le monde fabrique cependant une nouvelle réalité, toute discursive soit-elle. L'analyse critique de discours doit nous permettre d'analyser de concert le message de santé publique et son contexte d'énonciation. Notre analyse s'organise ainsi en deux temps. Dans le présent chapitre, nous nous intéresserons dans un premier temps aux *opérations de cadrage* qui émanent du DAT et le sous-tendent, et, dans un deuxième temps, aux actions de santé publique en matière de tabagisme et plus particulièrement le marketing anti-tabac qui est selon nous l'aspect le plus saillant du DAT. Autrement dit, ce chapitre

portera sur une description de la manière dont le DAT définit le problème auquel il répond, ses acteurs, ses cibles, les solutions qu'il privilégie et la méthode qu'il emploie afin d'y remédier. Postulant que les discours de santé publique sont donc des actions sur le monde et proposant également de lire les actions de santé publique comme des textes, nous considérerons ici définitions et actions dialectiquement. Les discours de santé publique fabriquent une réalité, font émerger un problème ou une nouvelle manière de conceptualiser ce problème. Les actions de santé publique « disent » quant à elles quelque chose de la définition du problème qui leur préside, et de l'organisation cognitive du monde qui prévaut.

La démarche adoptée est ici très proche de l'analyse dramaturgique déployée par Joseph Gusfield (cf. chapitre 2 et 3). Ce dernier assimile en effet ordre cognitif et ordre moral, ou plus précisément, la publicisation d'un ordre cognitif constitue selon lui en elle-même un ordre moral. Les rapports et campagnes anti-tabac cherchent ainsi à fonder un consensus, sur la définition du problème du tabagisme, de ses solutions et l'organisation de ses acteurs (propriétaires, victimes, coupables, héros), au détriment de définitions alternatives, c'est-à-dire à dépolitiser cette question (Gusfield, 1996).

Il y a certainement une grande différence entre le discours des campagnes et les diverses définitions et motivations que portent les acteurs de la santé publique québécoise (cf. chapitre 3). Nous nous concentrerons cependant exclusivement sur ce qui fait consensus, soit à l'ordre cognitif qui émerge du DAT. C'est en effet le caractère unanime, voire hégémonique, des définitions et méthodes du DAT qui nous préoccupe. Ce chapitre portera donc sur une analyse des discours institutionnels anti-tabac qui justifient la mise en œuvre d'un processus de fabrication du dégoût du tabac. En analysant l'ingénierie symbolique déployée ses dernières années et ses substrats symboliques, cette première partie de l'analyse du DAT au Québec s'attachera à mettre au jour le

processus de stigmatisation du tabagisme, au travers de l'identification des tropes du discours anti-tabac (pollution/contamination tabagique, cigarette-tueuse, fumeur déficient, dégoûtant ou agresseur). Les campagnes anti-tabac, rompues au discours publicitaire, ne sont en effet pas réputées pour leur subtilité. Elles impliquent au contraire de resserrer le plus possible la marge d'interprétation possible, de ne laisser subsister aucune ambiguïté sur le message. Dès lors, « les discours [...] sont transparents, ils n'ont pas besoin d'interprétation ou de quelqu'un qui viennent leur donner sens. » (Foucault, 2001 : 145).

I. Les opérations de cadrage du DAT

A) La définition du problème

1- *Un problème sanitaire et médical*

Le premier cadre de définition du problème auquel le DAT se pose en réponse est celui de l'état de santé de la population, mondiale pour l'OMS et la Banque Mondiale (BM), canadienne pour Santé Canada (SC) et québécoise pour le Ministère de la Santé des Services Sociaux du Québec (MSSS). Ce cadre de définition suggère que la première chose à faire pour améliorer la santé de ces populations est de lutter contre le tabagisme. L'objet du DAT est ainsi de manière liminaire la santé, rappelons-le, désormais associée au bien-être.

La Convention-cadre est un traité fondé sur des données factuelles, qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. [...] Si cette convention rencontre le succès qu'elle mérite, elle engendrera à l'échelle mondiale une amélioration de la santé publique pour tous. (OMS, 2003 : v-vi ; [OMS, 2-a]⁵⁵)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale ont décidé d'intensifier leur action contre ce fléau dans le cadre de leur mission respective d'amélioration de la santé et de lutte contre la pauvreté. (Banque Mondiale, 2000 : ix ; [BM, 1])

⁵⁵ Pour l'index des sources et abréviations du corpus cf. annexes.

Je suis fière de pouvoir affirmer ici le parti pris du Québec pour la santé, et de mettre à l'avant-plan le droit des jeunes à vivre dans une société sans tabac. (MSSS, 2001 ; [MSSS, 4-b])

Le niveau de tabagisme des populations et leur état de santé sont donc inextricablement liés, le tabagisme constituant le principal obstacle à la santé de ces dernières. Ce premier axiome est soutenu par un cadrage médical du problème du tabagisme. Le tabagisme est un « grave problème de santé publique » (MSSS, 2001), un « fléau » (BM, 2000 : ix), car il cause pléthore de maladies, dont le nombre ne cesse de croître au fil des publications sur le sujet (pour l'inventaire de Santé Canada cf. annexe chapitre 5, 1). Ces maladies vont des plus graves, à savoir des maladies mortelles telles que les cancers et les maladies cardiovasculaires, à de plus anodines telles que la grippe, le rhume, ou encore les gingivites. La rhétorique médicale établit qu'il n'y a pas de niveau de tabagisme sécuritaire, à défaut d'être sain : « fumer sans dommages est théoriquement et pratiquement impossible. » (CQTS, 5-a)

Peu importe depuis quand vous fumez, votre santé sera meilleure si vous arrêtez. C'est la meilleure chose que vous pouvez faire pour améliorer votre santé et la qualité de votre vie. » (SC, 3-c)

Il n'existe pas de seuil sécuritaire de consommation. Qui plus est, la cigarette est le seul produit légal qui tue lorsqu'il est consommé comme prévu par le fabricant. » (MSSS, 2006 : 21, [MSSS, 4-d])

Toutes les formes de tabagisme sont dangereuses, mais les dangers sont accrus lorsque la fumée est inhalée. » (SC, 3-d)

Chaque cigarette cause des dommages à ton corps. (SC, 3-b)

Le tabagisme tue à petit feu et chaque cigarette tue un petit peu. « Le tabac n'est pas un problème de santé comme les autres ». (BM, 2000 : ix) Le tabagisme est un problème plus grave que les « autres », car non seulement il cause inévitablement des dommages, le fumeur ne peut en aucun cas s'en sortir indemne – « Qui dit fumée dit acide cyanhydrique » (SC, 3-h) – mais encore, il tue, par

le truchement de maladies mortelles, plus que les « autres ».

La cigarette provoque des maladies mortelles et débilitantes et, en comparaison d'autres comportements à risque, s'accompagne d'un risque de décès prématuré extrêmement élevé. La moitié de tous ceux qui fument depuis longtemps seront victimes du tabac, et la moitié d'entre eux mourront dans la force de l'âge, abrégeant leur existence de 20 à 25 ans. (BM, 2000 : 3, [BM, 1])

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne meurt d'une affection liée au tabac toutes les 6,5 secondes. Dans le monde, 4,9 millions de personnes en meurent chaque année, et le nombre des victimes devrait doubler au cours des vingt prochaines années, l'épidémie continuant de s'étendre, et ce, surtout dans les pays en développement, où vivent 84 % des fumeurs. La moitié des jeunes fumeurs mourront d'une maladie causée par la consommation de tabac, la moitié de ceux-ci décédant avant l'âge de 70 ans et perdant en moyenne 21 ans de vie. [...] Même une consommation quotidienne réduite de cigarettes (une à quatre) peut augmenter la mortalité. (MSSS, 2006 : 13, [MSSS, 4-d])

Dans 20 ans, le tabac sera la cause principale de maladies dans le monde, causant 1 décès sur 8 par jour. (SC, 3-d)

S'engage ainsi une logique du chiffre ou plus précisément de la comparaison chiffrée toujours plus effrayante pour appuyer la démonstration : « Chaque année, l'équivalent de la population d'une petite ville meurt des suites du tabagisme » (SC, 3-h); ou encore « chaque heure, le tabac tue un fumeur au Québec » sur l'affiche de la semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2013 (CQTS, 5-b). Chiffres à l'appui, le tabagisme tue plus que d'autres « habitudes dangereuses », il tue un fumeur sur deux, et de manière plus cruelle (avant l'âge). L'un des anciens avertissements de Santé Canada sur les paquets de cigarettes représentait ainsi un diagramme comparant le nombre de morts causé par des meurtres, l'alcool, les accidents de voiture, les suicides et le tabagisme, ce dernier causant de 10 à 100 fois plus de morts que ces autres causes (Cf. annexes chapitre 5, 2).

En 1998, au Canada, la cigarette a fait six fois plus de victimes que l'alcool, les accidents de la route, les suicides et les homicides réunis. Le tabagisme est, et de loin, la principale cause évitable de mortalité. Au Québec, la même année, au moins treize mille personnes sont

décédées de causes liées au tabagisme. Ces morts représentent 25 % des décès enregistrés pendant l'année. (MSSS, 2006 : 13)

La mortalité provoquée par le tabagisme n'est pas seulement disproportionnée par rapport à d'autres causes de mortalité intolérables, elle est d'autant plus insupportable qu'elle est *évitable*. La mort tabagique est prématurée et peut être empêchée.

Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable et prématurée de l'histoire de l'humanité. (BM, 2000 : x, [BM, 1])

Le tabagisme est, de loin, la principale cause de décès évitables au Québec. (MSSS, 2001, [MSSS, 4-b])

À l'heure actuelle, le tabagisme s'avère la plus importante cause évitable de maladie grave et de mort au Canada. La cigarette tue quatre fois plus de personnes que les accidents routiers, les suicides, le sida et les meurtres pris ensemble. Chaque minute, six personnes à travers le monde -- soit trois millions d'humains -- meurent des suites du tabagisme. Ce chiffre devrait atteindre 10 millions de personnes en l'an 2025. (SC, 3-a-2)

D'aucuns pourraient avancer que si la mortalité due au tabagisme peut être évitée, elle ne doit pas nécessairement l'être. Face à l'offensive anti-tabac émergeant dans les années 1960, les compagnies de tabac, non sans avoir préalablement nié effrontément ces affirmations, ont argumenté que le tabagisme était un choix individuel et que les fumeurs bien informés jugeaient que le plaisir que leur procurait la cigarette valait les risques encourus. Contre cet argument, les discours du DAT sont sans appel :

La notion de choix par rapport au tabagisme est complètement fautive. Les compagnies de tabac répandent allègrement cette idée pour que les fumeurs oublient qu'ils sont tombés dans le piège qu'elles leur ont tendu! (CQTS, 5-a)

La menace posée par le tabagisme pour la santé publique est sans précédent. [...] Le tabagisme est beaucoup plus dangereux, à terme, que la plupart des autres activités à risque. [...] Peu d'autres comportements à risque entraînent un risque de toxicomanie comme le

tabagisme, de sorte qu'il est plus facile de renoncer à la plupart d'entre eux et que les adultes d'âge mur y renoncent effectivement. (BM, 2000 : 32)

Le tabagisme n'est pas un choix car il induit une forte dépendance, il est « une forme de toxicomanie » (MSSS, 2001) et les fumeurs sont des « consommateurs toxicomanes » (BM, 2000 : 9).

Les processus pharmacologiques et comportementaux qui déterminent la dépendance au tabac sont similaires à ceux de la dépendance aux drogues comme l'héroïne et la cocaïne. La nicotine a des effets sur le système récompensant de la dopamine du cerveau similaire à ceux des drogues comme l'héroïne, l'amphétamine et la cocaïne. Dans un classement de dépendance aux drogues psychotropes, la nicotine a été classée comme créant *plus* de dépendance que l'héroïne, la cocaïne, l'alcool, la caféine et la marijuana. » (SC, 3-d)

La nicotine est une drogue redoutable parce qu'elle installe son emprise sur le corps et l'esprit d'une façon très subtile. Elle produit un effet " agréable " au cerveau (en stimulant, entre autres, la production d'opiacés endogènes comme la dopamine) sans perturber le comportement (vous n'êtes pas euphorique, dépressif ou somnolent, et vous n'avez pas d'hallucinations; vous restez " normal "). Mais... Comme les drogues " dures ", la nicotine entraîne l'accoutumance : elle crée le besoin d'en prendre régulièrement et, jusqu'à un certain point, toujours un peu plus pour ressentir le même bien-être. » (CQTS, 5-a)

Le tabac est une drogue plus dangereuse que les autres car elle provoque une dépendance aussi puissante, voire supérieure, à celle provoquée par l'héroïne ou la cocaïne. Elle « modifie la composition chimique et biologique du cerveau » (SC, 3-a-3) et provoque une consommation compulsive et irraisonnée, mais, à la différence de ces deux fléaux, elle touche beaucoup plus de personnes. Le vocable de la toxicomanie et de la dépendance domine largement dans les publications officielles sur le tabagisme. La cigarette y apparaît comme l'instrument de cette toxicomanie, spécialement étudiée et conçue dans ce but précis. « La cigarette est un produit sournois », elle induit une « nicotinomanie » extrêmement forte. « La cigarette est à coup sûr un produit dangereux et toxicomanogène » (MSSS, 2006 : 15-16). L'OMS reconnaît ainsi :

que les cigarettes et certains autres produits contenant du tabac sont des produits très sophistiqués, qui visent à engendrer et à entretenir la dépendance, qu'un grand nombre des composés qu'ils contiennent et que la fumée qu'ils produisent sont pharmacologiquement actifs, toxiques, mutagènes et cancérigènes, et que la dépendance à l'égard du tabac fait l'objet d'une classification distincte en tant que trouble dans les grandes classifications internationales des maladies. (OMS, 2003)

Le tabagisme est donc une « maladie en soi » (MSSS, 2006). C'est également une maladie contagieuse, qui se transmet, littéralement, de personne à personne et se propage de pays en pays. Instaurant le cadre de problématisation du tabagisme à l'échelle mondiale, l'OMS parle d'une « épidémie mondialisée » (2003), se propageant des pays occidentaux qui l'ont provoqué et tentent désormais d'y remédier, aux pays en voie de développement particulièrement vulnérables face au déclenchement de l'épidémie et à ses conséquences. Les rapports canadiens et québécois reprennent la thématique de l'épidémie afin de démontrer comment le tabagisme se transmet de génération en génération – « Si les deux parents fument, il est deux fois plus probable que leur adolescent fume qu'une jeune personne dont les parents sont tous deux non-fumeurs. » (SC, 3-d) – et cela malgré la diffusion massive des méfaits du tabac. La rhétorique médicale de la toxicomanie et de l'épidémie place ainsi le problème du tabagisme hors de toute possibilité de « consentement éclairé ». La dépendance modifie le cerveau du toxicomane et ce dernier en vient alors à désirer l'indésirable ; à travers son goût pour la cigarette, c'est la maladie qui parle. Quant à l'épidémie, elle accentue la représentation du fléau qui s'abat sur des populations sans défense et surtout *non consentantes*.

Ensuite, la logique de la *contamination* ne s'applique pas qu'à la dépendance au tabac mais également à ces conséquences sanitaires. D'abord étendus des mères tabagiques à leurs bébés à naître, les méfaits du tabagisme ont progressivement concerné l'environnement immédiat du fumeur et l'ensemble des non-fumeurs, par l'entremise d'une nouvelle donnée, la fumée secondaire. La cigarette est « mortelle même si on ne la fume pas. » (SC, 3-h) car les fumeurs font fumer leur

entourage malgré eux : « Vous n'êtes pas seul à fumer cette cigarette. » (SC, 3-h) Ces risques initialement évalués par la Banque mondiale comme modérés, ont été continuellement réévalués à la hausse, de concert avec le nombre des victimes de ce tabagisme passif, évalué à la fin des années 1990 à plusieurs centaines de morts au Québec (MSSS, 2006). Le réquisitoire contre les fumeuses enceintes n'a cessé de s'alourdir et de se préciser, leur tabagisme augmentant les risques d'avortement spontané, d'accouchement prématuré, de faible poids à la naissance, de décollement placentaire et de mortalité périnatale (SC, 3-d). Les enfants en particulier, bébés à naître, nourrissons, jeunes enfants, seraient ainsi les plus affectés par le tabagisme passif. Les recherches contemporaines s'appliquent ainsi à mesurer au gramme près l'impact des habitudes malsaines des mères sur leurs enfants.

Le tabagisme affecte aussi la santé des non-fumeurs. Les bébés nés de mères fumeuses ont un poids plus petit à la naissance, font face à un risque plus élevé de maladies respiratoires et sont plus sujets à mourir du syndrome de la mort subite que les bébés nés de mères non-fumeuses. Nous estimons que 10 % des décès périnataux sont attribuables au tabagisme et que cesser de fumer au moins à la première visite prénatale, peut réduire ces complications à un niveau égal à celui des non-fumeuses. L'effet du tabagisme sur le poids du bébé à la naissance a été bien documenté, avec une différence de 10 à 20 grammes par cigarette fumée par jour, mais il n'y avait pas d'augmentation de mortalité associée à la différence de poids à la naissance. (SC, 3-d)

Des otites à la mort subite du nourrisson, il semble qu'il y ait peu de cauchemars maternels qui ne soient pas associables au tabagisme, au point qu'il soit désormais considéré comme une « maladie pédiatrique » (MSSS, 2006 : 21). Tout se passe comme si la fumée secondaire privilégiait un certain type de victimes, toujours plus vulnérables et surtout innocentes.

La santé des personnes qui ne fument pas est également affectée par la fumée secondaire, particulièrement celle des enfants, des femmes enceintes et des personnes dont les voies respiratoires sont plus sensibles. En effet, les deux tiers de la fumée émanant d'une cigarette

ne sont pas inhalés par la personne qui fume, mais sont libérés dans l'environnement immédiat et contaminent l'air des gens qui s'y trouvent. On sait maintenant que la fumée du tabac dans l'environnement (FTE) est cancérigène. Constituée d'environ 4 000 substances chimiques, dont une quarantaine sont considérées comme cancérigènes, la fumée du tabac dans l'environnement entraîne des problèmes de santé variés : irritation des yeux, maux de tête, accélération du rythme cardiaque, otites, maladies respiratoires, aggravation des crises d'allergie et d'asthme, etc. (MSSS, 2001 : 8)

La fumée du tabac, dorénavant classée parmi les « contaminants de l'air toxique » (MSSS, 2006 : 14), devient un véritable polluant environnemental, très spécifique dans son mode d'exposition – les espaces intérieurs, intimes, ses cibles – les proches, la famille, et sa nature. L'identification du caractère létal de la fumée secondaire repose en effet sur la construction de deux types de fumée issus de la combustion du tabac : celle qu'inspire volontairement le fumeur et celle à laquelle il expose autrui.

La fumée de tabac dans l'environnement est composée de la fumée rejetée par le fumeur après inspiration et de la fumée s'échappant de la cigarette. La fumée qui s'échappe de la cigarette représente au moins 50 % de la fumée de tabac dans l'environnement. Comme elle est produite à une température plus basse que celle générant la fumée inspirée par le fumeur (six cents *vs* neuf cents degrés centigrades), sa composition diffère de celle de cette dernière. En effet, elle comporte de plus petites particules et présente des concentrations plus élevées de composants chimiques, comme l'ammoniaque (quarante à cent soixante-dix fois plus), le benzène (dix fois plus) et l'aniline (trente fois plus). Elle est, et de beaucoup, plus toxique que la fumée inspirée et rejetée par le fumeur. (MSSS, 2006 : 14)

Non seulement l'inhalation de la fumée du tabac dans l'environnement est involontaire et contrainte, mais encore cette fumée est d'une nature différente de celle que les fumeurs s'administrent. Elle est plus toxique et donc plus dangereuse pour la santé de ceux qui y sont exposés. Cet argumentaire a une fonction évidente et assumée de légitimation des nouvelles mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés et ouverts. En présentant des victimes particulièrement vulnérables et non consentantes, ainsi qu'une nouvelle donnée du problème

largement sous-estimée au préalable, on justifie le recours à des mesures beaucoup plus drastiques. Le problème est ainsi redéfini d'une question de liberté de s'infliger des dommages calculés à la question du « droit à un air sain », ce dernier primant sur le « droit de fumer » (MSSS, 2001 : 9).

Le DAT définit donc le tabagisme comme un double problème médical : une cause de morbidité et de mortalité excessive et « sans précédent », et, en tant que forme de toxicomanie il constitue une maladie en soi et un problème de santé publique majeur. Enfin, il constitue une épidémie endémique qui continue de s'étendre.

Les cigarettes sont, en termes juridiques, déraisonnablement dangereuses pour la consommation humaine. Inventées aujourd'hui avec un tel profil, elles seraient interdites compte tenu des balises et politiques gouvernementales actuelles à l'égard du traitement des produits dangereux. [...] Le tabagisme est un phénomène qui n'a pas sa raison d'être, et son existence apparaît aujourd'hui comme une erreur de développement des sociétés. (MSSS, 2006 : 21)

Le tabagisme n'est donc pas qu'un problème médical *stricto sensu*, ce qui nous conduit au deuxième axe de définition du tabagisme celui du problème économique et social.

2- Un problème économique et social

Le tabagisme est aussi un problème économique car il coûte cher aux sociétés. Logiquement introduite par le rapport de la Banque Mondiale, la problématique économique va être largement reprise dans la convention-cadre de l'OMS et dans les publications sous l'égide de Santé Canada ou du MSSS.

Il est clair qu'en plus de la perte de millions de dollars par la consommation de cigarettes chaque année, des millions de personnes sont exposées au risque de développer diverses maladies chroniques comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires, etc., avec comme résultat une mort prématurée et des problèmes socio-économiques. Les effets négatifs du

tabagisme actif et passif sont évidents dans chaque étude épidémiologique et entraînent une augmentation des coûts de santé. (SC-3-b)

Le tabagisme entraîne un plus grand absentéisme au travail et une utilisation accrue des services de santé. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec a constaté que le facteur « tabac » expliquait à lui seul une large part du fardeau accru de l'incapacité observable au Québec au cours de la décennie qui a précédé ses travaux. En 2002, au Québec, les coûts directs et indirects de l'usage du tabac ont totalisé 4,0 milliards de dollars, dont 1,0 milliard en coûts directs de santé. (MSSS, 2006 : 13)

Et de répondre à ceux qui opposeraient la profitabilité du marché du tabac pour les États :

Vous allez peut-être arguer que le gouvernement profite de la situation avec l'argent des taxes sur les produits du tabac. Rien n'est plus faux! Les coûts sociaux et de santé entraînés par l'usage du tabac sont encore supérieurs aux revenus de ces taxes. Le tabagisme n'est donc pas une source de revenus pour le gouvernement ni, finalement, pour nous tous... (CQTS, 5-a)

Il s'agit ici de problématiser économiquement les conséquences néfastes du tabagisme, de les chiffrer. Les deux organisations internationales prescrivent par ce biais la nécessité de la lutte contre le tabagisme à l'échelle mondiale, l'argumentaire économique constituant le mantra universel, justifiant la mise en place d'un DAT dans chaque pays, quel que soit son contexte particulier. Le DAT devient de ce fait une condition nécessaire à l'atteinte de l'objectif tout aussi universel de prospérité et de compétitivité. Le tabagisme, loin de constituer une opportunité économique pour de nombreux acteurs, est un « fardeau » dont il faut se délester afin d'être économiquement performant.

La même rhétorique est également transposable au niveau individuel. À l'image des nations, l'argument économique vise à démontrer au fumeur qu'il a *intérêt* à arrêter. La section jeune du site internet de Santé Canada consacré au tabagisme propose ainsi une calculatrice de coûts afin que l'utilisateur puisse se représenter le coût de sa consommation de tabac et ce qu'il pourrait s'acheter s'il ne fumait pas (cf. annexes chapitre 5, 3). Il s'agit alors de mesurer pour chaque individu la perte sèche que représente sa consommation de tabac, ce dont il se prive en retour en consommation.

Fumer est une habitude coûteuse. Vous pouvez économiser environ 5 \$ par jour selon le nombre de cigarettes que vous fumez. Par exemple, si vous fumez un paquet de cigarettes par jour, en un an vous pouvez économiser 1825 \$. En 10 ans, cela fait 18 250 \$, et en 30 ans le montant sera d'environ 54 750 \$. (SC-3-b)

Calculatrice de couts : Vérifie combien de temps il te faudra pour économiser des frais de scolarité pour une période d'un an. Si tu arrêtes de fumer tu auras peut-être les moyens d'étudier sans contracter des dettes faramineuses. Dans bien des provinces canadiennes, les frais de scolarité annuels s'élèvent à environ 4500\$ à l'université et 2500\$ au Cégep. Calcule le nombre d'années qu'il te faudra pour économiser des frais de scolarité pour un an. Si tu déposes l'argent que tu consacres actuellement à la cigarette dans un compte bancaire, après 6,8 années tu auras économisé l'équivalent des frais de collège pour un an. 12,3 années pour des frais d'université pour un an. (SC, 3-b)

Cet extrait illustre une autre dimension de la définition économique du problème du tabagisme, soit celle du recodage des inégalités sociales en termes de tabagisme. La référence aux frais de scolarité n'a en effet rien d'anodin quand on connaît les problématiques d'accès aux études universitaires et d'endettement étudiant en Amérique du Nord et les conflits sociaux qui en découlent. L'extrait ci-dessus affirme donc qu'arrêter de fumer favoriserait l'accès aux études supérieures et minimiserait l'endettement des aspirants étudiants modestes. Dès lors, ce n'est pas la précarité économique qui exclurait une partie de la population de l'université mais le tabagisme. Le tabagisme serait ainsi un des déterminants de la pauvreté. Les inégalités sociales, quelles qu'elles soient reflèteraient alors, non pas des disparités économiques, mais bien des différences de consommation de tabac.

Étant donné que les pauvres fument plus que les riches, ils courent un plus grand risque de mourir prématurément du tabagisme. Dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, les hommes appartenant aux catégories socioéconomiques les plus basses ont deux fois plus de chances de mourir à l'âge moyen que ceux des catégories socio-économiques les plus élevées. Cette différence s'explique pour moitié par le tabagisme. (BM, 2000 : 3)

Ici les inégalités de santé observées entre groupes sociaux inégaux, ne tiendraient pas aux conditions de vie ou de travail par exemple, mais au tabagisme plus ou moins prévalent dans ces groupes : si les pauvres meurent plus tôt que les riches, ce n'est pas parce qu'ils sont pauvres, mais bien parce qu'ils fument. La même logique s'applique à l'analyse de la pauvreté à l'échelle mondiale :

Il y a un lien indissociable entre le tabac et la pauvreté. De nombreuses études ont montré que, dans certains pays à faible revenu, les ménages les plus pauvres consacraient jusqu'à 10 % de leurs dépenses au tabac. Cela signifie que ces familles ont moins d'argent pour satisfaire des besoins essentiels comme l'alimentation, l'éducation ou les soins. En plus des effets directs sur la santé, le tabac conduit à la malnutrition, à une augmentation des dépenses de santé et à des décès prématurés. Il contribue également à augmenter l'illettrisme, en détournant de l'argent qui aurait pu être dépensé pour l'éducation. Dans les deux domaines, les chercheurs ont largement ignoré le rôle du tabac dans l'aggravation de la pauvreté. (OMS, cité par Kirsch, 2010b)

L'OMS et la Banque Mondiale situent ainsi le tabagisme au centre de la « toile des causes » de la pauvreté. Cette opération minimise voire ignore par conséquent d'autres sources possibles de la misère et ouvre la voie à une lutte contre la pauvreté axée sur la promotion de saines habitudes de vie. La santé devient ainsi une condition nécessaire au développement économique, une ressource dans laquelle investir pour prospérer. Jusqu'ici rien de nouveau (cf. chapitre 4), cette logique est consubstantielle de l'existence même de ces institutions créées sous l'égide de l'ONU au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Ce qui change en revanche, c'est que la santé est désormais conçue comme produite par des comportements individuels tels que le tabagisme et non plus comme étant déterminée par des conditions structurelles. Si bien que la lutte contre le tabagisme bénéficie désormais de la bénédiction des institutions ayant pour mandat de faire prospérer les nations. La Banque Mondiale rappelle ainsi que les « programmes de stabilisation appuyés par le FMI dans les pays qui ont besoin d'accroître leurs recettes fiscales pour réduire le déficit des finances publiques

comprennent souvent des hausses de la fiscalité du tabac » (2000 : 93) subordonnant par là le « redressement » économique des pays à la lutte contre le tabagisme.

Une définition de la santé apparaît donc en transparence des opérations de cadrage du DAT : d'une part, la santé est *profitable* économiquement, c'est-à-dire que la santé produit de la prospérité et non l'inverse, et d'autre part, la santé est comportementale, elle est un sous-produit du *style de vie*. Si le lien entre tabagisme et pauvreté n'est plus à établir, ce cadrage économique du problème du tabagisme lui donne un sens inédit. La conception du tabagisme comme cause de précarité économique et de vulnérabilité sociale fournit ainsi une rhétorique extrêmement puissante au DAT et place la santé publique dans le champ des investissements profitables, individuellement et socialement.

Au-delà du domaine de la santé publique, l'usage du tabac constitue un gaspillage important des ressources financières mondiales. On l'a qualifié de menace principale au développement durable et équitable. Une étude de la Banque mondiale, « The Economic Costs and Benefits of Investing in Tobacco », a évalué que le coût des services de santé associés aux maladies reliées au tabagisme s'élève à une perte nette globale de 200 milliards \$ US par an, la moitié de ces pertes affectant les pays en voie de développement. La même étude indique que la prévention du tabagisme se range parmi les plus rentables des interventions de santé puisque, comme le montre la recherche, le tabac devient rapidement une cause plus importante de mort et d'incapacité de travail que toute autre maladie. Il s'ensuit que les efforts pour cesser de fumer, en diminuant les risques pour la santé de la même manière que les interventions pour la prévention du tabagisme, sont aussi rentables, parce que les individus qui cessent de fumer font des économies substantielles grâce aux cigarettes non achetées et à la diminution des dépenses pour soins de santé. (SC, 3-d)

Bien que le Québec souscrive à cette définition économique du problème du tabagisme, les rapports du MSSS insistent plus significativement sur la dimension sociale et culturelle du problème. « La problématique du tabagisme comporte une importante dimension sociale » (MSSS, 2001 : 21). Le tabagisme serait en effet tout d'abord un « problème de société » (MSSS, 2001 : 9), c'est-à-dire un

problème relatif aux *normes sociales* en vigueur dans la société québécoise. Le Québec afficherait en effet une « culture protabagisme » (MSSS, 2005 : 14) dans la mesure où le tabagisme serait encore perçu comme normal, voire serait valorisé. Les rapports du MSSS semblent ainsi avoir bénéficié des apports des sciences humaines et sociales en matière de compréhension du tabagisme au point que le problème apparaisse comme celui de l'« intégration du tabagisme dans notre culture » (MSSS, 2006). Cependant, dans la veine de la psychologie cognitive et comportementale, l'influence de l'« environnement social et culturel » n'apparaît que sous la forme d'un conditionnement opérant par renforcement positif du comportement tabagique : « L'environnement culturel actuel agit encore trop en renforcement du comportement du fumeur et rassure ce dernier en ce qui a trait à son identité » (MSSS, 2006 : 19). Ce renforcement serait en l'occurrence le fruit du travail acharné et de l'ingéniosité de l'industrie du tabac qui serait parvenue, par le biais de publicités et de placement de produit au cinéma notamment, à associer une image positive et valorisée au tabagisme. La cigarette serait ainsi un plaisir créé de toutes pièces par le marketing de l'industrie du tabac. Malgré le DAT, certaines catégories de populations resteraient très sensibles à ce conditionnement, les jeunes filles notamment.

La publicité contribue grandement à renforcer le comportement des fumeuses, particulièrement les jeunes filles. Chaque année, l'industrie du tabac investit des millions de dollars pour convaincre les adolescentes qu'en plus de les garder minces (et donc séduisantes), la cigarette confirme leur indépendance, leurs compétences et leur maturité. (SC, 3-e)

Le tabagisme serait en dernier lieu un problème social car il affecte essentiellement des populations vulnérables, qui concentrent déjà un certain nombre de problèmes sociaux. Nous y reviendrons en abordant les cibles du DAT. Avant cela, une dernière précision de définition s'impose. La question de la cooccurrence de problèmes socio-sanitaires dans ces catégories vulnérables est,

dans ces rapports, interprétée dans le même sens de causalité que pour les questions de précarité économique.

La présence plus marquée du tabagisme dans les milieux défavorisés est un facteur qui contribue probablement de façon importante à la surmortalité et à la morbidité qu'on y recense. Il pourrait également constituer une cause, par exemple, de la proportion plus forte de naissances de bébés de poids insuffisant observée dans ces mêmes milieux. (MSSS, 2001 : 9)

Ce type de cadrage perpétue la définition du tabagisme comme cause de problème socio-économiques et non comme conséquence. Les conditions sociales présidant à la surreprésentation de problèmes socio-économiques et médicaux demeurent impensées ou ignorées.

Pour résumer la question de la définition du problème auquel le DAT constitue une réponse, le tabagisme est un grave problème médical avec de sérieuses conséquences économiques et sociales. Le problème présenterait par ailleurs une gravité sans précédent; il serait même la « première cause de mortalité évitable et prématurée *de l'histoire de l'humanité* » (BM, 2000 : x ; [nous soulignons]). La définition du tabagisme comme problème économique et social offre ensuite une opportunité et une légitimité politique au DAT. « En résumé, ces politiques pourraient se traduire par des avantages sans précédent pour la santé, sans pour autant porter préjudice à l'économie. » (BM, 2000 : 2) Enfin, la définition du tabagisme comme problème social et culturel déplace le DAT du terrain de l'utile et du nécessaire au terrain moral. Le problème du tabagisme étant une question de « choix fondamentaux de société » (MSSS, 2006 : 7), les institutions compétentes ont alors un devoir d'agir, d'engager un « processus de changement social » (MSSS 2001 : 10).

B) Les acteurs et les cibles du DAT

La définition des acteurs est assez simple. Au-delà des organisations internationales, au premier rang desquels l'OMS, et gouvernementales ayant pour juridiction la santé au Québec, le DAT est constitué par plusieurs acteurs de la société civile. Le DAT est l'affaire de tous. Les organismes gouvernementaux entreprennent ainsi de mobiliser l'ensemble de la population québécoise dans la lutte contre le tabac. « Le défi à relever est de taille, et il sollicitera l'engagement de l'ensemble des secteurs de la société, tous concernés par la santé de la population québécoise. » (MSSS, 2001) Changer la société est en effet un projet ambitieux qui nécessite de générer l'adhésion et la participation bien au-delà de l'État. « Un tel processus de changement social ne peut être entrepris qu'avec le soutien de tous. » (MSSS, 2001) Le DAT engage ainsi plusieurs ONG, et organismes publics tels que les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) et divers organismes privés; les professionnels de la santé bien entendu, en premier lieu les médecins qui relaient les préoccupations de santé publique jusqu'à leurs patients (« Demandez à votre médecin »). La proposition du MSSS de rémunérer les actes médicaux en abandon du tabagisme vise ainsi à les impliquer dans la lutte⁵⁶. La participation des médecins au diagnostic et au « traitement » du problème est donc requise, de même que celle des dentistes, des chercheurs des diverses disciplines qui forment les *tobacco studies* (Bell, 2013), des organismes communautaires, de la sphère scolaire et en particulier le secondaire pour lequel ont été mis en place des programmes spécifiques afin de mobiliser les élèves dans la lutte contre le tabac, mais également des entreprises privées incitées à mettre en place des programmes d'abandon du tabac pour leurs employés – « Joignez un dépliant de la campagne avec la paye de chaque employé. » (CQTS, 5-b-2). Enfin, les citoyens en général sont encouragés à se mobiliser lors de

⁵⁶ « Le ministère de la Santé et des Services sociaux considère l'opportunité d'inclure des interventions en soutien à l'abandon du tabagisme dans la liste des actes rémunérés. L'influence que les médecins peuvent avoir sur leurs patients fumeurs étant reconnue, une telle rémunération aurait certainement un effet stimulant le taux d'abandon du tabagisme. (MSSS, 2006 : 33)

différentes opérations de relations publiques telles que la *journée sans tabac* de l’OMS ou encore la *semaine québécoise pour un avenir sans tabac* (CQTS, 5-b).

La définition des cibles du DAT bénéficie d’une surprenante précision. Le DAT s’adresse à l’ensemble des fumeurs ou des fumeurs potentiels, mais des sous-catégories se démarquent parmi eux. La convention-cadre de l’OMS identifie singulièrement les femmes, les autochtones et les jeunes comme cibles du DAT, ces trois catégories de personnes faisant l’objet de programmes d’interventions spécifiques.

En ce qui concerne les femmes, l’OMS met en premier lieu en avant « la nécessité de stratégies sexospécifiques » de lutte anti-tabac » (OMS, 2003 : 2). Cette attention particulière à l’égard des fumeuses se justifierait par des dangers caractéristiques. Outre les problèmes de santé qui touchent indifféremment les hommes et les femmes qui fument, le tabagisme des femmes serait en effet plus délétère. Tout d’abord parce que les femmes seraient particulièrement victimes de *pressions protabac* (SC, 3-e). De par leur « condition féminine », elles y seraient plus sensibles et se réfugieraient plus volontiers dans la dépendance⁵⁷ (SC, 3-g), et sont par ailleurs plus sujettes à la précarité économique, facteur corrélé au tabagisme. Plus significativement encore, c’est leur statut de reproductrice que menacerait la cigarette. Le tabagisme affecterait ce statut à tous les niveaux, en portant atteinte à la fertilité des femmes, à leur gestation, puis au développement de leur progéniture. Parmi les femmes ce sont ainsi les femmes enceintes et les jeunes mères qu’il s’agit de cibler.

⁵⁷ « Leur « condition féminine » peut même alimenter une certaine dépendance en décourageant l’apprentissage de techniques saines pour gérer le stress et en leur accordant moins de contrôle sur la vie que les hommes. Il se peut, par exemple, que les femmes aient du mal à exprimer leur colère ou à confronter les gens. Le fait de fumer ou de suivre un régime amaigrissant, par exemple, peut les aider à confronter la vie et à avoir une certaine emprise sur leur existence. » (SC, 3-g)

Le tabagisme menace plus les fumeuses que les fumeurs, puisqu'en plus de les exposer aux mêmes maladies que les hommes, il tend à affecter leur système reproductif. En outre, les femmes qui fument pendant leur grossesse mettent en péril leur propre santé et celle du fœtus. (SC, 3-e)

Les jeunes font également l'objet de stratégies distinctes. Le MSSS leur a par ailleurs consacré un rapport spécifique (MSSS, 2010). Les différents acteurs du DAT s'accordent pour cibler plus précisément les jeunes du secondaire, cette période étant la période d'initiation à la pratique par excellence, et les jeunes adultes (18 à 25 ans), cette classe d'âge demeurant la plus tabagique de la population. Les premiers constituent une cible intéressante dans la mesure où il est question de les empêcher de *devenir des fumeurs* plus que de leur faire arrêter de fumer. Le cadre de prédilection d'atteinte de cette cible est bien entendu le cadre scolaire, mais Santé-Canada en identifie également d'autres.

On peut aussi rejoindre les jeunes dans d'autres milieux comme les groupes de jeunes, les centres de bien-être pour les jeunes, les centres communautaires, les programmes pour les jeunes à risque, les centres culturels, les centres de détention, les maisons de groupes, etc. (SC, 3-a)

En plus des femmes enceintes et des jeunes, Santé Canada propose dans la présentation de sa stratégie nationale de lutte contre le tabagisme d'« identifier les écarts dans les programmes en place, touchant des populations précises (p. ex. les Premières nations, les Métis et les Inuit, les Francophones, les jeunes, les groupes ethniques, les femmes enceintes) et développer et mettre en œuvre des programmes fondés sur l'évidence et impliquant ces populations. » (SC, 3-a). On voit donc que différents axes de différenciation, le genre et l'ethnicité principalement, entrent en ligne de compte dans l'identification et la segmentation des cibles du DAT. Aucune mention n'est par ailleurs faite de ce qu'ont en commun ces groupes en dehors de leur tabagisme, de ce qui les différencie autrement de ceux qui ne constituent pas la clientèle visée par le DAT (les hommes, le groupe

ethnique majoritaire, les anglophones, etc.). Le MSSS se contente quant à lui d'avancer que les « milieux défavorisés et les autochtones, lesquels sont lourdement affectés par le tabagisme et présentent des particularités culturelles qui exigent des interventions adaptées.» (MSSS, 2006 : 28).

C) Les solutions : réduire l'offre ou la demande?

C'est au regard des solutions proposées au problème du tabagisme, que se dégage le plus grand consensus, ce dernier reposant largement sur le cadre posé par l'OMS. L'OMS (2003) distingue en effet deux types d'actions possibles, qu'elle estime devoir être menées de concert, celles sur l'offre et celles sur la demande de tabac. Cependant, les mesures de réductions de l'offre sont extrêmement peu nombreuses par rapport à celles visant la demande (trois articles concernant l'offre contre neuf la demande), et tiennent principalement à la lutte contre la contrebande. En effet, si un article de la convention-cadre concerne la « réglementation de la composition des produits du tabac », force est de constater que rien n'a été entrepris à notre connaissance dans ce sens ni au Canada, ni ailleurs. La lutte contre la contrebande de tabac est revanche une priorité sans cesse réaffirmée par Santé Canada, le MSSS ou encore le Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM) (cf. annexes chapitre 5, 4). La question de la contrebande de tabac est un problème caractéristique pour les provinces canadiennes. Au Québec, la proportion de cigarettes de contrebande consommées serait de 35% (SPVM, 10-a). Présentée comme un manque à gagner pour les revendeurs légaux et comme une manne financière pour le crime organisé, cette contrebande provient au Canada essentiellement des réserves autochtones et viserait principalement les jeunes : « Pour les jeunes, la contrebande de tabac signifie un accès de plus en plus grand, dans les cours d'école, à des paquets de cigarettes moins chers que la gomme à mâcher » (SPVM, 10). À l'instar de la fumée, il y aurait donc deux types de tabac, le tabac illégal étant considérablement plus toxique, à la fois sanitairesment et

socialement. De surcroît, et plus fondamentalement, le tabac de contrebande nuit aux deniers de l'État.

S'agissant de l'offre, la répression de la contrebande a une importance indéniable dans la réduction du tabagisme. Les mesures à prendre comprennent l'apposition de timbres fiscaux et d'avertissements bien visibles sur les paquets de cigarettes, ainsi que l'application volontariste des règlements et de sanctions sévères pour décourager les contrebandiers. La limitation de la contrebande améliore la rentabilité de l'augmentation des taxes sur le tabac. (BM, 2000 : 9)

La stratégie globale anti-tabac est ainsi bien résumée dans le programme MPOWER de l'OMS (2009) – pour *Monitor, Raise, Offer, Warn, Enforce, Protect*⁵⁸. Aucune de ces formules ne concerne directement l'industrie du tabac. La stratégie anti-tabac promue par l'OMS implique ainsi de « contrer l'industrie du tabac », non pas en lui imposant des restrictions quelconques, mais en ciblant le consommateur actuel ou potentiel. Les mesures de restriction de l'offre ne s'appliquent ainsi qu'à l'offre illégale de tabac et non à l'industrie régulière⁵⁹.

Les solutions contenues dans le DAT peuvent ensuite se diviser entre les mesures coercitives et incitatives. Les mesures coercitives sont celles qui renvoient au cadre impératif de la loi sur le tabac (MSSS, 4-a). Cette loi est venue pénaliser un certain nombre de comportements. En ce qui concerne les pratiques de l'industrie du tabac, seules les activités de publicité ou de parrainage sont désormais prohibées. Ces restrictions ne limitent cependant pas l'offre de tabac, elles visent à en réduire la demande en venant limiter les possibilités de promotion du tabagisme. Les mesures coercitives

⁵⁸ « **Monitor** Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention; **Protect** Protéger la population contre la fumée du tabac; **Offer** Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac; **Warn** Mettre en garde contre les dangers du tabagisme; **Enforce** Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage; **Raise** Augmenter les taxes sur le tabac. » (OMS, 2009 ; OMS, 2-b)

⁵⁹ Précisons que l'industrie du tabac a plusieurs fois été mise en cause pour sa participation à la contrebande de tabac. Cependant, si les restrictions appliquées à la contrebande nuisent ainsi aux profits de l'industrie du tabac, c'est en tant qu'instigatrice d'activités illégales que l'industrie du tabac serait ici concernée. La composante principale du marché du tabac à savoir la partie légale n'est quant à elle soumise à aucune restriction.

attendent ainsi de manière préférentielle à réduire la demande de tabac plutôt que l'offre. L'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs, l'obligation pour les détaillants de cacher les produits du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et la lutte contre la contrebande, visent ainsi à circonscrire un marché – les adultes, un espace de consommation – l'extérieur, le cadre privé des loisirs ou des pauses de travail, à rendre le tabac moins attractif et à compliquer sa consommation. Les discussions relatives à la révision de cette loi tournent actuellement autour de l'imposition d'emballages standardisés d'empêcher les fabricants de faire du paquet de cigarettes un outil marketing, de l'élargissement de l'interdiction de fumer comme c'est le cas dans un nombre grandissant de villes au Canada et aux États-Unis aux lieux publics ouverts, tels que les parcs, les terrasses ou les plages, et à certains lieux privés tels que les voitures en présence de mineurs ou les logements locatifs⁶⁰. La dernière étape de ce processus serait l'interdiction totale de fumer à l'échelle d'une ville, ce qui semble par exemple être le cheval de bataille du maire Bloomberg de la ville de New York. Encore une fois, ces mesures coercitives de pénalisation, voire de criminalisation du tabagisme sont dirigées vers les consommateurs de tabac et non pas vers les producteurs.

Les lois anti-tabac s'appliquent donc principalement à empêcher les gens de fumer et non pas à empêcher l'industrie du tabac de fabriquer ou de vendre ses produits. Ainsi, et bien que « le tabagisme n'a pas de raison d'être et tout doit être mis en œuvre pour le combattre » (MSSS, 4-a), la seule solution finalement écartée d'emblée est celle d'empêcher l'offre, c'est-à-dire d'interdire purement et simplement la vente de produits du tabac.

La consommation et la fabrication de cigarettes ne peuvent être interdites compte tenu du fait qu'une trop forte proportion de la population vit une dépendance à ce produit ; une

⁶⁰ Depuis le 21 janvier 2009, il est interdit, en Ontario, de fumer dans des véhicules automobiles ayant à leur bord des personnes âgées de moins de 16 ans. Aux termes de la loi, commet une infraction et encourt une amende de 125 \$ tout conducteur ou tout passager d'un véhicule automobile dans lequel est présente une autre personne âgée de moins de 16 ans (OHM). Les baux locatifs stipulent déjà l'interdiction de fumer au même titre que celle des animaux.

interdiction dans ce contexte entraînerait certainement des problèmes sociaux à grande échelle (consommation illégale, contrebande, criminalité, etc.) qui constitueraient un prix trop élevé pour les effets de réduction du tabagisme qui pourraient en découler. Le maintien de la légalité est donc un « mal nécessaire », et une fourniture de tabac doit être assurée à ceux qui fument. On gardera cependant en tête que « légalité » n'est pas nécessairement « légitimité ». (MSSS, 2006 : 21)

La prohibition, par ailleurs privilégiée pour plusieurs substances psychotropes, ne serait pas donc pas une solution.

Tous ces gens dépendants, " drogués " à la nicotine sont des personnes " normales ", comme les autres. Imaginez que le gouvernement déclare la cigarette illégale demain matin ou dans six mois, voire même dans un an... Croyez-vous que vous et toutes ces personnes " accros " pourriez cesser de fumer dans ces délais et définitivement? [...] Vous comprenez mieux sans doute maintenant le problème qui se pose au gouvernement. [...] Effectivement, le tabagisme cause de graves problèmes, mais l'interdire n'est pas une solution réaliste. Toutefois, le gouvernement travaille, à travers différentes actions et avec le concours de différents organismes, à encourager les fumeurs à cesser et à leur offrir des moyens efficaces et accessibles pour qu'ils réussissent. (CQTS, 5-a)

En revanche, l'augmentation des taxes sur les produits du tabac serait une mesure appropriée pour faire baisser la demande de tabac, en particulier chez les jeunes. Unanimement considérée comme un axe fondamental du DAT, l'efficacité de la hausse du prix des cigarettes est cependant menacée par la concurrence des produits de contrebande, ce qui justifie d'autant plus d'intensifier la lutte contre ces derniers.

Deux dernières solutions s'appliquent spécifiquement à réduire la demande de tabac. Les aides pharmaceutiques sont tout d'abord mises en avant dans les publications institutionnelles, les brochures et autres sites interactifs visant à l'arrêt du tabac. Les différents médicaments y sont répertoriés et « recommandés aux personnes qui *souffrent ou craignent de souffrir* de symptômes de sevrage importants ou désagréables » (CQTS, 5-a, [nous soulignons]). Ces aides pharmacologiques

sont inscrites sur la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec depuis 2000. Ils sont en vente libre, à l'exception du bupropion (Zyban) et de la varénicline (Champix/Chantix), bien qu'une ordonnance médicale soit nécessaire pour exiger un remboursement. La distinction entre plateforme d'information sur les dangers du tabac et les moyens de s'en départir et publicité pour les substituts nicotiques apparaît tenue notamment sur le site du *Défi J'arrête, j'y gagne!* (Défi, 6). Un des commanditaires de cette initiative est en effet Novartis une multinationale pharmaceutique suisse, et le logo de la compagnie apparaissant sur le site constitue un lien *hypertexte* vers le site promotionnel de la gamme de produits Thrive de remplacement nicotinique (7). Le programme *À BAS LE TABAC*⁶¹ pousse encore au-delà la confusion entre initiative de santé publique et opération marketing. Suivant deux québécois dans leur processus d'arrêt du tabac sous forme d'épisodes mis en ligne sur YouTube, ce programme promeut l'utilisation des produits de la gamme *Nicorette* de la compagnie pharmaceutique *GlaxoSmithKline* pour arrêter de fumer. Il s'apparenterait ainsi à une version en ligne d'une forme de télé-réalité-coaching, appliquée ici à l'arrêt du tabac, et dans laquelle le placement de produit et le parrainage confinent à la publicité directe au consommateur.

Enfin, le *marketing social* s'impose comme solution de choix au problème du tabagisme. Le marketing social est « *l'application de technologies de marketing élaborées dans le secteur commercial pour résoudre des problèmes sociaux, où le résultat est la modification du comportement* ». (SC, 3-a-5) Concordant avec l'optique de s'attaquer à la demande plutôt qu'à l'offre de tabac et avec la définition du tabagisme comme problème social et culturel, ce moyen d'action

⁶¹ « À BAS LE TABAC^{MC} est une communauté interactive sur Facebook et YouTube dont l'objectif est d'aider les Canadiens à cesser de fumer. La communauté À BAS LE TABAC^{MC} offre une multitude de renseignements et de conseils provenant de Canadiens qui tentent de renoncer au tabac, de leur famille, de leurs amis et d'une équipe d'experts en la matière, en plus d'un appui personnalisé gratuit grâce à ACTIVESTOP^{MC} afin de vous appuyer ou de vous aider à renouveler votre engagement à l'égard du renoncement au tabac. » (ABLT, 9).

aussi appelé *contremarketing* ou bien *demarketing* vise, comme son nom l'indique, à contrer l'influence de l'industrie du tabac sur la désirabilité du tabagisme.

Apparenté à une campagne de communication de masse, le demarketing implique la diffusion de messages anti-tabac (c'est-à-dire visant à contrecarrer le marketing des produits du tabac) à la télévision, à la radio, au cinéma et dans la presse, et comprend des affiches (intérieures, extérieures, aux points de vente de tabac, sur les véhicules de transport en commun, etc.), des brochures, un site Internet, des bandes-annonces Internet, des articles promotionnels (t-shirts, etc.), des commandites d'événements. (DF, 8-a)

Le marketing social fait partie intégrante des stratégies de promotion de la santé à Santé Canada. Il sert à transmettre des messages sur la promotion de la santé à des segments précis de la population canadienne, et il est conçu pour aider les personnes à prendre des décisions qui ont trait au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être sur le plan personnel, familial et communautaire. (SC, 3-a-5)

Développée en premier lieu dans le monde anglo-saxon et aux États-Unis principalement à partir des années 1970, cette approche se propose de promouvoir des « idées sociales », des valeurs, des comportements et des attitudes, comme n'importe quel produit commercial (Reid, 2005). Appliquée à la promotion de la santé, elle vise ainsi à « influencer les comportements des publics cibles, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société » (SC, 3-a-5). Pour ce faire, le marketing social s'appuie sur les cinq domaines suivants : la publicité (*advertising*); les relations publiques (*public relations*); le plaidoyer par les médias (*media advocacy*); le marketing populaire (*grass-roots marketing*); et l'éducation aux médias (*media literacy*) (MSSS, 2010 : 25; cf. aussi CDC, 2003; 2007).

Le MSSS affirme « la nécessité de s'attaquer systématiquement et profondément aux éléments de notre organisation collective qui constituent la matrice culturelle du tabagisme et qui ont un effet déterminant sur la pérennité du problème. » (MSSS, 2006 : 23) Le contremarketing est ainsi

un moyen puissant pour intervenir sur cette matrice culturelle. Le DAT s'attèle à une « modification profonde des normes sociales », à « débanaliser, dénormaliser » (MSSS, 2006 : 23) le tabagisme :

Le statut de la cigarette dans notre société doit être transformé de façon qu'il soit à la mesure des conséquences sanitaires, économiques et sociales de la consommation de ce produit. [...] Beaucoup reste cependant à faire pour ériger l'abstinence tabagique en norme sociale dominante. (MSSS, 2001 : 23)

Utilisées de concert, les différentes méthodes du contremarketing s'attèlent à reconfigurer la matrice culturelle *pro-tabac*, c'est à dire à dégouter la population des produits du tabac et à promouvoir des attitudes *pro-santé*. Ces stratégies d'interventions « visent davantage l'individu, puisqu'elles ont pour objectif de l'amener à modifier favorablement ses attitudes et ses comportements à l'égard du tabagisme. » (MSSS, 2006 : 25) Les théories de la communication et les technologies de communication sont à la base de ce type d'intervention. L'utilisation du marketing social dans la lutte contre le tabagisme se manifeste en effet par des grandes campagnes de communications : campagnes médiatiques d'information de type traditionnel, c'est-à-dire héritées des pratiques de l'éducation à la santé (par voie d'affiche et de brochures, campagnes radiophoniques, télévisuelles), mais aussi les approches novatrices offertes par les nouvelles technologies (Internet, messagerie texte, clavardage, applications sur les téléphones intelligents, etc.) et issues des pratiques de marketing, animations et intervention dans des milieux particuliers (écoles, milieux de travail...), activités de relations publiques, mises en place de services, etc. (MSSS, 2006; 2010).

Deux remarques en guise de conclusion. Tout d'abord, il est frappant de constater que les solutions préconisées par l'OMS et la Banque Mondiale notamment, sont globalement celles qui sont appliquées, au Québec et ailleurs. En effet, les recommandations des rapports internationaux, quels que soient les problèmes concernés, ne suscitent d'ordinaire guère plus que l'accord de principe des

gouvernants, les vœux pieux se heurtant ensuite à un « principe de réalité ». Le DAT, tel qu'il est conceptualisé est donc non seulement consensuel mais applicable tel quel. Les meilleures solutions étant celles mises en œuvre, il n'y a aucune nécessité de rechercher ni des définitions, ni des solutions alternatives. Le DAT s'inscrit dans une logique de légitimation et de justification de son « approche globale et intégrée », c'est-à-dire s'attaquant aux différentes dimensions du problème.

La globalité de l'intervention et la préoccupation à l'égard du changement des normes sociales se manifestent d'abord par la simultanéité de la sollicitation de l'individu et de la modification de l'environnement de cet individu. Même si la responsabilisation de l'individu a été pendant trop longtemps la seule préoccupation en promotion de la santé, il demeure qu'elles ne peuvent être ignorées dans tout processus de planification d'un changement de comportement. [...] Des mesures comme la taxation des produits du tabac et les restrictions de l'usage du tabac constituent des modifications environnementales qui influencent directement les comportements. Certaines politiques peuvent soutenir l'individu dans les choix qu'on l'incite à privilégier, particulièrement en ce qui a trait au soutien à l'abandon du tabagisme. (MSSS, 2006 : 24-25)

Les solutions présentées convergent pourtant vers un seul point : le fumeur, actuel ou potentiel. Le DAT agit en effet sur l'acceptabilité sociale du tabagisme, sur sa représentation sociale jugée disproportionnellement positive afin de décourager les comportements tabagiques. En transformant les normes sociales qui régissent la représentation du tabagisme (en diffusant de l'information sur ses méfaits, en en faisant la première cause de mortalité évitable au monde par exemple), sa consommation (en restreignant l'espace où l'on peut fumer) ou en augmentant son coût financier, c'est sur le coût individuel du tabagisme qu'on agit. Il s'agit de faire en sorte que les individus aient de moins en moins d'intérêt à fumer, de faire du tabagisme une habitude toujours plus coûteuse. C'est ainsi essentiellement sur la modification des comportements individuels que le DAT se concentre. Les solutions proposées, en substance convaincre l'individu de *devenir non-fumeur*, apparaissent dès lors modestes au regard de l'ampleur de la catastrophe sanitaire, économique et

sociale que représente le tabagisme. Il semblerait que les efforts déployés dans la définition du problème, toujours plus précise et affinée, outrepassent considérablement ceux relatifs aux solutions du problème. Toute l'impétuosité du DAT se manifeste en revanche dans son action de conversion de l'individu à la cause de l'anti-tabagisme.

II. L'ingénierie du dégoût de la cigarette : de la perversion des corps à la perversité des fumeurs

Nous nous consacrerons cette partie à l'analyse de campagnes anti-tabac afin d'éclairer les moyens de la lutte contre le tabagisme. L'utilisation du marketing social vise à convertir à l'anti-tabagisme des fumeurs actuels ou potentiels, à fabriquer des non-fumeurs. L'application des techniques publicitaires à la production de santé suggère ainsi qu'il y aurait deux types de publicités : une pathogène, issue de l'industrie du tabac, et une *salutogène*⁶². La publicité serait ainsi un médium neutre, pouvant être alternativement appliqué à tout et son contraire, et intrinsèquement efficace, l'individu modulant ses choix et comportements en fonction de pressions extérieures. Les possibilités de promotion du tabagisme ayant été considérablement réduites par la Loi sur le tabac, minimisant la possibilité d'injonctions contradictoires, il suffirait alors de promouvoir l'anti-tabagisme à grande échelle pour convaincre les individus de s'y engager. Le marketing anti-tabac procède d'une part d'un contremarketing, qui consiste à retourner les techniques développées depuis un siècle pour faire fumer les populations, contre les produits du tabac, en associant un sentiment de dégoût à l'encontre de ces produits en lieu et place du plaisir. D'autre part, le marketing anti-tabac s'applique à promouvoir l'anti-tabagisme, à le « vendre » comme n'importe quel produit, plus significativement comme on vendait, il n'y a encore pas si longtemps, des cigarettes. Au fond, le marketing anti-tabac

⁶² À la différence d'une approche pathologique axée sur les facteurs de la maladie, une approche salutogène s'intéresse aux facteurs de la santé (Antonovsky, 1987).

repose sur une mise en scène de l'infériorité tabagique et de la supériorité de l'anti-tabagisme, diffusée à grande échelle et de façon continue.

Le DAT s'attèle donc à dégouter du tabac. Le dégoût est un puissant vecteur de sens. Il dit l'ordre social (Douglas, 1966), participe des conflits sociaux qui structurent l'espace social (Bourdieu, 1979), et se fabrique (Memmi et *al.*, 2011). Nous verrons donc dans cette partie comment le DAT fabrique un dégoût du tabac et comment ce dégoût produit l'« ordre public » du tabagisme (Gusfield, 2009) et organise sa dramaturgie en exposant des figures de victimes et de coupables.

A) « L'attaque de la cigarette » : du dégoût du tabac...

1- La contamination des corps, des esprits et des espaces

C'est tout d'abord un récit de la contamination que propose le DAT. Le tabac pollue les corps, les esprits et les espaces et cette pollution cause la maladie et la mort. À la différence de l'approche *top-down* prévalant dans le cadre de l'éducation à la santé qui cherchait à inculquer, de force s'il le fallait, une vérité supérieure à des esprits retors, la promotion de la santé doit *convaincre*; elle procède dès lors par des moyens plus « démocratiques ». Elle doit démontrer son propos, en l'occurrence littéralement, c'est-à-dire le montrer : « voir c'est croire » (Reid, 2005). Deux problèmes de démonstration se posent alors: tout d'abord, comment représenter une pollution invisible, et ensuite, comment relier cette pollution à des conséquences mises en évidence par des statistiques, par nature abstraites et fortuites; autrement-dit comment réifier un danger virtuel?

La cigarette est avant tout présentée comme un polluant. Une publicité anti-tabac du MSSS promeut ainsi une loi sur le tabac « pour protéger nos petites espèces les plus chères » (MSSS, 2000, 4-f-2). Le spot souligne qu'au Québec le faucon pèlerin est mieux protégé que les jeunes, qui apparaissent ainsi comme une espèce menacée par la cigarette. La mobilisation de l'imaginaire de la

pollution apparaît féconde et se poursuit à travers différentes campagnes. Le tabagisme est ensuite présenté comme un poison :

Benzène, formaldéhyde, acide cyanhydrique, monoxyde de carbone, goudron... Voilà quelques-uns des produits chimiques que l'on retrouve dans la fumée de cigarettes régulières... ET de cigarettes étiquetées douces et légères par l'industrie du tabac. (SC, 3-j-7)

Mais le tabagisme n'est pas un empoisonnement comme les autres, car le poison qu'il distille n'a pas de contenu fixe. Ce poison est dans l'air, propagé par la fumée. L'ubiquité de la fumée en fait une pollution particulièrement sournoise qui déborde toute tentative de protection. Les publicités anti-tabac s'appliquent ainsi à matérialiser ce danger diffus, à rendre visible l'invisible, dans l'espace tout d'abord, puis dans les corps. Visant à accompagner l'interdiction de fumer dans les lieux publics, une publicité du MSSS met par exemple en scène des individus fonctionnant en apnée dès qu'ils rentrent dans un lieu public (en l'occurrence un restaurant). Aucune fumée n'est visible à l'écran, mais l'ensemble des personnes présentes retenant leur souffle suffit à suggérer que l'air n'est pas respirable à l'intérieur, et l'annonceur de conclure « Ne faites pas fumer votre entourage » (MSSS, 4-f-3). Une autre publicité de Santé Canada cette fois reprend ce récit de la contamination de l'espace :

Ouverture sur une femme qui est assise dans sa salle de séjour près d'une fenêtre ouverte et qui lit un magazine avec une cigarette allumée à la main. La femme souffle la fumée par la fenêtre mais on voit de la fumée qui revient combinée à la fumée dégagée du bout de sa cigarette qui se répand dans la pièce.

ANNONCEUR: Même les meilleures intentions ne parviennent pas à éliminer complètement la fumée secondaire de votre maison.

De la fumée comme des doigts de fantôme se forme et commence à se répandre et à pénétrer les objets de la pièce. Les doigts de fumée s'accrochent à des articles comme une lampe, un canapé, une grappe de raisins et l'ourson en peluche d'un enfant.

ANNONCEUR: Les agents toxiques flottent dans l'air que votre famille respire et s'incrument aux objets du quotidien mettant vos proches en danger.

Une jeune enfant entre dans la pièce et prend l'ourson en peluche alors que les doigts de fumée continuent de laisser des traces dans l'air.

ANNONCEUR: Protégez vos enfants.

TEXTE À L'ÉCRAN: "Faites de votre maison un endroit sans fumée" est superposé sur l'image de la fille qui quitte la pièce. (SC, 3-j-6)

Cette publicité suggère ainsi que cette mère de famille contamine l'espace privé de sa famille. Malgré son apparente considération pour ses enfants (elle fume à la fenêtre), elle ne peut empêcher la fumée de sa cigarette de s'incruster dans son intérieur, de polluer les composants de son foyer et ainsi d'exposer ses enfants à des produits toxiques. On ne peut échapper à l'envahissement de la fumée, elle s'imisce dans tous les recoins de l'espace et des corps. « Ennemi invisible », elle ne se manifeste que par les dommages qu'elle cause. Se propageant dans l'air, elle ne peut être compartimentée ou évacuée. C'est plutôt elle qui nous emprisonne, comme le suggère l'affiche de la semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2005 qui montre deux jeunes adultes entourés de barreaux de fumée avec pour slogan « Libérer l'air de la fumée secondaire » (CQTS, 5-b-1). La seule alternative à celle proposée dans le spot du MSSS, à savoir d'arrêter de respirer, est de l'éliminer à la fois des espaces publics et des espaces privés.

En ce qui concerne l'envahissement des corps, les publicités anti-tabac redoublent de métaphores pour suggérer une souillure d'autant plus interne, intime et imperceptible. Une publicité de Santé Canada joue ainsi sur l'imaginaire des Infections Sexuellement Transmissibles (ITS) qui a particulièrement marqué les années 1990.

La publicité débute en nous montrant une fille d'environ 20 ans assise sur un sofa et en train de discuter avec une copine. Une musique techno énergique nous fait comprendre qu'on est en plein party. Un gars du même âge vient s'asseoir au bout du sofa. Il fume une cigarette. On comprend qu'il espère lui parler.

Juste au moment où il allait l'aborder, la copine se lève et quitte la pièce. Un autre gars vient s'asseoir entre les deux jeunes et continue de bouger au rythme de la musique. Il les regarde tour à tour et se rend compte qu'il vient d'interrompre le début de ce qui pourrait être une belle romance. Il se lève donc et quitte la pièce.

La fille regarde alors la cigarette du gars et la fumée qui s'en échappe et détourne la tête pour lui faire comprendre qu'elle n'est pas intéressée. La musique arrête alors brusquement.

L'image vire au noir et la phrase suivante apparaît : « Certaines compagnies de tabac disent que la fumée secondaire dérange les gens ». Puis : « Santé Canada affirme qu'elle tue. » L'écran coupe à nouveau au noir et la signature : « Maladies Causées par la Fumée secondaire » apparaît suivie du logo : « M. C. F. ». La phrase « Maladies causées par la fumée secondaire » est remplacée par des noms de maladie qui défilent rapidement à l'écran : Asthme, Bronchite, Pneumonie, Maladies du cœur, Cancer du poumon. Pendant ce temps, on entend la voix de l'annonceur qui dit : « Les maladies causées par la fumée secondaire. On sait jamais ce qu'on peut poigner dans une soirée... » (SC, 2002, 3-j-8)

La jeune femme refuse d'être contaminée par la fumée secondaire, la cigarette empêche le rituel de séduction. Cette publicité joue donc des peurs culturelles du moment (elle date de 2002). Le slogan « On sait jamais ce qu'on peut poigner dans une soirée... » suggère que les « Maladies causées par la fumée secondaire » (« MCF ») appartiendraient à la même catégorie que les ITS (ce que renforce par ailleurs l'utilisation d'un sigle), des maladies repoussantes et évitables pour peu que l'on soit vigilant. De ce fait, cette publicité sous-entend que toute jeune fille devrait être aussi précautionneuse à l'égard de la fumée secondaire qu'elle l'est en matière d'ITS. L'analogie avec les ITS est particulièrement évocatrice quand on sait à quel point la peur du SIDA a installé un climat de terreur à la fin du XX^e siècle (ce qui est beaucoup moins vrai de nos jours). L'angoisse sociétale autour des ITS a profondément marqué une génération, façonné son rapport à la sexualité et transformé ses pratiques. La mobilisation d'un tel imaginaire n'a donc rien d'anodin et exprime parfaitement l'ambition corollaire en matière de tabagisme.

On ne peut contrôler la fumée, elle ne se plie pas à notre volonté. Au contraire, elle apparaît omnipotente, voire dotée d'une volonté et malice propre. Pour se prémunir de la toxicité de la fumée, il faut en éliminer la source, le tabagisme en général. L'existence même du tabagisme constitue en fait la pollution. Pas besoin de *voir* la fumée pour être contaminé, l'important est d'associer toxicité et cigarette. La publicité du ministère de la Santé et des Services sociaux promouvant la loi en vertu de laquelle les produits du tabac ne seront plus visibles aux points de vente (2008) donne ainsi à entendre que le fait de cacher du regard les cigarettes prévient leur pouvoir de contamination. Ce spot énumère sur fond noir tous les organes du corps contaminés par le tabac —« loin des yeux, loin du cœur, des poumons, etc. » — pour conclure que « parce que la santé nous tient à cœur, à partir du 31 mai, les produits du tabac ne seront plus visibles aux points de vente » (MSSS, 4-f-4). Le postulat de la toxicité immanente du tabac étant établi, elle est virtuellement transposable à l'existence même du tabagisme, quand bien même elle ne se manifesterait que par un étalage de paquets de cigarettes.

S'immisçant dans le corps du fumeur, la pollution tabagique est alors représentée par l'imaginaire de la marée noire. La contamination dépeinte est cette fois très visuelle : le goudron souille chacun des organes du corps comme les hydrocarbures s'attaquent à un écosystème entier. Renvoyant aux images de cormorans englués dans le pétrole, les publicités anti-tabac dépeignent des organes atteints par le goudron : poumons noircis, dents tachées, gencives rongées, cœur sclérosé, vaisseaux sanguins contractés (SC, 3-h ; SC, 3-f), bien que le profane n'ait aucune conscience de ce à quoi devrait ressembler un cœur ou un poumon sain, la présentation des organes associée à l'imaginaire du goudron suffit à suggérer la responsabilité du tabac. Une autre image particulièrement frappante trouvée dans la documentation de Santé Canada vise à simuler l'accumulation de goudron dans les poumons en un an : « Imagine que tu verses sur ta main le goudron chaud utilisé pour

réparer les routes. Comment ta peau va-t-elle réagir selon toi? Et tes poumons? » (SC, 3-b) Cette interrogation est accompagnée d'une photo intitulée « Image dégoûtante no 5 » qui représente une scène d'autopsie, un médecin légiste tenant au-dessus d'un bac chirurgical un bout de chair sanguinolente, qu'on imagine être des poumons, recouvert de goudron dégoulinant (SC, 3-b; cf. annexes chapitre 5, 5) L'image n'est en aucun cas réaliste, sans l'établissement de la convention *tabac-pollution-goudron*, cette photo représenterait simplement un litre de peinture noire versée sur un steak. L'exagération grossière importe peu, il n'est pas nécessaire d'autopsier de réels poumons de fumeur, dont les lésions n'apparaîtraient par ailleurs qu'à un œil averti, ce qui compte c'est de suggérer que fumer revient à avaler un litre de goudron chaud.

Si tu fumes un paquet par jour pendant un an, tu auras aspiré cette quantité de goudron dans tes poumons :

- une certaine quantité est expirée (mauvaise haleine);
- une certaine quantité est crachée par les poumons;
- une certaine quantité reste dans les poumons.

Si c'est la quantité de goudron qui s'accumule chaque année dans les poumons d'une personne qui fume un paquet par jour, imagine la quantité qui se retrouvera dans ton corps si tu fumes jusqu'à l'âge de 30 ans... Multiplie par 15 ce que tu vois dans la photo par exemple. Quinze vases à bec remplis de goudron!

- Chaque cigarette que tu fumes endommage tes poumons et ton corps.
- Ces dommages s'accumulent avec le temps comme un tas de déchets.
- Lorsque le tas est trop haut, il s'effondre – tu peux faire une crise cardiaque ou avoir un cancer ou une infection grave dans ta bouche qui fait tomber tes dents, par exemple. (SC, 3-b)

La démonstration de la pollution que fait subir le tabagisme au corps passe ainsi plus par le dégoût que par la diffusion d'informations sur les risques encourus. Une autre campagne initiée par le MSSS à destination des adolescents est tout à fait explicite à ce propos. La campagne a pour slogan « Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette! » et propose aux jeunes de trouver des équivalents en

termes de dégoût aux cigarettes. Un des spots télévisés de la campagne met ainsi en scène un adolescent proposant une cigarette à une de ces camarades, laquelle lui répond avec morgue : « Non, mais aurais-tu à la place un sandwich au pain moisi avec de la bouffe de chat, des vers de terre, des ongles d'orteils puis une bonne couche de morve? C'est quand même moins dégoué, non? » (MSSS, 2011, 4-f-6). Alors que la conception du tabagisme comme pollution passait par l'idée d'une contamination des espaces et des corps manifestée par des maladies, ici plus besoin du recours à la maladie pour associer le caractère dégoutant du tabagisme. Le tabagisme est intrinsèquement « dégoué ». Il faut dégouter du tabagisme car il cause de maladies, mais en l'occurrence l'inspiration du dégoût ne s'embarrasse plus de la maladie. Pensons par exemple aux publicités récemment mises en ligne (2013) par le ministère de la santé ontarien comparant le tabagisme à des flatulences (OHM, 15), ou encore à « l'expérience "Magane pas tes organes" », mise en ligne sur Facebook dans le cadre de la campagne « Y'a rien de plus dégoué qu'une cigarette » (MSSS, 4-f-6) du MSSS : « on ne va pas vous parler de maladie mais vous montrer les traces que laisse une seule cigarette » (MSSS, 4-f-6-a).

Toute la difficulté du marketing anti-tabac est en effet de distiller un sens de la maladie à des sujets « sains », a fortiori à des jeunes. Comment alors convaincre que chaque cigarette qu'ils fument sème les graines d'une maladie qu'ils contracteront éventuellement dans des dizaines d'années? Un premier moyen est de simuler l'évolution future des organes sous l'influence du tabagisme. Les publicités susmentionnées montrant des organes noircis participent ainsi de cette projection du futur dans le présent. Un autre moyen est le recours à des récits de types de la parabole ou de l'apologue. Une publicité de Santé Canada procède ainsi en mettant en scène deux vies affectées par le tabagisme :

HEATHER: J'ai été serveuse pendant 40 ans.

BARB: J'étais mannequin. Je portais des vêtements griffés.

HEATHER: J'ai jamais fumé. J'étais non-fumeuse.

BARB: À la fin du secondaire 3, je fumais déjà un paquet par jour.

HEATHER: L'air était bleu où je travaillais...et je suis en train de mourir d'un cancer du poumon causé par la fumée secondaire.

BARB: Aujourd'hui, j'ai 41 ans et je suis en train de mourir d'un cancer parce que j'étais accro à la cigarette.

FADE TO SUPER: Chaque année, le tabac tue plus de 45 000 personnes au Canada.

FAITES QUE CE NE SOIT PAS VOUS. (SC, 3-j-9)

La leçon de cette histoire est ainsi « N'attendez pas que cela vous arrive » (SC, 3-j-9). La mise en scène du regret doit servir d'avertissement à la nouvelle génération de fumeurs. Les jeunes étant généralement rétifs à ce type de démarche moralisatrice, une autre stratégie consiste à simuler ce futur directement sur des corps jeunes et sains par informatique. Dans ce cas l'utilisation de *Adobe photoshop* est exactement inverse à celle qui en est dans la publicité commerciale. Généralement utilisé pour gommer les « défauts » des sujets représentés, dans le cadre du contremarketing ce logiciel sert au contraire à les faire apparaître et à les souligner. Un exemple est celui de la campagne « ça ne peut pas m'arriver » de Santé Canada (SC, 3-f, cf. annexes chapitre 5, 6). Elle consiste en une photo d'une jeune fille tenant une cigarette, retouchée pour faire apparaître en transparence les différents dégâts causés à chaque partie de son corps par la cigarette : « Dépendance, Maladie pulmonaire, Problèmes de la bouche, Ulcères d'estomac, Cancer de la gorge, Lésions cutanées, Maladies cardiaques, Psoriasis, Rides, Cataractes. » (SC, 3-f) Cette publicité fait apparaître deux choses invisibles : le futur, en transposant les effets à long terme du tabagisme sur un corps juvénile, et l'intérieur du corps, ramené à la surface, l'informatique permettant de reproduire une vision radiographique. Sur le fond, cette publicité met sur le même plan différentes conséquences du tabagisme. Les rides et autres taches sur les dents y apparaissent comme des problèmes au même titre que le cancer; ulcères, psoriasis, cataractes et mauvaise haleine sont de même nature, à savoir des problèmes évitables en s'abstenant de fumer. Sur la forme, cette campagne mobilise l'imaginaire du mort-vivant. La jeune et jolie jeune fille se transforme en véritable zombie sous le coup de la

simulation informatique de risques associés au tabagisme. La contamination du tabac produit donc une hybridation du fumeur avec sa cigarette, la souillure de la cigarette le transformant en un corps monstrueux. Ainsi la publicité « Laisse-toi pas prendre » du MSSS (2009) met-elle en scène un jeune garçon se faisant littéralement attaquer par des cigarettes. Une fois « pris », les dégâts seront irrémédiables.

Un garçon d'environ 12 ans est assis sur un banc devant un mur de béton avec des graffitis. Il fume sa première cigarette. Après l'avoir éteint en l'écrasant par terre, il met ses écouteurs sur ses oreilles. La cigarette qu'il a écrasée se relève soudainement et commence à lui grimper sur la jambe. Elle laisse des brûlures sur son jeans. D'autres cigarettes provenant du sol lui montent dessus [à la manière de milliers d'insectes rampants] tandis que d'autres tombent sur lui à partir du mur de béton. Le garçon se lève apeuré et essaie de s'en débarrasser. Il se met à courir, trébuche et tombe sur le sol.

Il est entouré de cigarette et il se met à hurler. L'image s'enfume et tout devient noir.

Voix masculine : Fais-toi pas prendre. La meilleure façon de s'en débarrasser, c'est de ne pas commencer. » (MSSS, 4-f-5)

Déjà en 1994, Santé Canada recourait à ce type de procédé en mettant en scène des adolescentes se transformant en cigarettes géantes le temps de l'inspiration d'une bouffée de tabac. Effrayées par l'expérience, ces dernières jetaient leur cigarette et allaient jouer au basket, accompagnées par une voix off concluant « t'es mieux au naturel! » (SC, 1994, 3-j-1). La mobilisation d'une logique de la contamination repose ainsi d'une part sur une mythologie du corps perçu comme « naturel » et donc intrinsèquement sain, et d'autre part sur un imaginaire de la mutation. La perversion des corps pervertit l'être.

Les fumeurs, si l'on met de côté la définition du tabagisme comme toxicomanie, ne sont en effet pas malades, il faut pourtant les convaincre qu'ils ne sont déjà plus en santé, qu'ils sont déjà contaminés, et que le plus vite ils mettront fin à cette contamination, le plus de chances ils auront de

s'épargner la monstruosité de leurs corps hybridés : « La toux est un signal de vos poumons qu'il est temps d'arrêter. » (SC, 3-i)

Les conséquences du tabagisme sur ta santé aujourd'hui, dans ta bouche, dans tes poumons, dans ton corps : mauvaise haleine, difficulté à respirer, teint gris ou jaunâtre, taches jaunes ou brunes sur tes dents, quantité insuffisante d'oxygène transmise au reste de ton corps, vaisseaux sanguins et artères bloqués, ce qui peut entraîner des troubles érectiles chez les jeunes hommes, infections des gencives. (SC, 3-b)

Tous ces « problèmes » servent ici de preuve de la contamination tabagique. Le tout est d'amener les fumeurs à prendre conscience du coût de chaque cigarette, si infime soit-il. Être essoufflé en montant les escaliers n'est pas un cancer mais c'est déjà un prix à payer. C'est donc sur un souci de soi extrêmement minutieux, pour ne pas dire paranoïaque, que joue le DAT. Aucune cigarette n'est sécuritaire, la pollution du tabac s'insinue partout, particulièrement au plus profond de soi-même : « Les avantages d'arrêter de fumer : tu protèges ton ADN et tu empêches tes cellules de s'endommager (et une tumeur de se développer) » (SC, 3-b). La mise entre parenthèses du risque de tumeur est ici remarquable. Le fumeur doit agir non pas dans la crainte de contracter une éventuelle maladie mortelle, mais en vertu des dommages qu'il s'inflige déjà à un niveau moléculaire. Le fumeur n'est pas malade et ne le sera peut-être jamais, mais il est déjà contaminé, hybridé, souillé, quand bien même à un niveau infinitésimal.

Ces campagnes empruntent ainsi les codes du film d'horreur — musique inquiétante, cris, morceaux de corps sanguinolents, immixtion du danger dans la sphère intime, victimes innocentes attaquées par le monstre-cigarette, ou elles-mêmes transformées en un double maléfique, perdant le contrôle sur leur corps et leur vie — et du mélodrame — le malheur qui s'abat sur un foyer, familles et destins brisés (« j'étais mannequin... »), etc. Elles recourent également aux éléments idéologiques

et normatifs habituellement utilisés dans la publicité commerciale, et plus significativement, à ceux utilisés par l'industrie du tabac.

Si la cigarette a ainsi pu être associée à l'image d'une vie meilleure, la prévention travaille aujourd'hui à en défaire l'évidence en utilisant des techniques identiques à celles de la publicité. Campagne après campagne, elle ne cesse en effet de prendre le contre-pied exact des promoteurs du tabac. Là où la cigarette était censée rendre l'individu séduisant et performant, la prévention se réapproprie le message pour en montrer le résultat inverse. (Constance et Peretti-Watel, 2011 : 69)

Le DAT s'emploie ainsi remarquablement à retourner les stéréotypes de genre mobilisés pour promouvoir le tabagisme. Ce marketing genré⁶³ met particulièrement en scène les mutilations que fait subir le tabagisme aux modèles de la femme fatale et du cowboy viril. En lieu et place de la femme fatale, les publicités anti-tabac s'adressant plus particulièrement aux jeunes filles dépeignent « la vieille et laide fumeuse » : « *Women's bodies are positioned as living embodiment of tobacco-related disease, used as instructive to young women that they risk losing their beauty and their health by taking up smoking* » (Haines-Saah, 2011: 196). Le tabagisme des femmes menace leur capital-beauté et leur capital-jeunesse, au fond leur capital-séduction. Longtemps considérée comme un symbole de sensualité, d'autonomie et de sexualité libérée, et promue comme telle, la cigarette apparaît désormais comme l'instrument de destruction de la féminité. La « jeune fille contaminée » (SC, 3-f ; Cf. annexes chapitre 5, 6) et la « vieille fumeuse laide » (SC, 3-i) agissent comme contrepoids au modèle de la non-fumeuse aux allures de top-modèle, autonome et active/sportive (Haines-Saah, 2011). La question esthétique est ainsi une ressource fondamentale pour influencer sur les comportements des femmes. À l'instar de la campagne de Santé Canada *Odrogue pour moi* qui

⁶³ Il existe également un marketing ethnique au Canada en matière de tabagisme, particulièrement ciblant les populations autochtones (premières nations et Inuits), avec des campagnes retranscrites en Inuktitut. Aux États-Unis, des publicités anti-tabac différentes ciblent les blancs, les asiatiques, les noirs et hispaniques (cf. Reid, 2005).

montre la décrépitude physique d'une jeune fille sous l'effet de la drogue (SC, 2010, 3-j-11), la publicité anti-tabac nous dit non pas que fumer tue, mais que fumer enlaidit, plus précisément que fumer transforme les jolies jeunes filles en vieilles femmes ridées. Le « visage du fumeur » (*Smoker Face*) est désormais une « pathologie associée » au tabagisme (SC, 3-b ; 3-f) : « Il faut savoir que tu peux développer un cancer, une maladie du cœur, le visage du fumeur et de l'emphysème ou même perdre des dents » (SC, 3-b).

Si ton visage ne reçoit pas assez d'oxygène, il peut devenir un « visage du fumeur ».

Qu'est-ce que le « visage du fumeur »?

Le « smoker's face » (ou visage du fumeur) est un vrai terme médical. Les symptômes sont : peau tannée grisâtre et jaunâtre; rides; la personne a l'air plus âgée qu'elle ne l'est.

Le visage du fumeur découle des dommages causés par la fumée de cigarette : le blocage des petits vaisseaux sanguins qui parsèment ta peau; une irrigation insuffisante de ta peau par le sang; les tissus sous-cutanés endommagés; une perte d'élasticité de ta peau. (SC, 3-b)

Véritable maladie avec des symptômes caractéristiques, le visage du fumeur est donc un risque concret qui pèse sur l'ensemble des fumeurs, mais menace plus spécifiquement les femmes. Renvoyant plus largement à un vieillissement de la peau, ce stigmatisme implique que le tabagisme « gâche » l'apparence physique en la vieillissant. En transposant l'image de femmes âgées sur des corps juvéniles, ce type de publicité s'appuie sur le modèle hégémonique de féminité dans nos sociétés (Haines-Saah, 2011). « Les fumeuses manquent d'attrait aux yeux des garçons » (SC, 3-e). Fumer n'est pas séduisant, car une femme âgée n'est pas désirable.

Si l'impératif esthétique pèse exclusivement sur les femmes, les hommes ne sont pas en reste quand il s'agit de faire du tabagisme un péril pesant sur les stéréotypes genres. Constituant pour l'industrie du tabac une ressource de choix, la virilité en devient à présent une victime. Les atteintes que porte le tabagisme à la virilité ne sont cependant pas des méfaits esthétiques. « Le tabagisme peut vous rendre impuissant » (SC, 3-h). Ce slogan apposé sur les paquets de cigarettes canadiens est

accompagné de l'image d'une cigarette « en berne » (cf. annexes chapitre, 7-a). S'il est désormais acquis que le tabagisme nuit à la « santé sexuelle », des hommes et des femmes, l'impératif de performance sexuelle demeure prépondérant chez les hommes.

Un dépôt collant s'accumule dans les vaisseaux sanguins. Le sang ne peut pas se rendre à ton pénis. Pas de sang. Pas d'érection.

- Un dépôt collant commence à se former dans tes vaisseaux sanguins dès la première cigarette que tu fumes.
- Ce dépôt s'accumule dans TOUS tes vaisseaux sanguins, incluant ceux qui transportent le sang à ton pénis.

Si tu fumes, un dépôt collant s'est déjà formé dans tes vaisseaux sanguins.

- Plus le nombre de cigarettes que tu fumes et le nombre d'années de tabagisme sont élevés, plus le dépôt collant est important dans tes vaisseaux sanguins.

À 20 ans, tu pourrais avoir des troubles érectiles. (SC, 3-b)

À travers cet extrait, il est manifeste que Santé Canada présuppose, à juste titre, que les jeunes garçons sont plus sensibles aux atteintes immédiates à leur virilité qu'au risque d'infarctus du myocarde à 40 ans. L'affront le plus humiliant fait au cowboy Marlboro n'est pas le cancer mais son impuissance. Dégradations visibles et invisibles du corps, imagerie de la « panne » ou de la vieillesse, tout concourt ici à dégrader l'identité du fumeur. Fumer nuit à la féminité et à la masculinité, le tabagisme mène donc à la disqualification sociale.

La fabrication du dégoût du tabac ne nécessite donc pas nécessairement de mobiliser une maladie avérée et particulièrement tragique. Elle construit des signes de la contamination tabagique (essoufflement, odeur, tâches sur les dents, etc.) qui deviennent dégoûtants par leur association même avec le tabagisme, et ainsi évitables donc anormaux. Ce qui est dégoûtant est dès lors de ne pas essayer de les éviter. Inversement, en reliant des *dégouts socialement disponibles* tels que la vieillesse ou la sous-performance au tabagisme, le DAT transfère leurs propriétés au tabagisme. Une

femme n'est pas ridée parce qu'elle est âgée, mais parce que le tabagisme a réduit l'élasticité de sa peau. Une femme est sensée avoir une peau lisse indéfiniment et un homme être disponible et performant sexuellement en toutes circonstances. Si les fumeurs ne se conforment pas à ces stéréotypes, la cause n'est pas à chercher dans l'inexactitude du modèle, mais dans une mutilation infligée par le tabac.

2- L'escalade de la violence

Ainsi, quand le marketing anti-tabac mobilise des figures de la maladie ce n'est pas pour informer des risques encourus en poursuivant dans cette consommation, mais pour utiliser la maladie comme « image dégoûtante ». Une comparaison des anciens et nouveaux messages sur les paquets cigarettes est à ce propos instructive. Les anciens avertissements (avant 2011) avaient introduit sur les paquets de cigarettes des « images dégoûtantes », telles que des « poumons dégoûtants » – « La cigarette cause le cancer du poumon », un « cerveau dégoûtant » – « La cigarette cause des accidents cérébrovasculaires », un « cœur dégoûtant » – « La cigarette, ça brise le cœur! », et une « bouche dégoûtante » – « La cigarette cause des maladies de la bouche » (SC, 3-h; cf. annexes chapitre 5, 7-b). Tous ces organes « dégoûtants » étaient pris en gros plan ou détachés du corps de l'individu fumeur contaminé par le tabac. Les fumeurs étaient dépeints dans leur intégrité physique : une femme fumant devant sa fille – « Vos enfants vous imitent », une femme enceinte tenant une cigarette – « La cigarette nuit au bébé », un homme toussant sa cigarette – « La cigarette vous coupe le souffle ». La démonstration de la toxicité du tabagisme passait ainsi par celle de ses effets sur des organes et sur l'entourage du fumeur (bébé, enfant). Seule l'image d'une personne sous respirateur artificiel – « La cigarette cause le cancer du poumon »- suggérait l'horreur de la maladie et de la mort.

Les nouveaux messages de Santé Canada apposés sur les paquets sont en revanche beaucoup plus violents (SC, 3-i; cf. annexes chapitre 5, 8). Exposant des images évoquant la mort, décrivant des personnes à l'agonie, gravement handicapées ou visiblement mutilées, ces messages visent explicitement à choquer leur audience. L'exposition de corps dégradés par la maladie ou violentés par une opération médicale (homme avec une trachéotomie – « Je n'aurais jamais dû commencer à fumer. », langue surinfectée – « Cancer de la bouche », œil ouvert par des pinces médicales de type forceps évoquant une scène du film *Orange Mécanique* – « Perte de la vue »), de fluides corporels – « Cancer de la vessie. », ou de cadavres à travers l'image d'un employé de pompes funèbres recouvrant un corps d'un linceul – « Un autre décès prématuré... »), produit un sentiment de répulsion d'autant plus fort qu'on ne peut comprendre ces images qu'à la lumière du texte qui les accompagne. Sans lui, ce ne sont que des images répugnantes ou terrifiantes, sans lien direct avec le tabagisme.

Dans les anciens avertissements, le texte avait une fonction de soulignage de l'image : par exemple, l'avertissement « Vos enfants vous imitent » accompagne une photo d'une enfant mimant le geste de sa mère en train de fumer à côté d'elle. Les images parlaient d'elles-mêmes, usaient de métaphores assez prosaïques et évidentes (imitation des enfants, cigarette et toux, etc.). Signifiant et signifié renvoyaient à la même idée, ce qui concorde avec les percepts du marketing social qui ambitionne d'être accessible à tous, y compris aux illettrés et aux allophones. Le lien avec le tabagisme n'avait en outre pas besoin d'être rappelé car une cigarette était présente à l'image. Dans les nouveaux messages, les images seules ne sont pas compréhensibles telles quelles. Ou, plus précisément, elles peuvent renvoyer à différents imaginaires, dans la mesure où aucune cigarette n'apparaît sur ces images. L'image de la personne âgée sous oxygénothérapie par voie nasale – « Respirer, c'est l'enfer » – peut simplement suggérer les maladies associées au vieillissement; le

jeune homme tétraplégique manipulé par un infirmier – « Un AVC suffirait à vous enlever votre autonomie » – peut évoquer à un accident de la route, quant au sang dans la cuvette des toilettes, la cigarette est loin d'être la référence la plus évidente. Enfin, les deux photos de Barb Tarbox à l'agonie – « Voyez ce que la cigarette a fait de moi. Souvenez-vous de ce visage et rappelez-vous que c'est la cigarette qui m'a tuée. » et « Cancer du poumon — dernier regard. » – renvoient immédiatement à un imaginaire d'une violence inouïe, évidemment la représentation d'un cancer en phase terminale quel qu'il soit, mais également à l'imaginaire du SIDA, à la représentation des personnes sidéennes, et plus largement à des images de la mort incarnée, telle que la représentent les images des camps ou de la famine.

L'association de ces images avec le tabagisme n'a rien d'automatique, toute l'ambition de ce type de campagnes est de la fabriquer. Ces images procèdent d'une stratégie du choc, elles suscitent un profond malaise, attirent l'attention du destinataire, puis attribuent un sens à ce malaise en expliquant textuellement le lien entre ces images et le tabagisme.

Ces taches blanches révèlent un cancer de la bouche, surtout causé par le tabagisme. Même si vous échappiez à la mort, vous pourriez perdre une partie ou la totalité de votre langue.

« J'avais 48 ans quand j'ai appris que je souffrais du cancer du larynx. On m'a retiré les cordes vocales. Depuis, je respire par un trou dans la gorge. » – *Leroy*

Les substances toxiques dans la fumée du tabac endommagent la paroi de la vessie, ce qui cause le cancer. Le symptôme le plus courant est le sang dans l'urine. »

Barb Tarbox est décédée à 42 ans d'un cancer du poumon causé par la cigarette. (SC, 3-i)

La mobilisation de ces imaginaires de la maladie, de la douleur, de l'agonie, du deuil, dans le but de susciter le malaise demeure perturbante. Ce sont en effet ces imaginaires qui provoquent une sensation désagréable, pas le tabagisme en lui-même. On comprend bien les raisons qui motivent de conditionner des publics, fumeurs ou non-fumeurs par ailleurs, à associer des sensations désagréables à la consommation de tabac. L'exemple du personnage de Barb Tarbox est cependant

extrêmement troublant. Fumeuse compulsive jusqu'à son décès à 42 ans en 2003, cette canadienne est devenue, suite au diagnostic de son cancer du poumon, une militante anti-tabac acharnée et la porte-drapeau de la stratégie anti-tabac du gouvernement fédéral. Appelant de ses vœux la publicisation de son agonie, elle avait ainsi autorisé la diffusion de photos d'elle au crépuscule de sa vie dans le but de lutter contre le tabagisme⁶⁴. Ancienne reine de beauté convertie en conférencière habitée, elle est ainsi devenue, par-delà la mort, l'égérie de l'anti-tabagisme canadien en personnalisant l'horreur du tabagisme. La spectacularisation de sa maladie à travers l'exhibition des stigmates du tabagisme a cependant quelque chose d'obsène. La disparition de sa personne derrière son personnage, est explicite dans son pseudonyme, littéralement Barb *Boîte de goudron*. Barb n'est plus que ce corps monstrueux, rempli de goudron; elle devient la *preuve vivante* des méfaits du tabac. Non seulement cette démarche confine à l'exhibitionnisme, cette personne trouvant dans l'agonie tabagique sa *raison d'être*, mais encore le spectacle offert de la maladie est des plus dégradant. Il ne s'agit pas de dire que l'expérience de la maladie est souhaitable ou agréable, on ne peut cependant qu'être gêné par la réduction des malades à leur maladie que ce type d'entreprise promeut. Les malades du cancer en phase terminale ne seraient-ils que des réceptacles de leurs tumeurs, des incarnations vivantes de l'abjection de la fin de vie? À l'heure où la question de la dignité humaine se pose avec force dans le cadre de la gestion de la fin de vie, l'instrumentalisation de la maladie et de la mort, quand bien même à des fins louables, se révèle pernicieuse. Le dégoût du tabagisme se fabrique en effet aux dépens de la dignité des malades. Représentée uniquement par la monstruosité

⁶⁴ Cf. annexes SC, 3-i. La fin de vie de Barb Tarbox a par ailleurs donné lieu à la publication d'un livre intitulé *Barb's Miracle: How Barb Tarbox Transformed Her Deadly Cancer into a Lifesaving Crusade*, (Staples et Southam, 2004). Les photos sont disponibles en ligne, http://caj.ca/wp-content/uploads/2010/mediamag/awards2004/cajAwards/theAwards/08_photoJ/Miracle/pages/00.html, page consultée le 15/01/2013. Les deux photos les plus frappantes dépeignent Barb endormie une cigarette à la main dans le service de soins palliatifs et une de ses amies essayant de la faire manger alors qu'elle n'en a visiblement plus la force.

de leurs corps, leur existence rendue abjecte n'aurait alors plus d'autre utilité que celle de servir de repoussoir.

Si l'exemple de Barb Tarbox apparaît extrême, il demeure représentatif d'une méthode. Le dégoût du tabagisme se construit en effet par le biais de l'instrumentalisation de dégoûts culturellement disponibles. Le problème de la contamination tabagique est qu'elle est invisible et qu'elle ne porte ses fruits que de nombreuses années après l'initiation du comportement. Elle doit alors être mise en scène au travers de corps monstrueux, de récits édifiants fonctionnant, à la manière de paraboles ou de contes, sur l'établissement de la certitude du châtement, laquelle révèle en retour la vérité de la norme. Tout le sens de l'existence du fumeur est contenu dans son tabagisme. Le corps ravagé et l'existence brisée de Barb Tarbox trouvent leur salut, mais cette dernière reste une fumeuse jusqu'à la fin (en témoignent les photos) bien que convertie à l'anti-tabagisme.

Produit dégoûtant, polluant, toxique, la cigarette produit des corps monstrueux et grotesques. À ce stade on ne sait plus bien si les conséquences du tabagisme sont dégoûtantes parce qu'elles sont des maladies, ou bien si elles sont des maladies parce qu'elles sont dégoûtantes. L'instrumentalisation des figures de la maladie, du handicap et de la mort tranche la question. Le DAT cherche à dégouter du tabac, en dramatisant, en mettant en scène de manière dégradante des figures de la maladie, de la mort, du handicap, mais également de la vieillesse, de la laideur, de la sous-performance ou de l'indignité parentale. Deux avertissements jouent en effet sur cette corde : « La dépendance au tabac touche aussi les proches » (cf. SC, 3-i) qui montre une femme âgée et amaigrie sous oxygénothérapie par voie nasale à côté de sa fille qui fume : « Fumeuses de mère en fille... La nicotine du tabac crée la dépendance. », « La santé de vos enfants est entre vos mains. », dépeignant un enfant photographié en plongée portant un masque à oxygène avec pour sous-texte :

« La fumée secondaire aggrave et multiplie les crises d’asthme chez les enfants », ou encore « La fumée du tabac n’épargne personne. » montrant un berceau vide, le sous-texte « Le nouveau-né exposé à la fumée du tabac court plus de risques de succomber du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) » impliquant que si ce berceau est vide c’est à cause du tabagisme. « Le statut de la cigarette dans notre société doit être transformé de façon qu’il soit à la mesure des conséquences sanitaires, économiques et sociales de la consommation de ce produit. » (MSSS, 2006 : 23) L’emploi d’une rhétorique toujours plus violente constituerait ainsi un rééquilibrage de la représentation du tabagisme à hauteur de ses conséquences. L’ampleur du stigmatisme s’accroît parallèlement. Le tabagisme est repoussant car les malades sont repoussants, car les fumeurs sont repoussants.

The representation of smokers as unhealthy, dirty, lacking pride in themselves, physically unappealing, outcasts and harming others’ health, all work to stigmatize smokers, representing them not only as a threat to themselves but as endangering public health. (Lupton, 1995: 117)

Mobilisant des scripts culturels anxiogènes (pollution, contaminations, ITS, zombies, etc.), organisant une dialectique de la victimisation et de la culpabilisation (enfants innocents- mères indignes), empruntant les codes du film d’horreur ou du mélodrame, les campagnes anti-tabac jouent ainsi, de plus en plus fort, sur les émotions. Le sanctuaire domestique violé par la fumée se transforme en champ de bataille (le bébé est attaqué par la fumée) ; le corps naturel, souillé par des hydrocarbures, devient un dépotoir à ordures, hybridé par la pollution qui l’accable. Enfin, le fumeur devient cet autre monstrueux (utilisation de corps monstrueux et *monstrualisation* des corps malades), une abomination, un être déshumanisé. L’espace du foyer ou du corps est ainsi intrinsèquement considéré comme sain est sauf et le demeurerait s’il n’en était pas de l’action inconsidérée du fumeur. La maladie se trouve en quelque sorte extériorisée des corps pour mieux habiter les comportements individuels.

A dualism is routinely constructed in health promotional campaigns between the civilized body and the grotesque body. The grotesque body is commonly vividly represented, often visually, as horror of flesh-out-of-control: the beer belly, the ugly, wrinkled face, the distorted lip, the helpless, disabled body in the wheelchair, the entrapped addict. These images provide visual evidence to support a moral tale: this is what will happen to your body if you are not careful. In contrast, the civilized body is that which will be achieved and preserved through the regimens of health promotion, with due application of personal control and continuous attention and awareness of the potential of the body to revolt. (Lupton, 1995: 120)

3- La « cigarette-arme » et le crime tabagique

Dans cette rhétorique de la violence, la cigarette n'est pas seulement le vecteur de la pollution environnementale et corporelle, elle devient une arme, soit un vecteur de violence. Dans la veine de la rhétorique de la pollution et de la contamination, mais matinée de malveillance, la cigarette désormais qualifiée de « mélange de produits chimiques » (DF, 8) rentre alors dans l'imaginaire très contemporain du bioterrorisme et des armes bactériologiques. La publicité de « Compteur de morts » de *De Facto*⁶⁵ de 2003 (retirée par la suite), présente ainsi une comparaison, compteur de mort à l'appui, du nombre de morts lors des attentats du 11 septembre, de l'utilisation d'armes chimiques au Kurdistan par Saddam Hussein, à Hiroshima, et du nombre de morts causé par les produits du tabac. Le spot, particulièrement perturbant, monte successivement des plans des avions percutant le World Trade Center, des cadavres kurdes, d'un champignon atomique, pour terminer sur un compteur qui tourne en continu, dépassant les 5 millions de morts (soit plus que la

⁶⁵ « De facto c'est quoi? De facto, la vérité sans filtre se distingue par ses messages non traditionnels qui révèlent la vérité sur l'industrie du tabac et ses produits plutôt que de pointer la consommation du tabac chez les individus.

De facto dénonce une industrie qui :

- Fait des milliards de profits en vendant des produits inutiles, toxiques et mortels.
- Commercialise des produits très attrayants pour les jeunes.
- Utilise plusieurs stratégies de marketing pour recruter de nouveaux jeunes fumeurs.
- S'oppose à toutes les législations anti-tabac qui pourraient nuire à « leurs affaires ».
- A nié pendant des années que ses produits étaient nocifs et que la nicotine créait une dépendance, bien que leurs documents internes démontraient le contraire. » (De Facto, 8)

somme de toutes les tragédies évoquées), le tout sur fond de musique stressante terminant sur un bruit de sirène d'alarme (DF, 8-b). Le choc des images associé à l'augmentation des chiffres sur le compteur est insoutenable. Par là, le tabagisme ne se retrouve pas seulement dans le champ du terrorisme et des crimes contre l'humanité, il les surpasse dans l'horreur. Le fait de mettre sur le même plan de ces meurtres de masses et le tabagisme est certainement contestable et explique que le spot ait été retiré de la diffusion télévisuelle. En outre, l'utilisation de méthode comptable pour caractériser une échelle de l'horreur est parfaitement révoltante. Elle caractérise cependant une escalade de la violence dans la représentation du tabagisme, dont la mortalité associée n'est plus seulement évitable, elle constitue un homicide volontaire, un meurtre de sang-froid, une violation des principes fondamentaux des sociétés humaines. La cigarette est une arme conçue pour tuer massivement. Une autre campagne met ainsi en scène une grenade customisée (en or, sertie de diamant, colorée, recouverte de chocolat, etc.) afin de symboliser les cigarettes emballées de manière à attirer le client et à dissimuler leur vraie nature : « L'industrie du tabac vend ses produits dans des paquets au look attrayant pour les jeunes des produits qui provoque la mort de 5 millions de personnes par année (*à ces mots la grenade apparaît sous son aspect naturel*). Bien emballés tout aussi meurtriers ». (DF, 8-g)

Cette approche de la cigarette comme une arme meurtrière et du tabagisme comme un crime, se retrouve également, à un moindre niveau, dans tout le DAT notamment par l'utilisation récurrente du verbe « tuer » : « fumer tue une personne sur deux », « *Dormir avec un tueur* » (SC, 3-d), etc. Les campagnes d'affichages et télévisuelles de Santé Canada contre la fumée secondaire font par exemple des personnes qui y sont exposées des « cibles » d'une fumée meurtrière.

La fumée secondaire peut vous tuer. Demandez à Heather : Heather n'a jamais fumé, mais elle a travaillé dans des restaurants enfumés. Maintenant, elle se meurt d'un cancer du poumon.

Certaines compagnies de tabac disent que la fumée secondaire dérange les gens. Santé Canada affirme qu'elle tue. Refusez d'être une cible. (SC, 3-j-3)

TEXTE : Plus d'un million d'enfants sont exposés à la fumée secondaire chaque jour.

Les ronds de fumée se transforment lentement en cible et s'arrêtent sur les enfants.

ANNONCEUR : Ne laissez pas vos enfants en être la cible. SVP. Faites de votre maison un endroit sans fumée. » (SC, 3-j-2 ; 3-j-4)

Cette rhétorique du crime, de la malfeasance intentionnelle, « ciblée », vise indéniablement à faire réagir les publics. Elle appelle à un sursaut de protection de ses proches et de son foyer – « S'il vous plaît, faites de votre maison un endroit sans fumée » (SC, 3-j-2; 3-j-4). Et ultimement, elle promeut une réaction de résistance et d'autodéfense.

Un article destiné à informer des dangers de la fumée secondaire publie plusieurs affiches anti-tabac plus explicites encore (Laballestrier, 2012). Une première affiche présente de la fumée s'échappant d'une cigarette qui prend la forme d'un revolver pointant un jeune enfant ayant manifestement pleuré se tenant la poitrine avec la main, comme s'il avait été frappé en plein cœur : « 165 000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année d'infections des voies respiratoires inférieures causées par la FTE. » (Laballestrier, 2012 : 33 ; cf. annexes chapitre 5, 9-a). Ensuite, l'article présente une image d'un revolver au barillet ouvert dans lequel chaque chambre est chargée d'une cigarette (Laballestrier, 2012 : 34 ; cf. annexes chapitre 5, 9-b). Enfin, l'article se conclut sur l'affiche d'une petite fille blonde, angélique, regardant au loin, auréolée d'un rond de fumée dont la source se situe à l'extérieur du cadre et pour message : « *some children get to heaven earlier* » (Laballestrier, 2012 : 35 ; cf. annexes chapitre 5, 9-c). Le sous-texte explique cette image de la manière suivante : « Parce qu'ils inhalent de manière involontaire le courant secondaire de la fumée du tabac, les enfants subissent les conséquences dramatiques des cigarettes fumées par leurs aînés. » Ces images d'enfants meurtris par la fumée de cigarette, de balles-cigarettes et enfin d'enfants assassinés devenus anges servent à appuyer le propos de l'article qui ne se contente pas suggérer que la fumée

secondaire serait nocive pour les enfants. Il dénonce une véritable violence à l'égard des enfants. Cette représentation de la violence tabagique suggère l'intention. Les victimes du tabagisme ne sont pas accidentelles. Le tabagisme passif tue des enfants, délibérément, à l'image d'une arme que l'on pointe sur eux.

Ce type de cadrage du problème du tabagisme appuyé par une mise en scène mélodramatique, participe d'une logique de victimisation. Des fumeurs tout d'abord, victimes d'un massacre sciemment organisé, mais également de victimes *innocentes, victimes collatérales* ou martyrs, néanmoins cibles de la cigarette létale. La retranscription suivante d'un spot télévisé de Santé Canada illustre tout à fait cette logique de « réalisation dramatique » (Goffman, 1973). Il présente l'histoire d'Heather Crowe, digne travailleuse de classe populaire victime de la fumée secondaire, à grand renfort de gros plans sur son visage âgé et triste ; les couleurs sont désaturées, sombres, le fond musical est un air de piano mélancolique.

HEATHER CROWE. N'A JAMAIS FUMÉ. SE MEURT DU CANCER.

DIFFÉRENTS PLANS DE HEATHER CROWE DANS UNE SALLE À MANGER DE RESTAURANT ÉCLAIRÉE SOBREMENT.

J'ai été serveuse pendant 40 ans pour subvenir à mes besoins et à ceux de ma fille ... Le médecin m'a dit que j'avais le cancer des fumeurs et... je vais mourir bientôt...

LES PLANS LARGES ALTERNENT AVEC LES PLANS SERRÉS.

Je n'ai jamais fumé de toute ma vie...jamais...Mais l'air était très enfumé partout où j'ai travaillé...

FONDU AUX RONDS DE FUMÉE EN FORME DE CIBLE

... et je suis en train de mourir d'un cancer du poumon causé par la fumée secondaire.

CERTAINES COMPAGNIES DE TABAC DISENT QUE LA FUMÉE SECONDAIRE DÉRANGE LES GENS.

SANTÉ CANADA AFFIRME QU'ELLE TUE.

REFUSEZ D'ÊTRE UNE CIBLE. » (SC, 3-j-3)

Si le caractère létal de la cigarette et ses victimes sont bien établis, la conceptualisation de la cigarette comme arme pose la question de la culpabilité du crime tabagique. Qui tient l'arme de destruction massive qu'est le tabagisme? Connu pour ses publicités coup-de-poing, le projet *De Facto*⁶⁶ (8) établit clairement à qui revient la culpabilité du problème. « S'inspirant du contremarketing du tabac, *De Facto* révèle de façon percutante la vérité sur les produits du tabac et sur leurs conséquences trop souvent banalisées. » (DF, 8-a) Sous-titré « *la vérité sans filtre* » ce projet vise essentiellement la dénormalisation des produits du tabac auprès des jeunes. Pour ce faire, il s'appuie sur un marketing agressif, calqué sur les pratiques militantes et l'activisme à tendance révolutionnaire. Mobilisant le *nec plus ultra* du marketing actuel, notamment les techniques de *design* industriel et de graphisme (site internet au graphisme léché, rempli d'animations avec notamment celle d'un corbillard qui déverse des corps dans un trou en forme de baromètre [DF, 8]), il tend à ringardiser les campagnes classiques. Il procède en effet d'une dénormalisation offensive des produits du tabac explicitement dirigée *contre* l'industrie du tabac.

Les produits du tabac génèrent 26 milliards de profits dans le monde et tuent 5 millions de personnes par année. Toutes les 6,5 secondes une personne meurt d'une cause liée au tabac, depuis le début de ce message, 3 personnes sont mortes ! (*Silence pendant quelques secondes*)... une autre personne est morte ! Leur richesse nous tue ! (DF, 2009, 8-c)

L'industrie du tabac a dépensé plusieurs millions de dollars pour associer leurs produits à la minceur et à la mode. C'est du marketing ! (*Répété en écho*) En moyenne 8 personnes sur dix qui sont exposées à ce mélange de produits chimiques deviennent dépendantes. Les produits de l'industrie du tabac, leur marketing de la minceur nous tue ! (DF, 2009, 8-d)

Chaque année, les scènes de tabagisme présentées dans les films hollywoodiens génèrent des profits de plus de 894 millions de dollars à l'industrie du tabac. C'est de la manipulation! (*Répété en écho*) L'industrie du tabac investit des millions pour donner l'impression que fumer

⁶⁶ « Le projet *De Facto* innove en abordant la prévention du tabagisme sous un angle unique, qui prend en compte les enjeux liés au marketing des produits du tabac, plus particulièrement auprès des jeunes. Fruit de l'évolution d'une expérience-pilote en cours dans la région de Québec et Chaudière-Appalaches depuis 2003, le projet est coordonné depuis 2007 par la Fédération québécoise du sport étudiant (FQSE) et son réseau d'associations régionales. » (D, 8-a)

est glamour. Ils veulent notre mort ou quoi ? Mais c'est la dépendance la maladie et la mort que les produits du tabac engendrent (*Répété en écho*) Leur succès nous tue! (DF, 2009, 8-e)

En somme, pour faire des profits, l'industrie du tabac nous manipule via son marketing et sa corruption du cinéma et, ultimement, « nous tue ». « Ils veulent notre mort ou quoi ? » Poser la question c'est ainsi y répondre. L'industrie du tabac veut notre mort car cela lui rapporte gros. « Bien que la législation restreigne ses actions publicitaires, l'industrie du tabac continue de mettre de l'avant des stratégies de marketing et de mise en marche visant à maintenir et même accroître sa clientèle. » (DF, 8-a) Le mandat de *De Facto* correspond alors à une entreprise de diabolisation de l'industrie du tabac. Le spot « Y a-t-il vraiment de quoi célébrer ? » met par exemple en scène une adolescente allant dans un terrain vague pour fumer avec en plans de coupe des cadres qui se congratulent. Une de ces figures du grand patronat affiche un sourire carnassier alors que la jeune fille lance un regard triste à la caméra (DF, 8-f). Les campagnes de *De Facto* utilisent ainsi un discours de révolte contre le *grand capital*. Une autre campagne intitulée « Voleurs de vie » présente ainsi un jeune *graffeur* qui vandalise l'affiche d'un grand patron : « Les produits du tabac enrichissent leur industrie de 31 milliards de dollars par année... et tuent une personne toutes les 6 secondes. Fabriquer la mort, c'est une honte ! » (DF, 8-h). Ces spots mettent en scène des victimes innocentes, astreintes à fumer, à la merci de patrons voraces faisant du profit sur leur mort – « Leur richesse nous tue ! », « Leur succès nous tue ! » - face à des héros rebelles, voire révolutionnaires. Il s'agit de mettre au jour le complot de l'industrie du tabac, de révéler la « vérité », pour mieux le mettre à bas.

Les campagnes de *De Facto* ne laissent aucune ambiguïté quant à la culpabilité du problème du tabagisme – la cigarette est une arme au service de l'industrie du tabac. Cependant, si le fumeur n'apparaît pas comme le coupable principal du tabagisme, il reste néanmoins la cible exclusive du DAT. Plusieurs campagnes associent en effet la cigarette à une arme sans pour autant identifier le meurtrier. Le porteur de l'« arme » n'est pas clairement identifié, en revanche on sait qui tient la

cigarette. Aux prises avec un véritable processus de disqualification sociale, le fumeur demeure *l'homme à abattre*.

B) ... au dégoût du Fumeur

Nous avons vu que l'axe principal du DAT consiste à fabriquer un dégoût du tabagisme. Le dégoût de la cigarette n'est en effet pas donné. Il se construit premièrement contre la promotion du tabagisme qui a tenu la dragée haute pendant l'essentiel du XX^e siècle. Ensuite, il se fonde sur des conséquences futures et éventuelles, autrement dit, il doit manifester quelque chose qui n'existe pas encore et qui n'existera peut-être jamais. Il doit donc mettre en scène et simuler les sources du dégoût en associant le tabagisme et, par ricochet ou sans ambages, le fumeur, à des images ou des attitudes « dégoûtantes ». Le DAT offre donc un portrait des fumeurs peu flatteur. La stigmatisation des fumeurs n'est pas une conséquence fortuite de la mise en place du DAT, elle en est un des ressorts fondamentaux. Si la profitabilité en termes de santé publique de l'utilisation du stigmaté est plus ou moins interprétée favorablement, elle demeure une dimension fondamentale du DAT (Bayer, 2008 ; Chapman et Freeman, 2008 ; Stuber et *al.*, 2008 ; Peretti-Watel, 2010, Bell et *al.*, 2010).

Le sociologue Erving Goffman définit le stigmaté comme un « attribut qui jette un discrédit profond » sur un individu et souligne la normalité de ceux qui en sont dépourvus (Goffman, 1975 : 13). Le stigmaté du tabagisme renvoie, selon la définition de Goffman, à ceux qui correspondent aux « tares du caractère qui, aux yeux d'autrui, prennent l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté, et dont on infère l'existence chez un individu parce que l'on sait qu'il est », en l'occurrence, fumeur (Goffman, 1975 : 14). Le tabagisme fait désormais partie de ces « conduites à risque désignées à l'opprobre, [...] comme le signe d'une infériorité morale » (Peretti-Watel, 2010 : 79). Ainsi, et si la dénormalisation du

tabagisme repose sur l'établissement et la mise en exergue de l'infériorité physique qu'il provoque, c'est finalement l'infériorité morale du fumeur qui est patente. Le processus de stigmatisation du fumeur apparait dans le DAT sur trois dimensions : la démonstration de l'infériorité morale du fumeur (idiot, faible, drogué), la construction du fumeur comme un être repoussant (un paria), puis comme un agresseur. La stigmatisation du fumeur repose donc sur une disqualification sociale du fumeur puis la criminalisation du comportement.

1- *Le fumeur, un être moralement inférieur*

En premier lieu, le fumeur apparait dans le DAT comme le « dindon de farce ». Floué par l'industrie du tabac, puis à la merci de l'appétence de son corps pour la nicotine, le fumeur est un être faible, extro-déterminé, c'est-à-dire qu'il n'est capable d'aucune autonomie dans ces choix. Le fumeur est un être sous tutelle, un être incomplet, un être *dépendant* au sens large. Le principe même du *contremarketing* implique que le tabagisme est le produit de pressions extérieures, mais également que les fumeurs commencent à fumer car ils ne connaissent pas les conséquences néfastes du tabagisme, soigneusement dissimulées par l'industrie du tabac. Sans victimes ignorantes et vulnérables, il n'y aurait pas de tabagisme.

Les compagnies de tabac répandent allègrement cette idée [de choix] pour que les fumeurs oublient qu'ils sont tombés dans le piège qu'elles leur ont tendu! Ainsi, ça diminue beaucoup le risque que tous ces bons clients aient l'idée de se révolter et tentent de se défaire de leur dépendance. L'efficacité de cette notion de choix tient à ce qu'elle reconforte l'ego : c'est dur sur la fierté de constater qu'on s'est fait avoir et qu'en plus, on ne peut s'empêcher de consommer un produit qui ne fait que nous tuer à petit feu et pour une petite fortune de surcroît...

Alors, vous croyez que vous fumez par plaisir, parce que vous aimez cela? Bien sûr! Mais vous n'avez plus le choix d'aimer ça ou non maintenant! C'est là l'effet de la drogue. (CQTS, 5-a)

Le fumeur est donc un être faible, incapable de résister à la propagande de l'industrie du tabac, sans que l'on ne le lui suggère et sans aide extérieure (soutien psychologique, aides pharmaceutiques, etc.). Rien d'étonnant dès lors à ce que l'on s'initie au tabagisme à l'adolescence, période considérée comme celle d'une grande vulnérabilité. Seuls des enfants peuvent être tentés par le tabagisme, ce sont des proies faciles; un adulte accompli n'est pas dupe. Le fumeur est donc une victime, incapable de résister à la pression sociale *protabac* : « Qu'est-ce qui t'empêche d'arrêter de fumer? La pression sociale [...]; La peur de perdre ses amis [...]; La peur de prendre du poids ». (SC, 3-b)

Les publicités anti-tabac font appel à l'intelligence de leur public en dépeignant le fumeur comme un idiot, alternativement ignorant ou inconséquent. En effet, « fumer ne sert à rien », c'est donc un comportement insensé et stupide. Une publicité du MSSS datant de 1995 met en scène un couple d'adolescents, le garçon fumant et disant qu'il peut arrêter quand il veut et sa copine le regardant avec dédain, se disant au contraire que ça fait 100 qu'il dit ça et affirmant avec fierté : « En tout cas, moi j'ai décidé que je ne fume pas! », démontrant par là qu'elle est bien plus maline que lui (MSSS, 4-f-1). La même logique est à l'œuvre dans la campagne « Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette » qui met en scène une jeune fille répondant par le sarcasme à une proposition de cigarette, affirmant ainsi sa supériorité sur le fumeur (MSSS, 4-f-5).

Le fumeur est un irresponsable, il ne sait pas s'occuper de lui. Il sacrifie son futur à son plaisir immédiat, ne sait pas résister à la tentation car il a perdu le contrôle sur lui-même. Il est dépourvu de volonté et d'autonomie. Il ne sait pas non plus ce qui est bon lui. Il ne prend pas soin de lui, il se moque par exemple de ne pas goûter pleinement les aliments qu'il mange. Par ailleurs, s'il a peur de grossir en arrêtant de fumer, c'est qu'il mange mal. Les programmes « Pour éteindre le désir d'allumer » et « Vivre sans fumée » de Santé Canada, joignent ainsi à leurs prescriptions anti-tabac le

guide alimentaire canadien pour manger sainement (SC, 3-e; 3-g). Le DAT inclut plus largement des recommandations de surveillance de son régime alimentaire et d'activité physique qui en disent long sur la représentation des fumeurs qui prévaut.

Beaucoup de gens fument parce qu'ils sentent qu'ils n'ont rien d'autre à faire ou pour passer le temps. Les fumeurs sont moins enclins à faire de l'exercice ou à être actifs physiquement. Ils reçoivent donc moins d'oxygène et ont moins d'énergie. Le tabagisme et l'ennui forment un cercle vicieux – tu n'as pas d'énergie pour faire quoi que ce soit, tu t'ennuies, tu fumes et tu as encore moins d'énergie. Alors, cesse de t'ennuyer et retrouve ton énergie! (SC, 3-c)

Le fumeur est donc un fainéant incapable de gérer sa vie de manière appropriée. S'il ne sait pas gérer son capital santé-beauté-jeunesse, il n'est pas non plus un consommateur rationnel. Ainsi consacre-t-il « annuellement plus de 2500\$ à la cigarette » (SC, 3-c) au lieu de les allouer à des consommations plus dignes d'intérêt ou plus utiles.

Au fil des années, vous avez appris à gérer votre vie avec une béquille... Une béquille qui vous accompagne dans toutes les situations de votre vie, mais qui réduit cette dernière et sa qualité en vous empoisonnant à petit feu en plus de vous faire perdre une petite fortune en fumée. (CQTS, 5-a)

Enfin, les fumeurs sont présentés comme ayant un « problème » quelconque, comme cherchant à pallier à quelque chose; ils fument car *quelque chose ne va pas chez eux* : « Vous devez en prendre conscience et vous répéter qu'il est inutile de pallier un problème par un autre. Il y a différentes solutions beaucoup plus efficaces » (CQTS, 5-a). Santé Canada établit par exemple les facteurs qui favorisent le tabagisme des adolescentes : « manque de confiance en soi, pairs qui fument, piètre rendement scolaire, parents, frères ou sœurs qui fument, activité physique réduite, familles à faible revenu, emploi à temps plein ou partiel, familles moins scolarisées » (SC, 3-e). La cigarette est alors une béquille pour personnes atteintes d'une *déficience* quelconque. « Il y a plusieurs raisons générales pour lesquelles les gens fument : le stress, des problèmes, une peine

d'amour, le besoin d'être accepté ... » (SC, 3-b). Les groupes les plus vulnérables au tabagisme sont ainsi les plus démunis.

Les taux de tabagisme sont beaucoup plus élevés dans les régions isolées du Grand Nord, dans les Territoires du Nord-Ouest [...], environ 70% des décrocheuses scolaires fument quotidiennement, [...] entre 28% et 42% des adolescentes enceintes fument; la plupart sont issues de milieux pauvres et parfois violents. (SC, 3-e)

« *Stigma is a process by which the reaction of others spoils normal identity* » (Nettleton, 2006: 95). Le tabagisme ne « gâte » pas seulement l'identité de la personne qui fume, il correspond également à des identités déjà « gâtées ». Le fumeur en tant que figure repoussoir n'est en effet pas une personne-qui-fume mais une personne-qui-fume-*toujours*. Ne pas essayer d'amender sa conduite tabagique est anormal. Les personnes qui n'y parviennent pas ou, pire, n'essaient même pas, sont alors d'une certaine manière défailants, dépourvus de ressources ou de qualités, immanquablement moralement inférieurs. Le fumeur est finalement pathétique, incapable de se départir d'une habitude qui ne « sert à rien » et qui lui coute beaucoup, s'accrochant désespérément à sa cigarette.

Donc, en plus d'avoir rendu votre cerveau dépendant physiquement d'une drogue extérieure, vous l'avez programmé à associer la cigarette à toutes les situations que vous vivez. C'est pour cette raison que plusieurs fumeurs parlent de la cigarette comme d'une amie. Plutôt triste, non? Parler ainsi d'un rouleau de papier rempli de morceaux d'une plante... » (CQTS, 5-a)

Les aspects paternalistes du DAT et l'infantilisation subséquente de ses cibles se justifieraient dès lors par le caractère dépendant du fumeur, ce dernier devant être éduqué et accompagné vers l'autonomie.

2- *Le fumeur dégoûtant*

L'incomplétude du fumeur cause son tabagisme et suscite la pitié de ceux qui ne souffrent pas des mêmes carences. La condescendance du DAT se meut en revanche en mépris en ce qui a trait aux conséquences du tabagisme. Au travers de l'ingénierie du dégoût du tabagisme, les propriétés dégoûtantes de la cigarette se transfèrent en effet au fumeur lui-même. Si l'on se fie aux représentations graphiques des fumeurs proposées par Santé Canada, le fumeur apparaît comme un cadavre ambulante, un handicapé, un être définitivement en sursis (SC, 3-i). Par le truchement d'images dégoûtantes, c'est le fumeur lui-même qui devient une figure repoussante. L'initiative « Films sans filtres » sous la houlette du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS, 5-e) milite ainsi contre la représentation favorable ou *glamour* du tabagisme au cinéma et à la télévision. Plus précisément, c'est l'incarnation de fumeurs par des personnes désirables – des vedettes, conformes en tout point aux canons esthétiques, leur servant même de modèles – qui pose problème.

Dans les films : Les riches et les puissants fument. Le tabac est présenté comme un moyen de se détendre. On associe la cigarette à une image de raffinement, de prestige et de séduction. Les vedettes interprètent des personnages qui fument quatre fois plus que des personnes réelles.

Dans la réalité : On retrouve plus de fumeurs parmi les gens pauvres et en mauvaise santé que dans le reste de la population. Le tabac crée une dépendance dont plus de la moitié des fumeurs aimeraient se défaire. On associe la cigarette à une odeur désagréable, à des maladies, au vieillissement prématuré, à la mauvaise haleine et à la pollution. (CQTS, 5-e)

Le tabagisme ne devrait donc être représenté que par des personnes laides, malades ou pauvres. Toute représentation des fumeurs comme des personnes attrayantes est immédiatement taxée de participation à la promotion du tabagisme. Les seules représentations des fumeurs acceptables sont ainsi celles qui ornent les paquets de cigarettes, c'est-à-dire des images de corps

malades, dégradés, non-conformes aux canons esthétiques, ou des figures de comportements inspirant un sentiment de rejet.

Manifestation du dégoût par excellence, les effluves corporels, sont ainsi un des poncifs de la description des fumeurs par le DAT : « Et que dire de la senteur! » (SC, 3-e) Fumer « *pue* » (SC, 3-e), littéralement. Santé Canada présente ainsi « effets de la cigarette sur la vie sociale », de manière extrêmement négative dans la mesure où les fumeurs subiraient un rejet de la part des *autres* – supposés ici être non-fumeurs : « mauvaise haleine, odeur déplaisante qui colle aux vêtements et aux cheveux, manque d'attrait des fumeuses aux yeux des garçons, réactions négatives de l'entourage (parents, enseignants et autres adultes), sentiment de rejet de la part de camarades non-fumeurs » (SC, 3-e). À travers cette référence aux odeurs corporelles, le tabagisme bascule dans l'univers de la saleté.

Le fumeur est malodorant, le fumeur n'est pas attrayant : « Vous fumez? Ça se voit » (SC, 3-i). Victime du « *smoker face* » le fumeur est affublé de traits disgracieux et des stigmates de la vieillesse, deux marques d'infamie dans les sociétés contemporaines, qui nuisent particulièrement à l'identité féminine. Ces deux marques d'infamie sont également recodées, à l'aune du tabagisme, comme maladie ou disgrâce *évitable*. Et c'est bien là que le bât blesse. En effet, la disqualification sociale qu'elles impliquent est de ce fait redoublée par l'incapacité ou le refus du fumeur de les conjurer. Dès lors, la culpabilité de ces atteintes au corps et à l'identité du fumeur n'est plus extérieure à lui (la cigarette, l'industrie du tabac, la société *protabac*, etc.). Seul le fumeur peut empêcher ces pressions extérieures de l'atteindre. À défaut, il est consentant, voire complice de la dégradation à laquelle il s'expose, toujours responsable. Dès lors, l'élimination du tabagisme dans nos sociétés implique de rejeter ceux qui s'y attachent et qui incarnent finalement toutes les raisons de se détourner du tabac. Le dégoût du tabagisme passe indéniablement par un dégoût du fumeur.

La peur du rejet est ainsi un levier essentiel et assumé pour convaincre les fumeurs de renoncer au tabagisme. La dénormalisation du tabagisme s'appuie sur une stigmatisation des fumeurs, désormais mis au ban de la société, astreints à se réformer pour pouvoir la réintégrer. Le ressort principal de la prévention du tabagisme n'est alors pas la santé mais sa représentation sociale et principalement la menace de disqualification sociale que porte la maladie ou plus précisément le *risque* de maladie.

La plupart des jeunes ne trouvent pas que c'est « cool » de fumer. La cigarette pourrait même ériger des murs et vous isoler de votre groupe d'amis. Pensez-y avant d'allumer. **Voulez-vous vraiment :**

- avoir toujours mauvaise haleine?
- avoir des vêtements et des cheveux qui puent?
- vous sentir essoufflée et fatiguée pendant les cours de gymnastique ou lors des activités sportives?
- être moins attrayante?
- avoir des problèmes avec vos parents et vos enseignants?
- être ignorée par vos amies non-fumeuses? (SC, 3-e)

Cet extrait d'un document de Santé Canada destiné à lutter contre le tabagisme des adolescentes ne pourrait être plus explicite. Ce document expose en effets toutes les raisons pour lesquelles les adolescentes seraient plus vulnérables au tabagisme, au premier rang desquelles l'insécurité affective, puis les exploite pour lutter contre le tabac. Sur les six raisons de ne pas fumer proposées, une seule concerne le bien-être personnel de l'intéressée, les cinq autres renvoient au regard des autres, au rejet social du tabagisme (SC, 3-e).

3- Le fumeur-agresseur

Désormais redéfinies comme sous-produit de la volonté individuelle du fumeur, les conséquences néfastes du tabagisme apparaissent en quelque sorte méritées. Le fumeur est sale, ne fait aucun effort pour éviter les maladies qu'il pourrait contracter, ni pour rester beau et jeune, pour sentir bon, pour être désirable et plus généralement, conforme aux normes dominantes. Fumer est dévalorisé et dévalorisant, le fumeur est pathétique et dégoûtant. Le problème est qu'il n'est pas la seule victime de son inconséquence. Le fumeur n'a en effet pas seulement peu de considération pour lui-même, il n'a également aucun égard pour autrui.

En plus de se tuer à petit feu en s'empoisonnant les poumons, ils s'approchent de nous et nous fument dans la face. Ils nous tuent avec tout le monoxyde de carbone qui se dégage du bout de leur cigarette. (Institute for Social Research, 1995, cité par SC, 3-e)

Le fumeur est ainsi présenté comme un agresseur. Son incapacité à réformer sa conduite nuit à son entourage et plus largement, à la société entière par le biais des coûts sociaux et économiques de son tabagisme. Le fumeur constitue un fardeau pour la société.

Respirer de l'oxygène est essentiel à la vie : c'est un droit. Fumer, non : ça c'est un privilège. La majorité de la population, plus de 80% au Québec, ne fume pas et n'a pas à subir les conséquences du comportement des fumeurs, c'est-à-dire respirer les produits dommageables contenus dans la fumée secondaire. (CQTS, 5-a)

La recherche indique que les fumeurs imposent des dépenses importantes aux employeurs par des taux plus hauts d'absentéisme, des primes d'assurance élevées, une productivité réduite et des coûts d'entretien plus élevés, de même qu'ils imposent à leurs collègues non-fumeurs l'inhalation de fumée. (SC, 3-d)

De victime, le fumeur est devenu bourreau. Pour en revenir à la conception de la cigarette comme une arme, les publicités sur la fumée secondaire impliquent que la violence tabagique émane du fumeur, tout involontaire soit-elle. C'est par exemple explicite dans la campagne « Une semaine après la naissance de Samuel, ses parents ont recommencé à fumer » de Santé Canada (SC, 3-j-4) :

Ouverture sur un mobile pour bébé jouant de la musique. On voit un bébé dormir dans son lit. On voit le lit à distance.

ANNONCEUR : Une semaine après la naissance de Samuel, ses parents ont recommencé à fumer.

Coupe à un plan d'une poignée de porte avec une serrure ancienne. De la fumée sort du trou de la serrure.

ANNONCEUR : Pas beaucoup pensaient-ils, seulement un demi paquet par jour chacun... et toujours dans une autre pièce.

Plan du lit de bébé à distance. La fumée a maintenant rempli la partie supérieure de la chambre.

ANNONCEUR : Pas beaucoup, ça veut dire que lorsque Samuel aura un an, il aura peut-être été exposé à la fumée de 7000 cigarettes.

On voit le mobile pour bébé qui joue et qui est entouré de fumée. Des ronds de fumée commencent à former une cible.

On voit le bébé qui a de la difficulté à respirer tandis que les ronds de fumée forment une cible sur lui.

ANNONCEUR : S'il vous plaît, faites de votre maison un endroit sans fumée. » (SC, 3-j-4)

Par ignorance ou par inconséquence, ces parents font donc subir une violence insupportable à leur progéniture, en l'exposant à « des milliers de cigarettes ». Ici les agresseurs sont clairement désignés. L'injonction « protégez vos enfants de la fumée secondaire » (SC, 3-j-5 ; 3-j-6) ou encore « Ne laissez pas vos enfants devenir une cible. Faites de votre résidence un environnement sans fumée » (SC, 3-j-2), implique le cas échéant une négligence parentale condamnable de l'ordre de la *maltraitance infantile*. Ainsi l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les injonctions à faire des lieux privés des espaces « sans fumée » correspondent-elles à faire de ces endroits des espaces « sans fumeurs ». Pour éloigner les dangers du tabac, ce sont les fumeurs qu'il faut écarter.

Enfin, la dernière dimension de l'agression des fumeurs est l'incarnation vivante de la promotion du tabagisme qu'ils représentent. Les fumeurs sont en effet envisagés comme intrinsèquement prosélytes, d'où l'importance de les éviter et surtout, de leur résister. Le tabagisme

viendrait ainsi de l'entourage, supposé encourager le tabagisme : « La meilleure façon de combattre les tentations est de les éviter. Fuyez les situations qui vous mettent en présence d'alcool, de gens ou de circonstances qui vous inciteront à fumer. » (SC, 3-c) De sorte que le tabagisme ne peut prospérer qu'avec la participation des fumeurs : « Certains adultes considèrent que l'essai du tabac est inévitable chez les jeunes. Certains vont même jusqu'à leur fournir des cigarettes. C'est pourtant un geste qui a des conséquences graves pour la santé des jeunes. » (CQTS, 5-b)

Un bon fumeur est finalement un fumeur repentant. Pour échapper à la logique de stigmatisation, de disqualification sociale, de mise à l'écart voire de criminalisation, le DAT offre au fumeur une porte de sortie.

Donc, nos suggestions : ne remettez pas à plus tard vos démarches pour vous libérer du tabac en espérant avoir un remède miracle qui fasse le travail pour vous; engagez-vous sincèrement, corps et âme (pensées, paroles et actions) dans votre processus pour vous débarrasser de la cigarette; n'hésitez pas à profiter de l'aide et du support des autres fumeurs et ex-fumeurs présents sur le site (forum et chat) ainsi que de l'expertise de nos spécialistes de la ligne « j'Arrête! »; consultez votre médecin pour évaluer quelle thérapie de remplacement à la nicotine serait la plus appropriée pour vous. (CQTS, 5-a)

Cette première partie de l'analyse du DAT au Québec nous a permis de mettre au jour sa définition du tabagisme et sa méthode d'intervention privilégiée. Le tabagisme est un grave problème sanitaire, « sans précédent », avec de graves conséquences, médicales bien sûr, mais aussi économiques et sociales. Pour y remédier, la limitation de l'offre de tabac n'est pas retenue, son interdiction pure et simple apparaît inenvisageable. La réduction de la demande de tabac est alors la solution préconisée et entreprise. Le DAT est donc une entreprise essentiellement normative puisque c'est l'acceptabilité sociale du tabagisme qui fonde le problème. Il s'agit alors de détruire la société

pro-tabac pour en ériger une nouvelle, *pro-santé* cette fois. Il nous appartient d'analyser cette dernière dans le chapitre suivant.

Pour l'heure, nous avons vu les ressorts de l'ingénierie symbolique déployée contre le tabagisme. Cette ingénierie symbolique constitue le tabagisme en déviance afin de pousser l'individu à modifier son comportement : le non-fumeur à sortir de l'indifférence et de l'apathie, le fumeur à renoncer, non pas tant à sa cigarette — cf. le cas de Barb Tarbox, le tabac étant une drogue puissante, il n'est pas aisé de s'en départir, il est en revanche intolérable de ne pas le vouloir — mais à son plaisir de la cigarette ou à son insouciance tabagique. C'est en effet que le DAT fonctionne à la peur et à la culpabilité : peur de devenir Barb Tarbox ou Heather Crowe, culpabilité d'être Barb ou d'avoir tué Heather (SC, 3-j-9 ; cf. annexes chapitre 5, 10).

L'information constitue le support de la responsabilisation : une fois informé, le sujet est en effet responsable de ses comportements et de leurs conséquences. Une publicité anti-tabac britannique percutante résume ainsi parfaitement la logique de responsabilisation-stigmatisation du tabagisme : fumer correspond d'un côté à un suicide, de l'autre à un homicide (cf. annexes chapitre 5, 10). Le problème est alors ultimement le fumeur. Les ravages du tabagisme perdureront en effet tant qu'il y aura des fumeurs, ce sont eux qu'il convient d'écarter pour s'en prémunir. Au fond, le DAT substitue à une angoisse obscure (la mort, la maladie, le handicap), une peur très concrète, celle d'être un Fumeur, c'est-à-dire une collection d'attributs disgracieux qui suscitent le rejet.

Dans le chapitre suivant, nous aborderons le projet de société contenu dans la perspective d'un « monde sans fumée » à travers l'analyse de la promotion de l'anti-tabagisme dans le même corpus. La promotion de l'anti-tabagisme se construit sur le repoussoir de la société et de l'individu tabagique et promeut en retour quelque chose comme une nouvelle société, une *société en santé*, et un *individu sain*. Il s'agira alors dans ce second temps de l'analyse de définir et circonscrire ces deux

catégories. Nous étudierons de manière dialectique le projet normatif du monde sans fumée et les motivations d'individus engagés dans sa concrétisation, en confrontant les discours du DAT à ceux de leur public.

CHAPITRE 6: « AU-DELÀ DE LA SANTÉ » : ANATOMIE D'UN MONDE SANS FUMÉE

Le sujet se constitue d'une façon active, par les pratiques de soi, ces pratiques ne sont pas néanmoins quelque chose que l'individu invente lui-même. Ce sont des schémas qu'il trouve dans sa culture et qui lui sont proposés, suggérés, imposés par sa culture, sa société et son groupe social. (Foucault, 2001, [1984] : 1538)

Après avoir mis en lumière la nature essentiellement normative du DAT et analysé son mode opératoire, il s'agit maintenant d'aborder sur le fond ce projet normatif. Nous avons approché le DAT dans sa négativité, c'est-à-dire ce contre quoi il se construit, nous nous intéresserons ici à sa positivité. Le DAT s'organise autour d'une dichotomie pro-tabac/pro-santé. Après avoir dégouté du tabagisme, il entreprend de promouvoir l'anti-tabagisme. Le DAT ne lutte pas seulement contre le tabagisme, il entreprend de fonder autre chose, un autre monde, un « monde sans fumée ».

Conformément à la perspective d'analyse critique du discours adoptée, il convient de rapporter le texte à son contexte, ce que dit le DAT et comment il le dit, à ce qu'il dit de nous. L'utopie d'un monde sans fumée, telle qu'elle est mise en récit par le DAT, nous permettra dans ce chapitre d'interroger le contexte social et politique contemporain. Le DAT constitue selon nous une figure idéal-typique des transformations des modes de gouvernement des sociétés libérales avancées. Il s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle biopolitique, s'appuie sur une méthode significative et véhicule un projet normatif exemplaire. En effet, si l'hygiénisme constituait une technologie de gestion des risques socialisés, le DAT procède plus d'une technologie politique des individus que d'un gouvernement de la santé proprement dit. Il se caractérise par une entreprise de subjectivation qui vise à produire des sujets entrepreneurs de leur santé — des Non-Fumeurs, tendus vers

l'optimisation constante de leur condition biologique par des mécanismes de responsabilisation et de culpabilisation. Le DAT gouverne en effet « au-delà de la santé » (SC, 3-e) et s'apparente à une technologie de gouvernementalité qui fait du gouvernement de soi en fonction de certains principes et valeurs la clé d'une vie réussie et d'une société saine.

Nous verrons dans un premier temps que le DAT entend produire des Non-Fumeurs au moyen d'une rhétorique morale prononcée et de technologies biomédicales. Il dessine par là une conception de la santé, caractérisée par une individualisation, une moralisation et une responsabilisation, qui sous-tend un nouveau développement du processus de médicalisation des sociétés, celui de *biomédicalisation* (Clarke et al., 2003 ; 2010). Il est par ailleurs emblématique d'un type de contrôle social qui articule autour de la figure du Fumeur une peur de l'exclusion sociale au motif du fait de ne pas être un bon gestionnaire de sa santé. Nous inscrirons ensuite cette manière de concevoir la santé et de la gouverner dans le cadre d'une gouvernementalité néolibérale (Foucault, 2004b), en soulignant l'« homologie structurale » (Weber, 1989) existant entre le DAT et l'*éthos* du néolibéralisme (Miller et Rose, 2008). Nous aborderons enfin la réception des préceptes du DAT à travers une analyse de discours de témoignages d'individus engagés dans une démarche d'arrêt du tabac dans le cadre du *Défi j'arrête j'y gagne*. Ce versant plus subjectif nous permettra de traiter du processus d'individuation⁶⁷ contemporain au regard d'un ensemble d'injonctions normatives telles que celles dont procède le DAT.

⁶⁷« L'individuation, dans sa signification sociologique, est donc le projet qui consiste à étudier une société à partir des individus qu'elle engendre. » (Martuccelli, 2010 : 66)

I. Promouvoir l'anti-tabagisme, moraliser la santé

Ce n'est pas seulement une question de santé. Dès que vous aurez cessé de fumer, vous éprouverez une véritable et plus grande maîtrise de vous-même. Vous vous sentirez mieux, votre rendement sera supérieur et vous présenterez une meilleure apparence. Vous n'aurez plus à désertir votre foyer ou votre lieu de travail à la seule fin de fumer. Vos relations avec les non-fumeurs s'en trouveront améliorées tout comme votre goût et votre odorat. Vous offrirez un bien meilleur exemple à vos enfants. Vous n'aurez plus à vous inquiéter des autres personnes qui sont exposées à la fumée secondaire de votre cigarette. (SC, 3-c)

Au travers de l'analyse des campagnes anti-tabac se dessine l'entreprise morale du DAT. Le DAT s'appuie et promeut un ensemble de valeurs. Ainsi, et s'il resserre l'étau autour du Fumeur, ce n'est pas fondamentalement à son souci de santé qu'il fait appel. Le DAT l'interpelle sur ce qu'il veut, ce en quoi il croit, l'apostrophe sur ce qu'il est. Sous le coup de la contamination tabagique, le fumeur deviendrait cet autre monstrueux, et en même temps, il fumerait car *quelque chose ne va pas chez lui*, car il serait en quelque sorte déficient, incomplet, dépendant. Le problème n'est donc pas tant que fumer nuit à la santé, mais qu'il fait de nous des êtres repoussants, des *Fumeurs*. La violence de la rhétorique anti-tabac concourt à une disqualification du sujet fumeur, agite le spectre de son exclusion sociale. Arrêter de fumer relève d'une impérieuse nécessité, médico-sanitaire certainement, sociale et morale plus significativement. En passant d'une mission d'information sur les dangers du tabac à une promotion de la « bonne vie », le DAT constitue ainsi une technologie politique des individus (Foucault, 2001) opérant par une moralisation de la santé. Se faisant, le tabagisme constitue désormais une nouvelle « pratique divisante » (Foucault, 2001, [1982] : 1042). Le

DAT régule le tabagisme par responsabilisation et culpabilisation et produit des identités de Fumeur et de Non-Fumeur par des procédés d'abjection et de rédemption.

A) Être un Fumeur : le crime et le châtime tabagique

Le DAT vise à convaincre son public que le coût du tabagisme outrepassa de beaucoup ses bénéfices (inexistants, considérés comme des leurres), à un niveau individuel et sociétal. L'impact sanitaire du tabagisme étant entendu, il faut maintenant souligner le coût de la perversion des corps. La mort, la maladie, le vieillissement « prématuré », la non-attractivité, la pauvreté sont autant de châtime assortis au tabagisme, évitables donc mérités. Le fumeur est en effet velléitaire. Le site *J'arrête* présente ainsi un petit bonhomme affichant une expression faciale narquoise : « Tous les prétextes sont bons pour continuer à fumer!!! » (CQTS, 5-a, cf. annexes chapitre 6, 1). La formule est bien entendu ironique, car au contraire, tous les prétextes sont bons pour arrêter de fumer. Une campagne du CQTS de 2005 l'affirme expressément : « toutes les raisons sont bonnes pour arrêter de fumer » alternativement sur fond d'une chambre d'enfant avec pour trame sonore un homme chantant une berceuse à un bébé qui gazouille, ou sur fond d'une chambre à coucher avec pour trame sonore une femme disant sur un ton suggestif « j'espère que t'es en forme mon chéri » (CQTS, 5-d). Tous les éléments qui participent d'une vie « réussie » sont ainsi de bonnes raisons pour arrêter de fumer.

Pour promouvoir la *semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, le CQTS a ainsi trouvé son levier universel : l'amour, sous toutes ses formes (cf. annexes chapitre 6, 2). Ces campagnes mettent ainsi en scène chaque année depuis 2005 une cohorte de célébrités développant sur ce thème en lien avec le tabagisme ou l'abstinence tabagique d'un proche : « Fumer dans l'auto, c'est la pire chose que tu peux faire à tes enfants si tu les aimes »; « le plus beau cadeau à faire à ces enfants ou petits-

enfants, c'est de libérer l'air de la fumée secondaire » (CQTS, 5-b-2, [Nous soulignons]); « mon père a tout fait pour qu'on soit bien, épanouis, il a même arrêté de fumer » (CQTS, 5-b-3). La campagne de 2009 « Arrêter de fumer pour l'amour » est encore plus explicite. Mettant toujours en scène des célébrités disant « je t'aime » à leurs parents, enfants, ou amis, elle a pour slogan « parce que je t'aime, je veux t'offrir un monde sans fumée » (CQTS, 5-b-5, cf. annexes). Encore une fois, le message est limpide : qui aime ses proches ne fume pas et s'engage pour la concrétisation d'un *monde sans fumée*. « Quand j'étais ado, à cause de la cigarette, j'ai dit à mon père je t'aime pour la dernière fois. 25 ans plus tard, il y a un ado de 15 ans dans ma vie. Par amour pour lui, je ne fumerai jamais » (CQTS, 5-b-4). Dès lors, ceux qui n'arrêtent pas de fumer sont de mauvais parents. Les enfants sont indéniablement une des raisons principales d'arrêter de fumer, notamment pour une majorité de femmes pendant la grossesse. Faire de l'amour le ressort ultime du DAT implique cependant autre chose qu'un changement d'habitude au fil du parcours de vie; cela implique un jugement moral. Le tabagisme est incompatible avec une vie de couple ou des enfants épanouis. Plus largement, le marketing anti-tabac nous dit que fumer empêche de réussir sa vie.

Après l'amour comme élément d'une vie heureuse, le DAT mobilise l'argent. Indispensable à l'acquisition d'un certain mode de vie, l'argent est en effet le nerf de la guerre quand il s'agit de mesurer la qualité de vie à l'aune d'un niveau de consommation. Le programme *Vie 100fumée* de Santé Canada propose ainsi un calcul de la somme économisée de un jour à cinquante ans d'abstinence tabagique, avec pour chaque étape un exemple de ce que la personne pourrait s'acheter avec la somme correspondante : louer une limousine pour le bal des finissants, acheter une voiture, payer ses frais de scolarité, se payer une lune de miel, de nouveaux meubles, etc. (SC, 3-b ; cf. annexes chapitre 6, 3). Un tel procédé implique trois sous-entendus. Tout d'abord, que l'argent non dépensé en cigarettes, serait épargné afin de le faire fructifier et non pas immédiatement dépensé

dans d'autres consommations quotidiennes « futiles ». Ensuite, ces exemples seraient les éléments d'un style de vie universellement désirable. Enfin, que si les fumeurs n'y ont pas accès, c'est parce qu'ils fument.

Consommation, amour, le DAT met en correspondance performance sanitaire et performance sociale. Le DAT célèbre donc un individu actif et responsable de son destin. Or, le tabagisme se situe précisément aux antipodes de toute possibilité de performance. Santé Canada mobilisait ainsi en 2002 les sportifs Josée Chouinard et Elvis Stojko afin qu'ils réévaluent leurs performances sportives à la lumière de leur abstinence tabagique dans une publicité anti-tabac :

La caméra montre Elvis Stojko en gros plan. Il est très pensif. À l'écran s'affichent les mots suivants : « Elvis Stojko - Trois fois champion du monde ». Au moment où Elvis s'élance et effectue un triple boucle piqué, on entend ses pensées intérieures : « Quand j'y pense, je me dis... que si j'avais pris une décision différente... je n'aurais peut-être pas vécu les Olympiques... ni les championnats du monde ... Quand j'y pense, je suis heureux d'avoir consacré ma vie au patinage plutôt qu'à la cigarette.

Idem pour Josée Chouinard. (SC, 3-j-10)

Le recours à des athlètes olympiques, modèles de performance s'il en est, est particulièrement significatif. Être performant ou être Fumeur, il faut choisir. Fumer revient à choisir de « consacrer sa vie à la cigarette », à la maladie, à la laideur, etc. Le DAT construit des équivalences et des antinomies : athlète olympique ou Fumeur, parent aimant, amant dévoué ou Fumeur, etc. Dès lors, fumer revient à choisir de ne pas être la *meilleure personne possible* et donc de ne pas sacrifier au l'objectif central d'une société concurrentielle, celui de la performance : « Puisque la performance seule compte, chacun d'entre nous, tel « ce frêle athlète de la vie » dont parlait Baudelaire, doit prouver qu'il en possède l'étoffe. » (Ehrenberg, 1991 : 287) Guillaume Pigeard de Gurbert (2011) compare ainsi très justement le Fumeur à l'*Étranger* de Camus, condamné non pour son crime, mais pour son étrangeté à la communauté.

Cette étrangeté du fumeur est par ailleurs renforcée par le fait qu'il représente une minorité. « La majorité de la population du Québec (plus de 80%) ne fument pas [sic]. Alors c'est une perception erronée qui fait dire que « tout le monde fume ». » (CQTS, 5-a) Une autre publicité de la *Gang allumée*⁶⁸ présente ainsi une publicité avec pour bande-son le Requiem en D mineur (K.626) de Mozart, mettant en scène un groupe de coureurs suivis par un jeune homme : « Vous souhaitez rejoindre la majorité ? La majorité ne fume pas. » Ce dernier, visiblement essoufflé, tombe à terre et se met à ramper. Il est rapidement rattrapé par un autre groupe de coureurs qui l'enjambent (ou le piétinent) : « Être allumé c'est être libre. » Maintenant assis par terre, le jeune homme s'apprête à allumer une cigarette, puis se ravise et la jette : « reprends ton souffle » (CQTS, 5-F-1). Incapable de se mesurer aux Non-Fumeurs, le fumeur est laissé en arrière, jusqu'à ce qu'il se décide à rentrer dans le rang, à suivre le rythme, à « rejoindre la majorité ».

Le coût de la perversion tabagique est ainsi l'ostracisme. Le Fumeur se met en effet lui-même au ban de la société car son tabagisme l'empêche de se conformer aux normes dominantes. La lutte contre le tabagisme ne se présente donc pas comme une question de santé mais bien comme une question de valeurs. Elle procède d'une construction du tabagisme comme déviance et d'une promotion de la conformité. À l'instar d'autres vestiges de la *sauvagerie*, le tabagisme serait en effet voué à disparaître au rythme du progrès moral de nos sociétés.

Si nous voulons être réalistes, il y a beaucoup de chances pour que votre entourage cesse d'ici peu (Au Québec, plus de 378 000 fumeurs disent vouloir arrêter de fumer d'ici 6 mois). Pourquoi ne pas profiter de cette situation et entreprendre une démarche d'abandon du tabac avec vos proches qui fument? L'union fait la force! (CQTS, 5-a)

⁶⁸ « *La gang allumée*, c'est un mouvement de jeunes de 11 à 17 ans, non-fumeurs **ET** fumeurs, qui veulent prévenir et réduire l'usage du tabac dans leur milieu et même dans la société en général. Pour arriver à ça, des milliers de jeunes au Québec se servent de *La gang allumée* pour influencer l'opinion des citoyens, celle des dirigeants d'entreprises et même, celle des décideurs politiques. » (CQTS, 5-f)

Comment comprendre autrement qu'à l'aune d'une question morale l'entreprise de promotion de la censure du tabac dans les productions cinématographiques et télévisuelles par l'initiative « Films sans filtres » (CQTS, 5-e) ?

Le présent site entend dénoncer les distorsions qui existent entre l'image du tabac à l'écran et ses effets réels. Pourquoi montrer des images séduisantes du tabac quand on sait qu'il cause le vieillissement prématuré de la peau et de graves maladies? Pourquoi associer le tabac avec la rébellion alors qu'il crée au contraire la dépendance? Pourquoi nous faire croire que « tout le monde fume » dans certains cas, alors qu'au Québec quatre personnes sur cinq sont des non-fumeurs? Ces images profitent aux compagnies de tabac mais nuisent au public. **Ça suffit, la réalité « filtrée »!** (CQTS, 5-e)

CQTS remet chaque année depuis 2010 les *prix Oxygène et Cendrier* à deux films québécois et étrangers « qui font un usage responsable ou exagéré du tabac à l'écran »⁶⁹ ou pas. Nous l'avons abordé dans le précédent chapitre, c'est le « portrait irréal du tabagisme » qui préoccupe ici le CQTS, c'est à dire l'usage du tabac par les personnages principaux (personnages *désirables*) de ces productions audiovisuelles.

Faites une utilisation responsable des produits du tabac dans vos œuvres. Il n'est pas ici question de censure, mais de juste mesure : personne ne vous demande de bannir totalement la cigarette de vos films et de vos émissions, mais seulement d'en faire un usage modéré et reflétant la réalité. (CQTS, 5-e)

Le site internet présente plus largement un ensemble de productions sur lesquelles sont apposés des labels « avec ou sans tabac ». Si l'industrie cinématographique a indéniablement participé à la promotion du tabagisme, comme elle participe d'ailleurs toujours à la promotion de nombreux produits par le biais du placement de produits, cette initiative pose plusieurs questions,

⁶⁹ Les prix Oxygène ont ainsi été attribués à des films tels que *De père en flic* et à *La saga Twilight : Tentation* (2010) *Lance et compte* (2011) ou *Starbuck* (2012). Les prix cendriers ont quant à eux été attribués aux films *Les pieds dans le vide* (2010), *Les amours imaginaires* (2011) et le *Frisson des collines* (2012).

au-delà de la question de la censure dans l'art. Les films passés au crible se révèlent tout à fait significatifs⁷⁰.

Tout d'abord, il apparaît que la plupart des films incriminés sont destinés à un public averti, certainement pas à des enfants. Le site présente par exemple sur sa page d'accueil l'affiche de *Pulp Fiction* (1994) dans laquelle l'actrice Uma Thurman pose une cigarette à la main (cf. annexes chapitre 6, 4-a). Particulièrement violent, ce film dépeint plusieurs meurtres sanglants, une scène de viol, de torture, une *overdose* d'héroïne, et, accessoirement, une publicité pour un *fast food*. C'est cependant la promotion latente du tabagisme qui poserait problème. D'autres films épinglés tels que *J'ai tué ma mère* (2009), *Les amours imaginaires* (2010), ou *C.R.A.Z.Y* (2005), présentent des scènes de consommation de stupéfiants (marijuana, ecstasy, etc.), mais là encore, c'est à l'aune de la présence du tabagisme à l'écran que la responsabilité de leur propos est évaluée. Le site affiche également une image d'une scène emblématique du film *Basic Instinct* (1992) dans laquelle Sharon Stone, interrogée par des policiers, s'allume une cigarette (cf. annexes chapitre 6, 4-b). Rappelons que ce film est passé à la postérité notamment pour cette scène dont la dimension provocatrice ne tient en rien à son caractère sanitaire incorrect. Nonobstant la perversité du personnage, le contenu sexuel explicite du film, la représentation graphique de la violence et la fin subversive, c'est l'association du tabagisme à la sensualité qui rebute le CQTS.

Ensuite, l'argument de la surreprésentation de la cigarette à l'écran au regard des taux de tabagisme contemporain peut sembler surprenant lorsqu'il concerne des fictions « historiques », c'est-à-dire des films se passant à une époque où le tabagisme était plus répandu qu'aujourd'hui, ou dépeignant des personnages réels. La pipe de *Sherlock Holmes*, le tabagisme de *Coco Chanel*, ou celui

⁷⁰ Parmi ceux jugés « irresponsables » figurent notamment *Dédé : À travers les brumes* (2009), *C.R.A.Z.Y.* (2005), *La Grande Séduction* (2003), *Les boys* (1997), *Sherlock Holmes* (2009), *Le Journal de Bridget Jones* (2001) ou encore *Basic Instinct* (1992 et 2006) (cf. annexes chapitre 6, 4-a et b).

de Dédé Fortin tombent ainsi sous le coup d'un « portrait irréal », alors même qu'ils constituent une représentation « réaliste » des personnages concernés. En outre, sur la question de l'adéquation entre réalité et fiction, force est de constater que le cinéma ne peut en aucun cas y prétendre. La définition même de la fiction est de s'éloigner de la réalité, de la surpasser, de l'exagérer, ce qu'elle fait par ailleurs à outrance en matière de violence, y compris dans des films tout public. En définitive, aucun autre comportement à risque ou moralement répréhensible n'est sujet au même traitement que le tabagisme, à l'exception notable de la pornographie.

Enfin, à la différence des objets « irresponsables » susmentionnés, les films validés pour leur représentation « adéquate » du tabagisme sont voués à attirer un public le plus large possible et sont dès lors expurgés de tout élément ou comportement répréhensible ou choquant, hormis la violence. Laissant de côté ce qui oppose ces films sur le plan artistique, c'est sur le plan moral que cette filmographie sélective nous informe. Les films critiqués pour la récurrence de leurs « incidents de tabac » (CQTS, 5-e) sont généralement plus subversifs, provocateurs, moins conformistes ou conservateurs, que ceux salués pour leur responsabilité, pensons par exemple à la saga *Twilight* prix Oxygène 2010. À travers ces idéaux-types de films *pro-tabac* ou *pro-santé*, des oppositions normatives transparaissent et nous éclairent sur la nature du projet de société promu par le DAT.

B) Devenir un Non-Fumeur : La conversion à l'anti-tabagisme

Le DAT s'attaque au tabagisme sur le terrain moral. Un individu digne de ce nom ne peut déceimment pas désirer fumer car en fumant, on *devient un Fumeur*. Être *Fumeur* ou *Non-fumeur* est une question de valeurs. Les documents de notre corpus d'aide à l'arrêt du tabac le précisent : il ne s'agit pas d'arrêter de fumer mais de « *devenir un non-fumeur* » (SC, 3-c). Il ne suffit pas de changer de comportement, il faut changer de « vision du monde ». Arrêter de fumer c'est devenir quelqu'un d'autre, une version améliorée de soi-même. Le DAT nous enjoint à *choisir la vie*, la santé, la beauté, l'amour, le bonheur, etc.

VOUS SEREZ HEUREUX D'AVOIR CESSÉ DE FUMER !

- Vous vous sentirez davantage maître de vos décisions, de vos actes et de votre santé.
- Vous y gagnerez un sentiment de fierté et de satisfaction personnelle qui améliorera votre confiance.
- Vous serez en mesure de pratiquer fièrement des sports et d'autres activités physiques qui exigent beaucoup plus de force et d'endurance.
- Vous n'aurez plus à tant vous inquiéter de votre santé.
- Vous n'aurez plus à vous inquiéter de savoir si le mucus ou l'irritation de votre gorge sont les signes d'une sérieuse maladie causée par la cigarette.
- Vous paraîtrez et vous vous sentirez plus jeune. La cigarette cause des rides et une apparence de vieillissement prématuré. En cessant de fumer, vous vous aiderez à **paraître** en meilleure santé.
- Vous n'aurez plus jamais à vous sentir coupable ou mal à l'aise parce que vous fumez.
- Vous vous joindrez à la majorité qui apprécie la valeur et le plaisir de vivre sans fumée. (SC, 3-b, [nous soulignons])

Arrêter de fumer revient à se convertir à un nouveau mode de vie, et comme toute conversion, elle implique une libération de l'être véritable, ici le Non-Fumeur qui sommeille dans chaque Fumeur. « Libérez-vous de la fumée du tabac » (CQTS, 5-f) En lieu et place du Fumeur, « enchaîné », « contrôlé » par la cigarette, émerge un individu « libre » et autonome, maitre de son destin, qui « a le choix ».

Des frites, du homard, du spaghetti ne suscitent pas la dépendance. Un sentiment de panique ne nous habite pas si on ne peut en manger dans les cinq minutes où un grand désir de manger un de ces plats se fait sentir. C'est une tout autre affaire avec la cigarette... Celle-ci vous enchaîne; quand vous n'en prenez pas, vous ressentez un manque et le besoin irrésistible de fumer prend complètement le contrôle de vous.

Alors il n'y a pas de rapport entre la notion de choix, de liberté ou d'indépendance et la cigarette. C'est même tout le contraire! Bien sûr, vous préféreriez avoir du plaisir sans vous sentir contrôlé(e) par la cigarette! Effectivement, on préfère toujours avoir le choix de dire " non ", autant à quelque chose qu'on aime qu'à ce qu'on n'aime pas. C'est là le concept de la liberté. C'est ça avoir le choix. Si vous vous trouvez incapable de refuser cette chose que vous aimez, vous êtes dépendant(e), esclave de cette chose. Autrement dit, vous n'avez pas le choix d'aimer la cigarette. Vous êtes obligé(e) d'en prendre. C'est elle qui vous contrôle. (CQTS, 5-a, [nous soulignons])

Seule la logique de la conversion peut concilier deux prescriptions contradictoires : l'injonction à la conformité et l'impératif de libération. En devenant Non-Fumeur, le fumeur se conforme aux valeurs dominantes tout en se rebellant contre l'oppression qu'il subit. « Ne deviens pas une statistique ! » (SC, 3-f) La libération passe donc par l'adhésion normative.

L'ex-fumeur obtient de meilleurs résultats s'il change sa façon de percevoir sa relation avec la cigarette et s'il modifie certaines de ses habitudes afin de réapprendre à vivre sans fumer. (CQTS, 5-a)

Affichez une attitude positive et soyez persévérant. Vous pouvez et allez réussir !
Rappelez-vous que vous êtes non-fumeur. Vous ne fumez plus. Faites de cet énoncé la première et la dernière chose à laquelle vous penserez chaque jour. Rappelez-vous-en chaque fois que vous verrez un fumeur. (SC, 3-b)

À cette fin de conversion, le DAT invite son public à s'interroger sur lui-même, il interpelle le sujet, le pousse à l'introspection : « Qu'est-ce qui est important pour toi? » (SC, 3-b)

Découpe des images, des mots ou des phrases dans un magazine, un journal ou sur le Web qui décrivent ce que tu veux posséder, devenir ou être dans la vie.

Utilise les images pour créer une liste de tes espoirs, tes croyances et tes rêves.

Une fois la liste terminée, pose-toi la question suivante : Comment le fait d'arrêter de fumer correspond-il à mes valeurs et à mes buts?

Utilise les tableaux des valeurs et des buts pour t'aider à réfléchir. (SC, 3-b)

Encore une fois, le problème n'est pas tant dans la dépendance à la nicotine, ni même dans le tabagisme en soi, il réside dans le fait de ne pas chercher à amender sa conduite, à changer sa vie.

Apprendre à vivre sans fumée — Combattre les tentations.

Évitez les situations invitantes.

La meilleure façon de combattre les tentations est de les éviter. Fuyez les situations qui vous mettent en présence d'alcool, de gens ou de circonstances qui vous inciteront à fumer.

Changez votre façon de penser.

Pensez aux aspects positifs de vivre sans fumée. Concentrez-vous sur les avantages d'avoir abandonné la cigarette.

Réfléchissez aux aspects négatifs de la cigarette et du tabagisme.

Rappelez-vous pourquoi vous voulez cesser de fumer.

Rappelez-vous...

■ Ajoutez des activités physiques à votre routine quotidienne. Plus vous bougerez, mieux vous vous sentirez.

■ Mieux manger ne signifie pas que vous devez vous priver de vos plats préférés — seulement que vous devez choisir avec discernement parmi une variété d'aliments et prendre plus souvent de la nourriture à faible teneur en gras.

Gardez votre poids sous contrôle! (SC, 3-b)

La promesse d'un monde sans fumée apparaît donc comme la rédemption de la société et de l'individu tabagique. Cette promesse ne peut être tenue que par une vaste entreprise de conversion, des fumeurs bien sûr, mais également des non-fumeurs. Du côté des fumeurs, Barb Tarbox incarne à la perfection cette figure de la convertie. Fumant jusqu'à la fin, elle se rachète néanmoins en devenant une martyre de l'anti-tabagisme. Du côté des non-fumeurs, ici ceux qui ne fument pas, la rhétorique de la conversion se justifie également car le DAT appelle leur engagement dans la cause, à ce qu'ils deviennent en quelque sorte « pratiquants ». Les convertis à la cause sont ainsi intrinsèquement des croisés. Le CQTS chapeaute par exemple des *Commandos Oxygène* (CQTS, 5-g) :

Les *Commandos oxygène* en ont assez que le tabac ait le beau rôle au cinéma et à la télévision. Ils partent donc en mission pour dévoiler l'impact négatif des scènes de consommation de tabac sur les jeunes.

Qui sont ces héros?

Les *Commandos oxygène* mettent en vedette des jeunes de 12 à 18 ans, non-fumeurs ou fumeurs, désireux de faire leur part pour contrer le tabagisme. Ces jeunes fréquentent des écoles secondaires, des maisons des jeunes ou des organismes communautaires partout au Québec. Ils peuvent faire partie d'une troupe de théâtre amateur, d'une gang allumée ou être tout simplement d'un groupe d'amis mordus de cinéma. Ils ont toutefois un point en commun : ils sont préoccupés par le problème du tabagisme.

Pour accomplir cette mission, les *Commandos oxygène* reçoivent gratuitement une trousse de production comprenant : Un guide proposant six scénarios d'intervention choc et de l'information percutante sur la problématique du tabac à l'écran. Du matériel promotionnel et de sensibilisation efficace et original. Des costumes, accessoires et éléments de décor spécialement conçus pour cette mission. Un DVD incluant cinq capsules vidéo mettant en scène des acteurs professionnels et appuyant les actions mises en œuvre par les *Commandos*. (CQTS, 5-g)

Une des actions de ces commandos, filmée et disponible en ligne, consiste en une manifestation organisée lors de la première d'un film « pour sensibiliser les vedettes, artisans du cinéma, amateurs de films et autres VIP aux dangers que représente le tabac à l'écran pour les jeunes. » (CQTS, 5-e-1) Bonnets rouges sur la tête, pancartes à la main, ils interpellent ces vedettes sur le tapis rouge (cf. annexes chapitre 6, 4-c) :

On les aime vos films, on veut surtout pas vous censurer, ce qu'on veut c'est que vous pensiez à nous quand vous êtes derrière votre ordinateur, ce qu'on veut c'est que vous pensiez à notre santé, à notre vulnérabilité comme vous le faites avec les adolescents qui vous sont proches, vos fils vos filles, etc. (CQTS, 5-e-1)

De même, les personnalités qui se font les porte-paroles de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* appartiennent à cette catégorie des convertis à la lutte contre le tabac, croisés de l'anti-tabagisme.

Comédienne et citoyenne engagée, Brigitte [Lafleur] s'implique activement envers des causes qui lui tiennent à cœur. En tant que nouvelle porte-parole de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, elle s'est donnée le mandat de nous faire réfléchir sur l'impact social du tabagisme et des ravages qu'il cause au sein des familles québécoises. Son grand-père étant décédé des conséquences du tabagisme, Brigitte a personnellement vécu l'impact que le tabac peut avoir sur une famille. Ancienne fumeuse, elle sait qu'arrêter de fumer est possible et que le soutien des proches est crucial pour y arriver. À travers le filtre de ses expériences, son message demeure résolument positif et orienté vers l'action. Il est de son souhait le plus cher de contribuer, à sa pleine mesure, à la création d'un monde sans fumée. (CQTS, 5-c)

Activistes altruistes et progressistes, ces individus « engagés » n'en demeurent pas moins des *entrepreneurs de morale* (Becker, 1985), engagés dans une véritable *croisade morale* (Gusfield, 1986).

Cet individu *fervent et vertueux* et à *l'éthique intransigeante* qui, parce qu'il existe dans le monde *telle ou telle forme de mal qui le choque profondément*, s'engage au nom de ses convictions morales dans une campagne pour la réforme des mœurs. [...] C'est parce qu'ils estiment que les normes, valeurs ou comportements qu'ils défendent disposent d'une validité universelle et représentent une forme de souverain bien qu'ils tentent d'y convertir ceux qui s'en tiennent à l'écart. Convaincus d'être les seuls porteurs d'une vérité qui ne saurait souffrir d'exception, les militants des croisades morales se caractérisent par la ferveur de leur croyance en la grandeur de leur cause, ainsi que par la forte composante émotionnelle de leur engagement. (Mathieu, 2005 : 7)

Mais quelles sont-elles ces valeurs exactement? Nous ne présumerons pas ici des motivations qui animent les activistes anti-tabac. En revanche, celles qui sont mises de l'avant dans le cadre du DAT apparaissent clairement. La publicité « De Facto, Porte tes convictions » (DF, 8-i), mise en ligne en 2012, est à ce propos explicite. Manifestement inspirée des publicités pour articles de sport au niveau de la musique et de l'atmosphère, elle met en scène une jeune fille en train de courir en parallèle de plusieurs jeunes gens en train de s'entraîner (musculature, basketball, montées et descentes d'escalier en courant, football, pompes, etc.), tous vêtus d'un T-shirt De Facto :

Je suis rapide, fort, déterminé. Cette passion qui m'habite, m'amène au bout de moi-même. Je veux être un modèle de réussite, avec comme seule arme, ma détermination et mon travail acharné. Ensemble, on a le pouvoir de changer les choses. Quand j'enfile un T-shirt, j'enfile plus qu'un vêtement, je porte mes valeurs, je porte ma fierté, comme je porte les couleurs de mon équipe, je deviens un exemple à suivre partout où je vais.

« En portant un T-shirt *De Facto*, plus de 60000 jeunes des niveaux secondaire, collégial et universitaire s'affirment face à l'industrie du tabac »

On a tous cette flamme en nous. Joins le mouvement! Porte tes convictions!

À ces mots, la jeune fille arrive au bout de sa course, reprend son souffle et regarde sa montre, puis repart courir en sens inverse. Aucune cigarette n'est présente à l'écran, seulement ces images d'entraînement, de performance et de dépassement de soi. Ces valeurs promues sont posées en totale opposition au tabagisme, au point que le simple fait de porter un T-shirt à l'effigie d'une association de lutte contre le tabagisme suffit à témoigner de son attachement à ces dernières.

D'absolue nécessité, l'arrêt du tabac se fait vertu au travers du prisme du DAT. La promotion de l'antitabagisme ne repose pas tant sur la minimisation des risques de santé que sur la maximisation de son succès social, par la démonstration de son attachement à un ensemble de valeurs, au premier rang desquelles celle de performance. En ce sens, le DAT s'apparente à une entreprise de contrôle social qui repose sur une responsabilisation morale. Il est par ailleurs intéressant de souligner que le CQTS a notamment été fondé en 1976 par un pasteur de l'Église Adventiste du 7^e jour (CQTS, 5-h), ce qui n'est pas sans rappeler l'implication des sectes protestantes dans les ligues de tempérance étudiées par Joseph Gusfield. Cependant, alors que la lutte antialcoolique constituait une question exclusivement morale qui sera quelque peu éclipsée par la médicalisation de l'alcoolisme, la lutte contre le tabac allie pathologisation et moralisation. En effet, l'entreprise de conversion à la « bonne vie » bénéficie désormais du support des sciences

biomédicales que ce soit dans la définition des problèmes ou dans le mode de résolution de ces derniers.

II. Choisir la vie : entreprendre sa santé

En dépit des effets d'annonce que constituent les chartes fondatrices de la promotion de la santé, la nouvelle santé publique apparaît, au travers de l'analyse du DAT, principalement sous la forme d'une rhétorique fortement moralisante qui n'est pas sans rappeler les travers de l'ancienne santé publique (cf. chapitre 4). Les pratiques d'éducation à la santé et de promotion de la santé procèdent en fait de la même ambition, non pas simplement informer les populations des risques de leurs habitudes, mais bien les *transformer*. Cependant, là où l'éducation à la santé aspirait à faire tendre des populations déviantes vers une norme stable, un socle moral prédéfini et clairement identifiable, la promotion de la santé ambitionne de changer la société en modifiant les attitudes individuelles. L'éducation à la santé, en réformant ceux qui la menaçaient, avait à cœur le maintien de l'ordre social, la promotion de la santé mobilise au contraire une rhétorique de type révolutionnaire à laquelle elle cherche convertir ses publics. Elle dispose par ailleurs de théories et de techniques considérablement plus avancées. Nous présenterons le DAT comme un exemple de technologie de gestion des risques caractéristique d'une biomédicalisation de la santé, soit d'un nouveau mode de normalisation des individus lié à un nouveau mode de régulation des sociétés.

A) La biopolitique contemporaine au travers du prisme du DAT

1- *La biomédicalisation des risques: un nouveau type de contrôle social*

Le concept de biomédicalisation (Clarke et *al.*, 2000; 2003; 2010) entend capturer les bouleversements introduits par les innovations technoscientifiques au regard de la fonction de contrôle sociale de la biomédecine contemporaine. La biomédicalisation introduit à cet effet une rupture par rapport au processus de médicalisation, à la fois dans la définition et la surveillance des problèmes tombant sous la juridiction biomédicale et dans leur traitement. En effet, là où la médicalisation étendait cette juridiction à des conditions déviantes dans une logique de contrôle, la biomédicalisation englobe la santé elle-même, en s'arrogeant l'ensemble des risques qui pèsent sur elle comme objet. Dès lors, elle ne s'applique pas, comme dans le cadre de la médicalisation, à rétablir un état jugé normal, mais à optimiser n'importe quelle condition par des moyens biotechnologiques et des interventions axées sur les comportements et le mode de vie. À l'ère de la biomédicalisation, toute condition biologique est un objet *d'optimisation* et toute possibilité d'amélioration une nécessité morale.

Within biomedicalization, the legitimacy and practices of optimization and enhancement to secure “the best possible future” are becoming increasingly central. Beyond engaging with biocommodities and other biomedical enhancements, optimization also engages regimes of risk and surveillance and heightened responsibilities for knowledge accumulation and consumption. Optimization also involves taking up new kinds of bio-inflected individuals and collective (including familial) identities – technoscientific identities. Together these new forms of subjectification highlight the duties and burdens of authorizing one’s own – and others’ – futures. (Clarke et al., 2010: 40)

Elle procède ainsi d'un nouveau mode de normalisation qui s'effectue par delà les institutions médicales, dans l'existence quotidienne de chacun, désormais engagé dans la surveillance et la maîtrise des risques l'affectent. Dans ce contexte, la santé n'est plus un donné à rétablir, mais une construction permanente individualisée et dépendante de capacités morales individuelles. « *Risk*

technologies are therefore “normalizing”, not in the sense that they produce bodies and object to conform to a particular type, but more that they create models against which objects and actions are judged. » (Clarke and *al.*, 2010: 64). Le processus de biomedicalisation produit enfin de nouveaux types d'identités, au travers de nouvelles pratiques divisantes, non plus organisées selon la dichotomie sain/ malade, mais autour de la connaissance et de la gestion appropriée des risques.

La lutte contre le tabac contemporaine présente ainsi un enchevêtrement de logiques de moralisation et de pathologisation du tabagisme caractéristique du processus de biomédicalisation. « *In this somewhat modified reciprocity disease always implies a personal fault, and yet the patient must always be excused.* » (Greco, 1993: 370) En effet, le DAT s'applique à stigmatiser le tabagisme au motif des risques qu'il comporte, tout en normalisant la condition pathologique de dépendance à nicotine. Dans le cadre du DAT, les technologies biomédicales apparaissent comme un support essentiel de transformation de soi et d'acquisition d'identités sociales valorisées. Un patient d'une clinique du tabagisme à Montréal nous rapportait par exemple les propos de présentation de sa démarche de traitement : « tu ne vas pas arrêter de fumer, c'est un projet général de mieux être que tu vas mettre en branle ». Le recours aux substituts nicotiques et autres médicaments est ainsi recommandé en support de la démarche de transformation des comportements et modes de vie, afin d'aider les tabaco-dépendants à devenir des Non-Fumeurs, identité désormais associée à celle de sujets performants, pro-actifs et autonomes. Il signale l'émergence d'une « santé publique pharmaceutique », dans laquelle les interventions curatives et les technologies de traitement sont redéfinies comme des moyens de prévention de la maladie (Berridge, 2003 : 80). En véhiculant une conception de la santé biomédicalisée et en encourageant son public à traiter les conditions biomédicales qui conditionnent leurs risques de santé, la santé publique contemporaine participe certainement du processus de biomédicalisation.

Avec la biomédicalisation des toxicomanies, la norme s'étend aux individus hors-normes, les incluant dans le processus de normalisation et créant en leur sein de nouvelles divisions. La norme demeure le critère de partage des individus, elle produit toujours autant d'*anormaux*, mais repousse constamment ses propres limites. Ainsi n'assiste-t-on pas à une banalisation de la consommation de psychotropes, mais à l'apparition de nouvelles *pratiques divisantes*, qui tracent de nouvelles lignes de partage entre usagers. L'individu dépendant n'est plus intrinsèquement hors-norme. La biomédicalisation de la toxicomanie fait émerger un « *junkie* d'ordre nouveau » (Saint-Germain, 2005) gérant de manière adéquate sa pathologie et une toxicomanie sécurisée et sécuritaire, responsabilisée. En ce sens, elle s'apparente à une amélioration du sujet de la pathologie plus qu'à son rétablissement. Il n'y a donc pas tant une libéralisation des sociétés en matière de substances psychotropes qu'une extension de la normalisation à de nouveaux domaines et individus. Normalisant d'anciens anormaux, la biomédicalisation rejette cependant dans l'anormalité ceux qui ne peuvent, ou ne veulent, s'y conformer.

Le processus de biomédicalisation procède ainsi d'un nouveau mode de normalisation individuelle axé sur la transformation des corps et des identités. Il produirait alors de nouvelles identités, en permettant l'accès à des identités sociales valorisées et auparavant inatteignables, en imposant de nouveaux standards de performance et en créant des nouvelles catégories d'identités relatives à la santé (Clarke, et *al.*, 2010 : 81). Dans la mesure où la biomédicalisation porte en elle la possibilité d'une d'intervention sur le vivant sans précédent, elle produit des choix, virtuels ou actuels, une obligation de choisir (car ne pas choisir constitue déjà un choix), elle ouvre à une *politique de la vie elle-même* (*politics of life itself*, [Rose, 2007]). Sous le coup du processus de biomédicalisation, la santé devient un critère de définition des individus et l'action sur la santé un vecteur de transformation des sociétés et des individus.

La santé devient en effet un point central de l'existence, un point de convergence de discours et de pratiques. Elle apparaît fondamentalement labile, indéfiniment perfectible, et radicalement normative. Le culte de la santé recouvre en effet le culte de l'apparence, de la performance, de la jeunesse, etc. Le « sain » dissimule le bien, le bon, le beau, l'utile, mais ne s'y substitue pas. La santé devient un standard de performance sociale. Les « signes extérieurs de santé » (dents blanchies, corps athlétiques, visages lisses, etc.), apparaissant comme des signes d'élection et toute condition de disgrâce sociale est sujette à pathologisation (dents jaunies, rides, « *smoker face* », vieillissement, surpoids, impuissance, etc.). Dès lors, la norme médicale ne prend pas tant le pas sur la norme sociale ; plutôt, le territoire de la norme sociale s'étend sous le coup de la normalisation biomédicale.

Considérée comme relevant d'un « choix personnel », la santé devient un signe d'aptitude à fonctionner de façon responsable. Mais un « comportement responsable » en matière de santé ne consiste plus seulement à ne pas tomber malade, il ne suffit plus de *prévenir* la maladie, il faudrait désormais *maximiser* son capital santé. (Hache, 2007 : 56-57)

Si une responsabilisation de la santé et sa transformation en obligation morale s'expriment indéniablement au travers du DAT, la santé n'apparaît pas pour autant comme une super-valeur qui subordonne toutes les autres. La santé est certainement une condition nécessaire à la « bonne vie », mais elle en demeure un moyen, un signe que l'individu la « mérite ». En ce sens, le nouvel hygiénisme s'apparente à un néo-puritanisme. Avoir une santé parfaite n'est pas le but ultime de l'existence, mais la santé, entendue comme auto-surveillance et auto-contrôle permanents de sa condition biologique, devient une marque d'élection. L'autogestion de sa santé est plus une question de survie biologique qu'une question de survie sociale : « *minimizing physical risks is part of maximizing social fitness.* » (Mamo, in. Clarke et al., 2010: 184).

Ainsi la prolifération des injonctions de santé publique ne nous signale-t-elle pas l'émergence d'une santé totalitaire mais celle d'une culture du « sanitaire correct » (Gori, 2006 : 65) comme

technologie politique des individus. Plus que le tabagisme en lui-même, le DAT cible en effet des subjectivités tabagiques, c'est à dire des individus présentés comme incapables ou non désireux maximiser leur capital santé et d'optimiser leur vie. Ceux qui ne démontrent pas leur appartenance à ce modèle (le malade, l'insouciant, *celui qui fume toujours*, la personne âgée, etc.) sont considérés comme « sanitairement déviants ». « *Risk becomes an excellent yardstick by which citizens can be ranked as good or bad.* » (LeBesco, 2011: 157) Le bon fumeur est donc un fumeur repentant car la conformité des individus ne se mesure pas à une norme biologique préétablie (ne pas être dépendant à la nicotine), mais à leur capacité à adapter continuellement leur conduite au gré des découvertes biomédicales, à s'inscrire dans une optimisation permanente de leur condition. Le droit à la santé ne laisse pas tant la place à un devoir de santé qu'à un devoir de faire constamment preuve de sa capacité à maîtriser et calculer sa vie, à en être responsable.

2- Gouverner des âmes : le retour de la culpabilité

S'il y avait par le passé une séparation claire entre ceux qui calculaient les risques et gouvernaient les populations et ceux qui en étaient les sujets, le XX^e siècle se caractérise par une démocratisation progressive de la biopolitique (Rose, 2007 : 17). L'éducation à la santé procédait en effet d'une logique de normalisation transcendante, c'est-à-dire qu'elle faisait tendre des individus considérés comme passifs, de gré ou de force, vers une norme assimilée à un intérêt supérieur (cf. chapitre 4). La promotion de la santé s'adresse au contraire à des individus actifs, placés en position de choix en ce qui a trait à leur devenir biologique et dont les capacités à faire les « bons choix » sont précisément à renforcer (*empowerment*). La biopolitique contemporaine relève ainsi plus d'un gouvernement des âmes que des corps, elle repose plus que jamais sur une entreprise de subjectivation : « *Health promotion technique involve more than the creation of healthy lifestyles and*

healthy bodies but also healthy minds and healthy subjectivities » (Nettleton et Bunton, *in*. Bunton et al., 1995: 47). Le DAT encourage ainsi une transformation de la manière dont les individus conçoivent le monde et se conçoivent eux-mêmes, en suscitant des peurs et en activant des désirs.

Produit de l'alliance des experts de la population et des *experts de l'âme* (Rose, 1999), le DAT s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle biopolitique qui promeut la santé comme une définition de *la vie telle qu'elle vaut d'être vécue*. La biopolitique du risque procède d'un rapport éthique des individus à eux-mêmes. En jouant sur les croyances, les valeurs des publics cibles, le DAT enjoint les individus à s'appliquer à eux-mêmes les mécanismes de savoir-pouvoir inhérents à la biopolitique, à s'auto surveiller, à dépister la maladie ou ses risques dans les taches de leurs dents, dans les plis de leur peau ou dans l'odeur de leurs vêtements, et cela dans leur propre intérêt.

Les campagnes anti-tabac amènent « les personnes « à risque » à se subjectiver, pour parler comme Foucault, dans un mouvement d'affirmation de leur individualité les conduisant à rompre avec les comportements mimétiques préjudiciables à leur santé. (Berlivet, *in*. Fassin et Memmi, 2004 : 65).

Les campagnes anti-tabac positionnent leur public dans un rapport de choix à *leurs risques et périls*, le tabagisme comportant le risque ultime, celui de mort. La statistique abondamment diffusée par le DAT selon laquelle le « tabac tue un fumeur sur deux » pose ainsi de manière exemplaire ce rapport éthique au risque. Ce chiffre ne peut en aucun cas informer du destin individuel d'un fumeur quelconque, mais il suffit à suggérer que l'on vit plus longtemps sans tabac, que l'on vit mieux. Au centre de la biopolitique contemporaine se trouve ainsi une lutte individualisée contre la mort. Naturalisée, biomédicalisée, « privatisée, la mort cesse d'être perçue comme le socle ontologique propre à la condition humaine, elle devient l'enjeu d'un combat individuel pour la survie par le biais de l'arsenal biomédical » (Lafontaine, 2008 : 36). Le véritable visage du tabagisme que le DAT s'applique à révéler est ainsi celui de la mort, mais d'une mort d'autant plus insupportable qu'elle

pourrait être évitée. Une mortalité évitable est évidemment un oxymore car il ne saurait y avoir de mort évitable. Cette mortalité évitable ne se décèle que dans la comparaison avec une mortalité jugée normale, soit par rapport à une « bonne mort » située au-delà de 75 ans.

Curieux retour de la morale dans ce salut à trouver en soi, par soi, dans le corps. L'accentuation de la logique individualiste croise responsabilisation et culpabilité. Le propre, le sain, le pérenne, le méritoire sont, si l'on peut dire, de retour en grâce. Le jugement dernier du *corps-mémoire* se fait miette métaphysique. (Quéval, 2008 : 406)

Une publicité récente de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2013), « Pour vivre longtemps... en santé » (FMcoeur, 12-a), synthétise ainsi à la perfection ce rapport éthique au risque. Elle met en parallèle la fin de vie de deux personnes âgées jouées par le même acteur, ce qui renforce d'autant plus la divergence de leurs destins biologiques respectifs. D'un côté, la personne est active, fait du vélo, voyage, pêche, s'occupe de ses petits-enfants, est capable de nouer sa cravate, de souper avec ses proches qui sont heureux de le voir. De l'autre, l'homme est à l'hôpital, circule en fauteuil roulant, est sous médication, dépend d'auxiliaires de vie ou de machines pour s'alimenter ou respirer, et ses proches sont dévastés :

À quoi ressembleront les 10 dernières années de votre vie? Serez-vous assez rapide pour jouer avec vos petits-enfants? Assez énergique pour profiter de chaque instant? Serez-vous plein de vitalité ou vieillirez-vous malade? Il est temps de choisir... la maladie affectera les 10 dernières années de vie de la plupart des canadiens. Prenez demain en main. (FMcoeur, 12-a)

Aucun comportement à risque n'est présenté dans la publicité, mais la rhétorique du choix suggère déjà que la personne-âgée-malade n'a pas fait le bon, et qu'en choisissant de dédier sa vie à l'entretien de son capital santé, on peut vieillir en santé, c'est-à-dire performant.

Such images do more than inform the viewer of the risks associated with particular choices: they clearly frame individuals who engage in such behaviours within a wider set of emotionally resonant cultural dichotomies such as that of human versus animal, adult versus child, civilized versus uncivilized, and ultimately rational and sane versus irrational and insane.(Greco, 2009:18)

De même, l'objectivation des risques attenants au tabagisme, simulés informatiquement, mis en scène dans les campagnes, ou projetés statistiquement constitue une matérialisation du *coût* du tabagisme, une certification du châtement assorti aux mauvais choix. « Aussi est-on frappé par la tonalité néo-chrétienne de ce culte du corps. L'hédonisme est mis à mal par la peur de la faute, de la trajectoire erronée, celle qui contredirait la possibilité de vivre vieux et dans un corps sain, vieux parce que sain » (Quéval, 2008 : 405). La production de sujets responsables de leur santé procède ainsi de ce que Dominique Lecourt appelle une « macro-éthique de la peur », intériorisée sous la forme d'une « micro-éthique de la honte » (Lecourt, 1996 cité par Massé, 2003 : 25).

En somme, la « nouvelle » biopolitique engage les individus dans une vigilance constante appliquée à tous les aspects de la vie, la mort se dissimulant dans chaque recoin de l'existence et choix de vie, par une rhétorique du choix culpabilisante. Elle enjoint les sujets à s'auto-subjectiver, à renforcer leur conscience d'eux-mêmes en tant que vivants jusqu'à un niveau moléculaire (« protège ton ADN, empêche tes cellules de s'endommager »), à se placer dans un calcul permanent des coûts sanitaires de leurs comportements, calcul qui définit de plus en plus quel type d'individu ils sont. « *Biomedicine, throughout the twentieth century and into our own, has thus not simply changed our relation to health and illness but has modified the things we think we might hope for and the objectives we aspire to. That is to say, it has helped make us the kind of people we have become.* » (Rose, 2007 : 24)

3- À la poursuite de la santé

Une dernière dimension de la biopolitique contemporaine est qu'elle apparait consubstantielle du développement d'un marché de la santé. Considérée comme un but individuel et une responsabilité morale, la santé devient un terrain routinier de l'intervention biomédicale, dont le

marché se développe au même rythme que les velléités d'optimisation (Clarke and *al.*, 2010). « *In commodity cultures, health becomes another commodity, and the biomedically (re)engineered body becomes a prized possession. Health matters have taken on a "life of their own* » (Clarke and *al.*, 2010: 63). La biomédicalisation de conditions diverses et du tabagisme en particulier a partie liée avec le développement d'un « Complexe biomédical de technoservices™ » (Clarke et *al.*, 2000; 2003; 2010).

« *There is an elective affinity between contemporary somatic ethics and the spirit of biocapitalism. Somatic ethics, that is to say, accords a particular moral virtue to the search for profit through the management of life* » (Rose, 2007: 8). La santé entendue comme évitement de tout ce qui est indésirable est ainsi l'objet le plus gouvernable qui soit — et qu'y a-t-il de plus péremptoire que le risque de mort ? — mais également, le « plus bel objet de consommation » (Baudrillard, 1970 : 199). « La santé est devenue la marchandise la plus rentable au monde. » (Sicard, 2011 : 420)

Le marketing social inscrit la santé dans un cadre consumériste en l'associant à un mode de vie atteignable par le biais de la consommation de produits appropriés. L'implication de compagnies pharmaceutiques telles que *GlaxoSmithKline*, *Johnson & Johnson* ou *Novartis* dans la lutte contre le tabac ne relève pas de la philanthropie, elle signale plutôt l'émergence d'un marché de l'anti-tabagisme. Le recours au marketing social en santé publique ne témoignerait donc pas d'un empiètement de la santé sur les styles de vie, d'un impérialisme médical, mais bien d'une conception de la santé colonisée par le style de vie, « une santé promue en style de vie, vendue comme le sont aujourd'hui la plupart des actes quotidiens. » (Vigarello, 1993 : 307), soit d'une marchandisation de la santé.

"lifestyles" are commodified frameworks that can be sold through social marketing techniques. Here, health is constructed as a commodity that can be sold to segmented consumer groups in order to enhance their 'wellbeing'. Health promotion programmes are designed to persuade individuals to 'purchase' or 'adopt' different types of lifestyle, depending upon their degree of consumer power—including both their financial capacity to acquire

particular goods and services and also their status as 'champion' or potentially powerful exemplar of particular lifestyle characteristics. (O'Brien, in. Bunton et al., 1995: 201)

La rhétorique consumériste apparaît au moins autant au service de l'ambition sanitaire que la rhétorique sanitaire au service de l'ambition commerciale. Désormais, la raison sanitaire ne semble plus fondamentalement incompatible avec la raison économique, elles s'alimentent au contraire mutuellement et s'adressent finalement à un même sujet, un individu qui se réalise et se distingue par sa consommation, un consommateur.

This newer commodification is directed at lifestyle and social positioning whilst simultaneously providing the techniques of care of the self and subjectification. Health commodities act as carriers of disciplinary power in this respect. There would appear to have been a shift from ascetic health products toward pleasurable healthy products, mobilising the consumer to health, wealth and well-being. (Bunton, in. Petersen et Bunton, 1997 : 242)

« En tant que telle, la « forme » ne connaît aucune limite supérieure ; elle se définit en fait par l'absence de limite ; ou plutôt, par son inadmissibilité. Votre corps aura beau être en forme – *vous pourriez l'améliorer sur ce point.* » (Bauman, 2006 : 122) La santé en tant qu'elle cristallise désormais toutes les vellétés d'amélioration de l'existence et constitue par là même un moteur d'expansion théoriquement illimité du marché de la santé et de son corollaire, le sujet de l'amélioration de lui-même par la consommation de biens de santé :

Coupled with running shoes, athletic clothes, sports bras, health books, fitness magazines, exercise DVDs, diet pills, sport drinks, energy bars and machines which build, bend and bulk-up the body as just a small sample of what the health industry has to offer, Health consumerism greatly abounds. There is no limit to the reach of the free market and its entrepreneurial role in the health industry. Thus, the healthy and wise citizen is taught that insurance against health risks is based upon consumption of both the dominant ideals of what it means to be healthy and the goods and services which reinforces them. (Ayo, 2012: 103)

La promotion de la santé et la logique consumériste proposent toutes deux une rhétorique de l'*empowerment* d'un sujet *optimisable* et usent à cette fin de méthodes similaires. Le *faire fumer* et le

faire arrêter reposent finalement sur une même logique de subjectivation au travers d'un rapport aux choses et au monde. Nous sommes désormais enjointes à nous réaliser dans la santé comme dans n'importe quelle activité de consommation. « Le bonheur, inscrit en lettres de feu derrière la moindre publicité pour les Canaries ou les sels de bain, c'est la référence absolue de la société de consommation : c'est proprement l'équivalent du salut. » (Baudrillard, 1996 : 59) À l'aune de du marketing pro-santé, la santé dépend, comme n'importe quel style de vie, d'un ensemble de pratiques de consommation de produits pro-santé : médicaments, alimentation, abonnement au gym, etc. « [Le marché] raconte le processus de vie comme une succession de problèmes essentiellement « résolubles » qu'il nous faut résoudre et qui peuvent être résolus cependant qu'en utilisant des moyens uniquement disponibles dans les rayons des magasins. » (Bauman, 2006 : 116) En recommandant le recours à certains médicaments, dont l'efficacité est par ailleurs très contestée (Peretti-Watel et Moatti, 2009 ; Molimard, 2012), en faisant la promotion de ses sponsors pharmaceutiques, le DAT participe de la création et de l'alimentation d'un marché de l'antitabagisme, et de la production des consommateurs qui lui sont nécessaires.

Advertisements for pharmaceuticals drugs are everywhere. [...] These advertisements ask consumers to exercise individual choice, express desires, imagine futures, and become that which we are not now. In doing so, drug companies not only bring information directly to the consumer and generate demand for their particular therapies, but also produce consumers and their imaginary futures. (Mamo in. Clarke et al., 2010: 180)

La raison sanitaire se présente comme un moyen de gouverner les pratiques de consommation et les logiques consuméristes (narcissisme, logique de distinction, etc.) sont mobilisées à des fins sanitaires. La promotion des styles de vie sains et celle de produits favorisant la santé, fonctionnent en symbiose, sont dirigés vers une même cible et véhiculent un même discours. Par là, même les consommations reconnues comme pathogènes peuvent faire l'objet d'un *marketing salutogène*. *Coca-Cola* participe par exemple de la lutte contre l'obésité en diffusant des campagnes

de promotion de l'activité physique dignes de n'importe quel programme émanant des autorités de santé publique⁷¹. L'opération de relation publique est grossière, il n'en demeure pas moins que la possibilité même d'une telle campagne ne peut s'envisager en dehors des transformations normatives évoquées, auxquelles participe indéniablement la santé publique contemporaine. Si les rhétoriques commerciales et sanitaires se révèlent réversibles, c'est qu'elles renvoient à une même gouvernamentalité, qu'elles participent d'un même mode de gouvernement des sociétés.

B) Le DAT comme technologie de gouvernamentalité néolibérale

C'est à la lumière du projet néolibéral qu'il faut selon nous analyser le DAT. L'analogie entre les projets normatifs du néolibéralisme et du DAT apparaît en premier lieu au niveau de la délégation de prérogatives de gouvernement à des acteurs de la sphère privée. L'État, sous la forme des institutions de santé publique fédérales et provinciales demeure un acteur central du DAT. Il produit des rapports, pose les grandes orientations et les cadres de la lutte contre le tabac, commandite des enquêtes et des campagnes, mais alloue surtout des budgets à cette cause qu'il redistribue à plusieurs acteurs de la « société civile », le plus proéminent au Québec étant le Conseil Québécois sur le Tabac et la Santé (CQTS). Les acteurs du DAT sont divers et que leur lien avec la puissance publique se limite souvent à leurs subventions (cf. chapitre 5). L'État agit dès lors principalement par incitation à l'action d'acteurs non-étatiques : ONG, associations diverses, entreprises privées, médecins,

⁷¹ « Depuis plus de 125 ans nous rassemblons les gens. Aujourd'hui, nous voudrions qu'ils s'unissent sur un enjeu qui nous concerne tous : l'obésité. La santé de nos familles et la santé publique sont en jeu. À titre de chef de file des entreprises de boisson non-alcoolisées au pays, nous pouvons jouer un rôle important. [...] mais pour vaincre l'obésité chacun de nous doit agir en tenant compte d'un fait très simple : chaque calorie compte, peu importe son origine. Cela inclut *Coca-Cola* mais aussi tout ce qui contient des calories. **Si vous mangez et buvez plus de calories que vous en dépensez, vous allez prendre du poids.** Le bien-être et la santé de nos familles comme de nos communautés nous concernent tous, et la recherche d'une solution durable exige un effort soutenu de chacun d'entre nous, mais chez Coca-Cola, nous savons que lorsque les gens décident de s'unir, les choses se mettent à changer pour de bon. » (Coca-Cola Canada, 13, [nous soulignons])

étudiants, citoyens en général. Le DAT se caractérise en outre par un mode de financement très en vogue dans divers domaines, celui du partenariat public-privé.

Pour autant, sous couvert d'un retrait du paternalisme et de l'autoritarisme étatique, le DAT manifeste un interventionnisme plus profond que celui de l'ancien hygiénisme. L'idéologie *santéiste* (*healthism*) agit ainsi comme dissimulation et légitimation de cet interventionnisme et la forte moralisation des questions de santé permet une « politique active sans dirigisme » (Foucault, 2004b : 137).

Healthism works under the assumption that everyone should work and live to maximize their own health. This not only benefits the individual, but it is also presumed to work for the good of society as a whole. As the burden of health care is reduced from the shoulders of the state, it is then placed upon the consciousness of individual citizens. (Ayo, 2012: 100)

L'État protecteur n'apparaît dans le cadre de la lutte contre le tabagisme que sous la forme d'une protection contre les influences pro-tabac (interdiction de la publicité pour les produits du tabac, interdiction des étalages ostentatoires) et garant du droit à un air « pur » dans les lieux publics. Plus fondamentalement, il apparaît comme un État producteur/commanditaire de vérités scientifiques et diffuseur d'informations à destination d'individus souverains en ce qui a trait à leur santé. « *Government in this context is a dynamic process whereby production and dissemination of information opens up new forms of knowledge and new styles of action. [...] Self-governance implies an ongoing project whereby we are continuously information and expertise in relation to ourselves.* » (Nettleton, in. Petersen et Bunton, 1997: 218)

Le marketing, social ou commercial, est ainsi la technologie de gouvernementalité néolibérale par excellence. Suivant la transformation du principe de gouvernement du *laissez-faire* au *faire-faire* (Pigeard de Gurbert, 2011 : 14), la santé publique passe d'une logique de protection de la vie à celle d'une promotion de la « bonne vie ». « *The values which influence how we are governed overlap with*

those which shape how we govern ourselves. » (Nettleton, in. Petersen et Bunton, 1997: 213) Ce gouvernement par la liberté et l'autonomie des sujets s'opère notamment par le biais de nouveaux types de « pouvoirs pastoraux » (Rose, 2007; Lemke, 2011). « *The new pastors of the soma espouse the ethical principles of informed consent, autonomy, voluntary action, and choice and nondirectiveness.* » (Rose, 2007: 29) Ces nouveaux pouvoirs pastoraux, médecins, scientifiques, activistes de santé publique, pharmaciens ou représentants de compagnies pharmaceutiques, entreprises commerciales, par la diffusion de connaissances scientifiques et de jugements de valeur, balisent la réflexion éthique de sujets en quête de bien-être. Le marketing social est dans cette optique un puissant outil. « *Social marketing is posited as an exemplar of neo-liberal governance intended to change attitudes and behaviours from 'a distance' through the inculcation of shared values and dispositions towards wellbeing and consumption practices.* » (Crawshaw, 2012: 203)

Le pastorat néolibéral ne se caractérise pas en effet par la production d'une dépendance envers l'État mais par une autonomisation et une responsabilisation : « à l'inverse du pastorat chrétien dans lequel ce rapport de modification de soi est censé tendre vers l'élimination de toute volonté personnelle, la pastorale néolibérale oriente au contraire cette transformation de soi vers la maximisation de sa volonté. » (Hache, 2007 : 53) Dans ce contexte, la moralisation ne constitue pas qu'une politique symbolique qui exclut certains modes de vie et en valorise d'autres, mais un moyen de *conduire les conduites*. Les campagnes anti-tabac s'apparentent à une technologie politique des individus qui vise à développer leurs capacités d'autocontrôle (Berlivet, 1997 : 108) : « Arrêtez de fumer, prenez le contrôle ! » (AM, 7-a) La santé n'est pas une valeur mais bien une norme, en l'occurrence un puissant vecteur de « gouvernement à distance », c'est-à-dire sujets par eux-mêmes (Miller et Rose, 2008 ; Crawshaw, 2012). Le DAT illustre en dernier ressort le modèle de subjectivation

néolibéral qui repose sur une conception hégémonique du sujet, soit celui de l'*homo œconomicus*, qu'il promeut en étendant à la santé le domaine de l'autogestion responsable.

The autonomous citizen is s/he who manages these diverse networks – work, household, pension, insurance, private property – in the most responsible and prudent fashion vis-a-vis the avoidance of risk and the maximization of their own happiness. In other words, neoliberal governance involves the shaping of individual lives in a way that does not violate their 'formally autonomous' character. It operates not through the delimitation of individual freedoms but through their multiplication in the context of a notion of responsible self-management. Key to this reconfiguration of the self as enterprise is an ontology that absolutizes a certain notion of economic interest or choice. (McNay, 2009: 61)

Le néolibéralisme procède en effet d'une « individualisation du mode de changement social » (Foucault, 2004b : 149) : « une telle rationalité présuppose non pas que les individus sont « responsables », mais que les individus *peuvent* et *doivent* l'être » (Hache, 2007 : 63). Le gouvernement des vivants contemporains nécessite plus que l'ânonnement de ces préceptes ; il requiert la participation active des individus, leur conversion à la morale utilitariste. Si une conversion est nécessaire, c'est que le modèle n'a rien de naturel, qu'il doit au contraire être inculqué et appris. Le marketing social et « l'escalade de la violence » (cf. chapitre 5) qu'il déploie en matière de prévention (du tabac, mais également des accidents de la route, de la violence conjugale, du harcèlement sexuel, etc.) apparaissent comme des moyens essentiels de l'accroissement des auto-contrôles (Berlivet, *in*. Garrigou, 2000).

Tout comme l'utopie néolibérale, celle d'un monde sans fumée repose sur une subjectivation utilitariste. Le Non-Fumeur que cherche à produire le DAT n'est pas selon notre analyse une *personne qui ne fume pas*, mais l'idéal-type d'un sujet entièrement dévoué à la gestion optimale de son capital santé-beauté-jeunesse. Reprenant l'expression de Patrick Pinel, Jean-Paul Moatti et Patrick Peretti-Watel identifient le sujet idéal de la prévention émergeant dans l'entre-deux-guerres comme un *homo medicus*. « L'*homo medicus* est une fiction inventée pour les besoins de la lutte contre le

cancer, fiction nécessaire à son action préventive mais qu'elle a tenté (en vain) d'ancrer dans la réalité. » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 56) Acteur rationnel, responsable de son destin biologique, l'*homo medicus* constituerait ainsi le pendant sanitaire de l'*homo-œconomicus*. Le sujet de la prévention en général et du DAT en particulier est une véritable machine à calculer les risques et les bénéfices de son action. Sa condition biologique et ses ressources financières apparaissent de même nature, des capitaux à faire fructifier : éviter les cigarettes qui endommagent l'ADN, investir judicieusement son capital économique (pas dans des cigarettes), en épargnant pour payer ses frais de scolarité sans s'endetter, ou dans des consommations « utiles ». « L'individu, selon la représentation dogmatique d'aujourd'hui, est désormais regardé comme une firme ayant à gérer des risques, à chercher de l'information stratégique, à maximiser sa satisfaction partout où il se trouve. » (Laval, 2007 :333) La rupture avec les systèmes de santé publique précédents est consommée par le fait que le sujet de la santé publique est plus un stratège, un calculateur averti, qu'un conformiste. Il est par ailleurs un être complètement asocial, qui se constitue par lui-même et pour lui-même au gré de sa volonté et de son désir.

Il s'agit de gouverner les individus grâce au ressort de l'intérêt personnel, en les faisant entrer subjectivement dans une logique comptable qui mette en rapport les objectifs quantifiables qu'ils parviennent à atteindre et les sanctions qui leur seront distribuées. [...] Cette entrée dans la subjectivité comptable requiert de construire partout des systèmes d'information et d'incitation qui seront autant de dispositifs analogues à ceux du marché, qui fonctionneront sur le modèle du marché, et qui forceront ceux qui y seront pris à jouer sur le marché comme s'ils étaient des entreprises, donc à « gérer » leurs efforts pour maximiser leurs gains. (Dardot et Laval, 2010 : 46)

Le DAT ne s'adresse pas tant à un sujet sain ayant à cœur de protéger sa condition qu'à un sujet qui *a intérêt* à être sain, sans cesse à la recherche d'informations utiles à la maximisation de sa condition d'agent économique ou biologique (son espérance de vie, la circulation de son sang,

l'élasticité de sa peau, la qualité de ses dents, de ses veines, etc.). Le sujet de la prévention est intrinsèquement conçu comme capable de capitaliser sur les informations dont il dispose, adaptant sa conduite au fil des découvertes épidémiologiques. Fumer ne sert à rien, c'est au contraire un comportement extrêmement coûteux économiquement biologiquement et socialement. Le fumeur est donc un mauvais entrepreneur de lui-même. Or si le modèle de l'*homo œconomicus* ne semble pas convenir à des millions de personnes, c'est parce que l'appréciation des coûts de leur tabagisme par les fumeurs est faussée par leur dépendance à la nicotine et les pressions pro-tabac, de leurs proches, de l'industrie du tabac ou du cinéma.

Il faut dès lors voir la biomédicalisation de conditions diverses, de conduites *irrationnelles* (addiction au shopping, à Internet, au jeu, au sexe, etc.) ou *à risque*, comme participant d'une sauvegarde et d'une réification de ce modèle. L'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) définit ainsi par exemple la dépendance comme «une maladie chronique du cerveau». L'*homo œconomicus* est en effet frappé plus souvent qu'à son tour par des «maladies de la volonté» (Valverde, 1998).

La compulsion apparaît comme la principale pathologie qui frappe l'*homo medicus* et l'empêche d'être un sujet sain et autonome. En même temps, elle permet de perpétuer cette fiction, puisqu'elle fournit une explication à son échec : si je n'agis pas comme un *homo medicus*, ce n'est pas parce que je n'en suis pas un, c'est parce que l'*homo medicus* en moi a été engourdi par la pression des pairs et le mimétisme social, puis endormi par la puissance addictive d'une substance ou d'une pratique. (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 62)

La nouvelle normalisation biomédicale apparaît en ce sens essentielle au projet néolibéral et tributaire de son idéologie. Le processus de biomédicalisation vient à la fois expliquer les déviations au modèle, les excuser d'une certaine manière, et les transformer. Les solutions proposées par le DAT tel que le recours aux traitements de substitutions ou les antidépresseurs, les hausses de prix et le marketing anti-tabac/pro-santé, sont considérées comme productrices d'*empowerment* car elles

rétablissent, ou font appel à la rationalité calculatrice des fumeurs. Elles visent à leur (re)donner la capacité de révéler le véritable homme économique qui sommeille en eux et ne demande qu'à s'exprimer une fois débarrassé de ses oripeaux de Fumeur. Le DAT présente ainsi les caractéristiques typiques du gouvernement à *distance* propre au néolibéralisme lequel s'appuie et produit le sujet de son propre gouvernement.

III. Capitaliser sur soi : améliorer sa vie en cessant de fumer

Prendre soin de moi, devenir ce que j'ai toujours souhaité être, c'est ma motivation ultime!!!! (Melanye, Malartic, 2012)

Après avoir souligné les soubassements idéologiques de la représentation de la santé contemporaine et mis en évidence les affinités électives entre le projet néolibéral et celui d'un monde sans fumée, il s'agit de voir si les axiomes du DAT se retrouvent dans le discours de ceux à qui il s'adresse. Nous analyserons ainsi dans la dernière partie de cette analyse d'un monde sans fumée un corpus de témoignages de participants à la campagne du *Défi j'arrête, j'y gagne* comme révélateur d'un mode d'individuation contemporain.

A) Le récit d'une conversion : changer sa vie en devenant Non-Fumeur

Ma vie a complètement changé ! (Gigi, Montréal, 2013)

1- *Le processus d'arrêt du tabac*

VIVRE CENTENAIRE. J'ai essayé d'arrêter chaque année depuis l'âge de 43 ans. J'en ai aujourd'hui 50. Si je veux vivre un autre 50 ans, c'est le temps d'arrêter! (Poussinette50, Warwick, 2010)

Un des premiers motifs avancés par les participants au Défi est assez logiquement celui de la santé. Cette dernière apparaît ainsi comme élément déclencheur de l'arrêt du tabac de deux manières. Tout d'abord, plusieurs participants évoquent avoir été ou être personnellement frappés par des problèmes de santé divers, de gravité variable, parfois très sérieux (cf. annexes chapitre 6, 5-a-1) :

Pour l'amour de soi. Juste pour vous dire que moi je ne voulais pas arrêter de fumer car j'aimais ma cigarette. Puis un peu avant les fêtes 2011 je me suis ramassée avec de la nitro. J'ai dû subir une intervention qui s'appelle une angioplastie le 19 janvier 2012. Une de mes artères principales (coronaire droite) était bloquée à 70.1%. Il a dû installer un ressort médicamenté. Puis le médecin m'a avisée que si je continuais de fumer la même artère pourrait rebloquer et cela engendrerait une opération à cœur ouvert. De plus, j'ai été bénie, car j'aurais pu faire un infarctus fatal m'a-t-il dit. J'ai cessé de fumer le 21 janvier. (France, Gatineau 2012)

Enfin libérée!! Enfin je ne fume plus! J'ai 28 ans et j'ai fait un AVC le 24 janvier dernier. Laissez-moi vous dire que paralysée du bras gauche et perdre la parole avec la bouche croche, à cause de la fumée, le défi pour moi a été très facile. Mais il ne faut pas attendre que cela se produise, il faut agir tout de suite et arrêter de fumer (Sandra, Saint-Léonard-d'Asto, 2012)

J'AI GAGNÉ !!!!! J'ai cessé de fumer le 1er janvier. J'ai appris que j'avais un cancer au poumon le 15 janvier. Avec 2 combats à mener, je me suis battue, et j'ai gagné. Opéré le 27 février dernier, plus rien, pas de chimio ni radio, fini fini. La cigarette aussi est bien finie pour moi et j'espère pour plusieurs d'entre vous. (Jocelyne, L'Épiphanie, 2013)

Il y a 16 ans que je suis en fauteuil roulant, paralysie complète du côté gauche dû au stress, cholestérol et tabac. J'en suis à ma septième tentative d'écraser pour de bon. (Pierre, Drummondville, 2012)

La santé apparait comme un motif important dans la démarche d'arrêt du tabac, même si les participants eux-mêmes ne sont pas atteints d'une pathologie causée par la consommation de tabac. La maladie d'un proche peut par exemple déclencher la démarche de sevrage, constituant en quelque sorte un rappel de la condition de mortel et de sujet à risque de l'intéressé.

J'ai 46 ans et désire améliorer ma qualité de vie. Mon père est décédé du cancer du poumon et j'ai aussi un frère mort de la même manière. Il faut avoir la tête dure pour continuer à fumer quand même. Bref, mieux vaut tard que jamais. Je commence à être fière de moi et cela me fait du bien. (Anne-Marie, Sept-Îles, 2012)

La bonne motivation. Il y a 10 ans, j'ai cessé de fumer suite à une visite chez un ami mourant du cancer du poumon. Ça ma fait mal de le voir comme ça. J'ai résisté à l'envie de fumer pendant 5 ans et demi. Ce qui s'est passé, c'est que j'ai fait mon deuil du décès de cet ami et ma motivation pour résister à la cigarette a diminué. Aujourd'hui, j'ai une nouvelle motivation qui ne va pas s'atténuer avec le temps. Lorsque l'envie de fumer me revient, je me dis que l'amour que j'ai pour ma fille est plus grand que mon envie de fumer. C'est une pensée merveilleuse et elle va résister à l'épreuve du temps. (Robin, Mirabel, 2012)

Moi et mon conjoint on essaye d'avoir un enfant donc ça m'aide aussi à rester motivée. Il y a un mois mon père m'a appris qu'il avait une tumeur au rein probablement causée pas la cigarette n'attendez pas d'être rendu jusque-là, lâchez ça tout de suite!!!!!! (Synthia, Mont-Laurier, 2012)

Un troisième ordre de motifs apparait dans cette série de témoignages relatifs à la maladie d'un proche, celui de la famille et plus précisément des enfants. Sur les photos accompagnant certains des témoignages, les participants se mettent en scène ou présentent les raisons pour lesquelles ils arrêtent de fumer (photos de vacances, de sport, de voitures, de famille, etc.). Il y aurait ainsi beaucoup à dire sur les stratégies de présentation de soi sur le forum du *Défi*, mais nous nous contenterons de souligner le fait que beaucoup de participants se mettent en scène avec leurs

enfants ou petits-enfants, ou bien présentent seulement une photo de ces derniers (DJJG, 6-b, cf. cf. annexes chapitre 3, 1). Arrêter de fumer pour l'amour de ses proches apparaît comme un lieu commun de la démarche d'arrêt du tabac (Cf. annexes chapitre 6, 5-a-2)

Trouver une motivation! Voici mes 2 premières motivations [photo de ses filles] pour arrêter de fumer. Je veux les voir grandir et devenir adulte et profiter de la vie avec eux et peut-être un jour avoir des petits-enfants!! Je donnerais ma vie pour eux alors je crois être capable de leur donner une Maman sans fumée. (Nancy, St-Eustache, 2012)

Nouveau départ. Je suis loin d'être fière mais je fumais un peu enceinte de ma 2e petite fille...qui est née le 25 janvier 2012.....et j'ai cessé de fumer depuis mon accouchement....question de pouvoir profiter de mes 2 filles le plus longtemps possible! On n'a qu'une vie à vivre....et je veux la passer avec ma petite famille le plus possible! (Isabelle, St-Eustache, 2012)

Liberté. J'ai cessé depuis le 8 janvier 2012 date d'anniversaire de mon fils. Il m'a annoncé que je serai grand-mère. Je veux vraiment un avenir sans fumée pour ce petit. (Johanne, St-Dominique, 2012)

J'arrête pour plusieurs raisons, comme beaucoup d'autres fumeurs (santé, argent) mais pour moi, ma raison première est pour mes enfants: je dois leur montrer l'exemple, je ne veux surtout pas les voir esclaves de la cigarette comme moi. (Sylvie, Brossard, 2012)

Si la question sanitaire est mentionnée au travers de la peur d'infliger à leurs enfants la perte d'un parent, elle est cependant reléguée au second plan derrière la question morale que pose le tabagisme. En effet, la peur évoquée est surtout celle de ne pas donner le bon exemple, de ne pas transmettre les bonnes valeurs, finalement de ne pas être à la hauteur de ses responsabilités parentales. Ainsi l'arrêt du tabac apparaît-il comme un moyen de s'améliorer en tant que parent, d'obtenir une « seconde chance » dans l'éducation de ses enfants, en faisant mieux qu'avec les précédents ou qu'avec ses propres enfants dans le cas des grands-parents. L'arrêt du tabac apparaît intrinsèquement relié à la problématique de l'amélioration de soi et du monde : être un bon parent et transmettre un monde meilleur.

L'arrêt du tabac apparaît ensuite au travers de ces témoignages comme un véritable calvaire, un bouleversement majeur de l'existence. Il faut rappeler que le forum du *Défi* est avant tout un lieu d'entraide, issu de la mouvance *self-help*, une ressource de soutien de la démarche d'abstinence parmi d'autres, qui permet d'échanger sur des problèmes et de partager des astuces. Ainsi le récit de l'arrêt du tabac est-il souvent celui de « l'enfer », d'un véritable parcours du combattant.

C'est vraiment difficile. Cela fait deux mois que je ne fume plus grâce à *Champix*, mais j'ai encore des crises. Je me demande si c'est normal. Quand j'ai une crise, ça peut durer des jours. J'ai décidé d'arrêter le *Champix*, au cas où ce serait à l'origine de ma déprime. Je ne veux surtout pas flancher; je sais que si j'en fume une seule, c'est fichu. Mais c'est si dur! J'aurais besoin de trucs pour passer à travers les crises. (Pourquoipas, Sherbrooke, 2010)

Je vis l'enfer mais suis contente malgré les 30 livres que j'ai repris. (Sylvie, Chandler, 2013)

ESCLAVE de cette cigarette OUI. [...] j'essaie d'être le maître c'est dur. (Ghislaine, 2012)

30 ans de vie commune avec la cigarette [...] J'ai pratiquement tout essayé. Cigarettes en plastique, gommes, *Zyban*, *Champix*, acupuncture, etc.... Chaque fois j'ai trouvé une bonne raison pour en fumer une. Trop de stress, pour me détendre, je vais prendre du poids, juste pour voir et ainsi de suite. (Nancy, Québec, 2012)

Les participants mentionnent dès lors souvent l'importance d'un soutien médical, évoquant le rôle de leur médecin, d'une infirmière du CLSC ou bien leur recours aux médicaments : anxiolytiques, antidépresseurs, *Champix* (12 occurrences), *Zyban*, substituts nicotiniques divers, gommes, patchs (17 occurrences), *Nicorette*, *Nicoderm*, *Habitrol*, etc. Ces médicaments apparaissent cependant plus ou moins nécessaires et efficaces. Si certains témoignages font état de puissants effets secondaires (dépression, allergie), d'autres constituent de véritables plateformes publicitaires pour les produits en question.

Ça fonctionne! Presque deux semaines d'arrêt! Je suis fière de moi. Je sais que je suis capable avec l'aide du *Champix*. (Sylviane, St-Maurice, 2010)

Plus facile que je croyais! Avec l'aide de *Nicorette*, j'ai passé à travers de ma première semaine sans capoter, j'aurais dû le faire bien avant. La réussite est évidente. (Pierre, Montréal, 2012)

Je prends du *Zyban* et ça va bien (Kathy, St-Nicolas, 2012)

L'arrêt du tabac est présenté comme une épreuve redéfinissant l'existence, un authentique rite de transformation de soi. : « C'est vraiment difficile »... « mais ça vaut le coup »! Le terme « courage » apparaît par exemple 53 fois dans notre corpus. Malgré la violence du sevrage, l'épreuve de cessation tabagique est unanimement présentée comme offrant des bénéfices inestimables : santé, amour, argent. Arrêter de fumer « c'est le plus beau cadeau qu'on peut se faire », la formule apparaît 22 fois au sein de notre corpus. Avant d'analyser plus en détail les fruits de la conversion à l'anti-tabagisme, une poignée de témoignages viennent nuancer ce récit de l'extase anti-tabagique, soulignant *a contrario* la centralité de la démarche d'arrêt dans l'expérience individuelle. L'échec dans son combat contre le tabac met en effet en lumière une insuffisance du sujet et la supériorité de la technologie-cigarette sur des corps et des volontés vulnérables, au travers de la force de la dépendance qu'elle engendre.

J'ai manqué mon essai... J'ai flanché... [...] Je vais réessayer, c'est sûr mais la prochaine fois, je vais aller voir mon médecin et je prendrai *Nicorette* s'il le faut...J'aimerais vraiment redevenir non-fumeuse; j'ai déjà réussi 2 fois avant, donc rien n'est impossible mais je ressens quand même de la culpabilité et du découragement; je n'aime pas "NE PAS RÉUSSIR" et surtout ne pas faire ce que j'avais décidé. Je me croyais beaucoup plus forte et prête. C'est un échec pour moi et je n'en suis pas fière. (Danielle, Yamaska, 2012)

Franchement nulle. J'essaie depuis quelques mois, suite à une annonce de cancer qui ne s'est pas avéré. Nounoune. J'ai recommencé car le sevrage était insupportable. (Sylvie, St-Jérôme, 2013)

Syndrome de Stockholm. Ça me choque aujourd'hui de devoir admettre que je serai un fumeur toute ma vie, malgré que je ne fume plus depuis 27 jours maintenant. Je suis absolument conscient que j'y penserai de moins en moins souvent et de moins en moins intensément. Mais ça me frustre vraiment d'être nostalgique ou même triste de plus fumer. En plus de

m'avoir physiquement nuit, la cigarette m'aura donné une maladie mentale, un peu comme le syndrome de Stockholm, je suis tombé en amour avec le ravisseur de ma liberté et de ma sécurité : la cigarette. Il faut avoir fumé soi-même pour comprendre cette détresse psychologique que provoque l'arrêt de fumer. Je vous admire tellement de mener ce combat! (Charles, Outaouais, 2013)

2- Devenir un Non-fumeur, améliorer sa vie

Ma vie va beaucoup mieux. (Patricia, Repentigny, 2010)

Le thème de la conversion développé dans notre analyse du DAT, apparaît, à la lumière des témoignages de notre corpus, remarquablement pertinent. Pour certains, l'arrêt du tabac va jusqu'à prendre la forme d'une expérience mystique proche d'une résurrection :

Un second souffle pour la vie!!! Très bientôt, j'en serai à mon 8e mois sans fumer. Chose qui peut paraître bien anodine pour certains, mais qui est tout un exploit pour moi. En début d'année, j'ai suivi une formation afin d'agir à titre de secouriste en milieu de travail; notre formatrice nous a expliqué les risques encourus par les fumeurs. Je me suis dit que j'avais 24 ans et toute la vie devant moi et que, par conséquent, cela ne me touchait pas vraiment. Toutefois, en février dernier, lors de mon auto-examen des seins, j'ai découvert une masse. Le soir venu, panique face à cette découverte; des larmes ont été versées. C'est à ce moment que j'ai décidé de faire attention à ma santé et que j'allais commencer par arrêter de fumer. J'ai demandé à Dieu la force et le courage d'arrêter de fumer; en retour, la bosse mystérieuse devait disparaître. À partir du matin du 8 février 2010, je n'ai plus fumé une seule cigarette. Bien sûr,

le combat fut plus difficile par moments, mais j'avais toujours espoir qu'en tenant le coup, la bosse disparaîtrait... et c'est ce qui est arrivé. Lors de ma deuxième visite chez le médecin, tout avait disparu... à ma plus grande joie. Si vous hésitez, dites-vous que c'est peut-être le plus beau cadeau que vous vous ferez de toute votre vie. Ne désespérez pas! (Isabelle, Richmond, 2010)

Frère André. Je suis à ma 3eme fois d'arrêt de fumer parce que je faisais de l'asthme la première fois avec patch, j'ai pris 25 livres et fait une dépression, la deuxième fois je me suis fait dire par ma pneumologue que j'étais rendue emphysemé, elle m'a prescrit du Champix que j'ai pris 2 mois, encore dépression, maux de cœur, plus le goût de vivre. Au mois d'octobre 2011, j'ai été à l'oratoire ST-JOSEPH, j'ai demandé au FRERE ANDRÉ de m'aider à arrêter de fumer. Je lui ai dit si tu as fait des miracles et tu as pris les béquilles de plein de monde, alors moi mes béquilles c'est mes cigarettes, je te demande de me donner la force à moi et mon fils de nous aider d'arrêter de fumer et je lui ai dit, dans un an, si j'ai arrêté de fumer et pas recommencé, je reviendrais ici porter mon dernier paquet de cigarette que je n'ai pas fumé et je le mettrais avec toutes les béquilles du monde que tu as sauvé. Voilà, c'est mon histoire depuis le 16 octobre, moi et mon fils Kevin on n'a pas fumé. Moi j'ai pris deux mois de patches, 20 livres, mais l'été arrive je vais les reperdre ça va bien. [...] Le 16 octobre 2012 je me vois aller porter mon paquet de cigarettes au frère André à l'oratoire St-Joseph, je n'ai plus besoin de mes béquilles, merci ça fait 6 mois et 12 jours que moi et mon fils on ne fume plus:-) (Danielle, Mascouche, 2012)

Si ces exemples peuvent paraître extravagants, l'ensemble des témoignages présente une relecture de l'existence personnelle à la lumière de leur conversion à l'anti-tabagisme, assimilé à une transformation radicale de leur vie, une véritable rédemption. Les participants apparaissent en premier lieu touchés par la grâce après une vie d'errance et de malheur. La thématique de la « nouvelle vie » ou de la « seconde chance » est par exemple récurrente. L'arrêt du tabac apparaît comme une transformation libératrice qui illumine en retour la totalité de l'existence (cf. annexes chapitre 6, 5-b-1)

Liberté. Depuis le 2 janvier dernier, je peux vous dire que je suis enfin libre. Enfin débarrassée de cette dépendance à la nicotine. Tout me paraît plus beau. Je suis beaucoup plus en forme

et j'adore!! Le défi j'arrête j'y gagne m'a aidé à prendre ma décision qui améliorera ma qualité de vie. Enfin j'ai gagné !!! (Mélanie, Sainte-Catherine, 2012)

Faites-vous un cadeau. Je ne fume plus depuis le 22 mai 2005. J'avais très peur d'arrêter et d'engraisser, j'avais peur de ne pas réussir, je me sentais très vulnérable et sensible, mais je peux dire que lorsque j'ai vraiment débuté le défi, tout est tombé en ordre pour moi. Ma respiration meilleure, une meilleure santé, une meilleure alimentation, de l'exercice, confiance en moi-même, et de plus, je ne dépends plus de celle qui me faisait mourir à petit feu, car c'est exactement ce qu'elle faisait. Je vous encourage donc à embarquer dans ce défi et vous allez voir que c'est le plus beau cadeau que vous ayez jamais reçu de votre vie. Bonne chance, vous méritez tous la santé. P.S. j'avais toujours des maux de têtes, devinez quoi, j'en ai plus. (Jo-Ann, Gatineau, 2012)

C'est le plus beau cadeau que je peux m'offrir. J'ai aussi découvert que la vie vaut la joie d'être vécue et je veux la vivre pleinement car j'ai beaucoup d'amour à donner aux gens qui m'entourent. Alors lâchez pas et surtout n'attendez pas de vivre quelque chose de dramatique pour passer à l'action. (France, Gatineau 2012)

Vive la vie. Que du positif !!! Ça a vraiment changé ma vie. Je suis beaucoup plus en forme et je me sens revivre !!!! Ça à l'air gros dit comme ça, mais c'est vraiment ce que je ressens. (Suzie, Sherbrooke, 2013)

Quelle libération, je redonne une deuxième vie à ma santé... Je me sens très heureuse... (Martine, Ste-Agathe-des-Monts, 2013)

Il est alors difficile de détacher cette apologie d'une visée prosélyte propre à la nature du *Défi*, à la fois forum de soutien et campagne anti-tabac : « Vive l'air pur !!! » (Mylène, Montréal, 2013), « Longue vie aux non-fumeurs!!! » (Audrey-Maude, Lachute, 2013). Les bienfaits de l'anti-tabagisme étant absolus et universels, ils doivent être largement promus. Les récits édifiants servent ainsi à exposer les méfaits universels du tabagisme — « n'attendez pas que ça vous arrive », mais également à démontrer que « rien n'est impossible!! » (Jessika, Mont-Laurier, 2012), car « quand on veut, peut!!! » (Mylène, Montréal, 2013).

Si moi j'ai réussi, tout le monde le peut... Et puis, un jour à la fois, et puis je me suis beaucoup félicité moi-même, je me suis fait des petits cadeaux, je me suis fait plaisir, et surtout, surtout,

je suis tellement mieux et fière de moi, enfin. C'est un mauvais moment à passer mais chaque jour est un pas de plus. On sent bon, on a toujours de l'argent dans nos poches, fumer ça coûte cher, l'auto reste propre, on ne tousse plus, les dents restent plus blanches, on est plus calme et on ne fait plus partie des "parias" de la société qui dérangent tout le monde et qui se font regarder de travers ou qu'ils aillent pour griller leur cigarette ! La cigarette aujourd'hui, c'est OUT. Voilà, bon courage et ne lâchez pas, vraiment, quand cet espèce de vague à l'âme ou de dépression passe, on est tellement mieux, il faut juste persévérer, un jour à la fois, vous en valez la peine. Bonne chance ! (Johanne, Québec, 2013)

Je me sens bien ! C'est vrai que ça fait pas longtemps que j'ai cessé de fumer mais je tiens à dire que je suis très fière de moi depuis déjà 3 semaines et je me motive je vais au gym et je pense à autre chose et je fais aussi attention à mon alimentation quand ont veut vraiment on peut et je n'ai pas pris aucune livre jusqu'a maintenant j'ai même perdu du poids vive l'entraînement je vous encourage à le faire ça fait du bien et plus d'énergie. (Nicole, Québec, 2013)

Enfin, l'anti-tabagisme constitue une définition de l'existence au quotidien. La lutte contre le tabac se joue en effet au jour le jour, constitue un choix qui détermine l'existence au quotidien.

Difficile mais tellement gratifiant! Mais, pour moi, comme pour bien d'autres c'est un combat à vie. Je suis très fière de moi! (Lucie, Mont St-Hilaire, 2012)

WOW! Je n'avais plus confiance de pouvoir réussir mais je l'ai fait et je sais très bien que j'aurai à être attentive toute ma vie pour continuer sans fumer mais je suis tellement contente que le seul mot pour décrire ce que je ressens est WOW! Je continue parce que je me sens mieux et fière, enfin! (Aline, Montréal, 2013)

Je veux demeurer non fumeuse pour ma vie. Une journée à la fois, je gagne. (Carole, Sherbrooke, 2013)

Je suis toujours non fumeuse - j'en fais le choix chaque jour. (Marielle, Montréal, 2012)

L'anti-tabagisme apparaît comme une métamorphose entièrement positive de l'existence, une grande victoire, une épreuve initiatique, une expérience mystique, une véritable rédemption, en d'autres termes, le meilleur moyen d'améliorer sa vie. Les participants avancent tout d'abord que l'anti-tabagisme leur apporte une amélioration de leur condition physique et de leur environnement

immédiat. Respiration, goût, odorat, énergie, l'amélioration de la vie consécutive à l'arrêt du tabac, tangible ou projetée, est *sensible* (cf. annexes chapitre 6, 5-b-2).

J'ai bonne haleine et mes mains ne sentent plus la nicotine! J'ai de la misère à sentir mes amis fumeurs... je trouve littéralement qu'ils puent! J'imagine mes poumons redevenir roses peu à peu et ça m'encourage beaucoup. (Lorraine, Mont-Tremblant 2010)

WOW Je respire!!! J'ai compris que le plaisir de fumer peut être remplacé par le plaisir de respirer !!! Je n'ai plus de toux matinale...je peux faire du sport sans mourir au bout de mon souffle avec le cœur prêt à sortir de la poitrine. J'ai retrouvé mon odorat!!! Le printemps ça sent bon !!! J'ai plus de temps!!! [...] J'ai fumé pendant la moitié de ma vie. J'ai 32 ans et je souhaite à tout le monde d'au moins essayer d'arrêter... les bénéfices sont beaucoup plus grands que le plaisir de fumer lui même !!! (Marianne, Québec, 2013)

Libre. Allo tout le monde. 54 jours sans fumer. Depuis 14 jours j'ai cessé d'utiliser un des trois médicaments pour l'hypertension que je gobais depuis 13 ans tous les jours, sur recommandation du Doc bien sûr. Ma pression, 109/59, en moyenne depuis l'arrêt. Quand on sait que 120/80 c'est optimal, je peux affirmer que ça va pas pire. Je vais retourner voir le Doc pour je l'espère en éliminer un autre. Pour moi, ça c'est du concret. Quand on me demande ça fait quoi arrêter de fumer, j'ai enfin la réponse que je cherchais. (Bernard, St-Hubert, 2013)

Cependant, si les participants apprécient d'être débarrassés des désagréments communs imputés au tabagisme, la santé ne s'avère pas, à la lumière de notre analyse, être le bénéfice le plus évoqué. Par exemple, on note 124 occurrences du vocable « fierté » dans notre corpus, contre 31 pour celui de « santé ». Ainsi, bien plus que la santé en tant que telle, l'abandon du tabagisme bénéficie à l'estime de soi. Le registre de la fierté renvoie au fait d'être capable de se départir d'une féroce dépendance, d'avoir « réussi », « gagné », de sortir victorieux de leur défi, mais plus fondamentalement d'être des non-fumeurs. Le vocabulaire guerrier ou sportif souligne les efforts consentis, le travail accompli, la mesure de l'épreuve du sevrage. C'est avant tout en tant que sujets méritants que se présentent les participants « victorieux » au *Défi*. Le sentiment de fierté apparaît

ainsi en rupture totale avec celui de honte qui prévalait chez eux en tant que fumeurs (être un mauvais parent, sentir mauvais, etc.), ou qui prévaut encore d'autant plus chez ceux qui « échouent ». L'amélioration physique, sensible, *mesurable*, passe au second plan par rapport aux bénéfices plus symboliques de l'arrêt du tabac. Arrêter de fumer revient à s'engager dans une pratique sociale valorisante et à endosser une identité sociale valorisée (cf. annexes chapitre 6, 5-b-3).

On en retire tellement de bien et de fierté que ça en vaut grandement la peine! (Stéphanie, Chicoutimi, 2010)

2ième souffle. J'apprécie grandement la vie sans fumée, tout d'abord, parce que cela m'a permis [...] de sentir mon amour-propre grandir. (Martine, Ste-Anne-des-Lacs, 2012)

Défi pour moi c'est d'être libre... Défi pour moi, c'est d'être en santé... Défi pour moi, c'est d'être contente de me dire que je peux réussir et de pouvoir jouir de la vie et de me sentir encore plus belle et surtout d'accomplir quelque chose de valorisant... (Martine, Saguenay, 2012)

La vie sans fumée. Je suis très fier d'avoir mis un point sur la cigarette j'ai réussi et je suis très fier de moi je continue car je suis devenu un non-fumeur. (Yves, Ste-julienne, 2013)

Moi à 50 ans...je vais vivre le tout en ex fumeuse et j'en suis fière:) (Christiane, Delson, 2013)

Réussite. Pour moi c'est une grande victoire surtout que je vis avec ma mère qui fume mais ça ne me dérange même plus. Je suis même fière quand on me quête des cigarettes sur la rue de dire désolé je ne fume pas. (Martine, Montréal, 2013)

Je suis très fière et je suis bien dans ma peau. (Sylvie, St-André-Avellin, 2012)

Être un non-fumeur est manifestement lié à la question de la liberté : « C'est fou comme on se sent bien et libre! » (Hélène, Bécancour, 2012). La liberté anti-tabagique s'oppose bien entendu à l'« esclavage » induit par le tabagisme. Elle repose sur la notion de contrôle de soi, des « rages » et pulsions tabagiques mais plus globalement de sa vie. La « victoire » contre le tabac apparaît à la fois

comme signe de la capacité du sujet à être libre et en contrôle de sa vie, comme moyen de prendre sa vie en main (cf. annexes chapitre 6, 5-b-4)

Aujourd'hui, après 3 mois sans fumer, je me sens libéré comme si je sortais de prison. Je respire mieux je dors mieux et en plus je sens bon. Je me félicite. (Maxim, Québec, 2013)

Je suis fière de moi et me suis libérée de cet esclavage. (Micheline, Québec, 2012)

Je ne me laisserais plus contrôler par la cigarette. Je suis fière de moi aujourd'hui. (Nathalie, Rimouski, 2012)

Quelle libération! [...] C'est un grand défi. Lorsqu'on est vraiment motivé, on y parvient avec une certaine aisance. Pour ma part, je m'étais créé de petites formules (comme des mantras) que je me répétais mentalement aussi souvent que possible. Exemple : « Je suis un être pur de la conscience du Soi, je peux, je veux et je suis capable d'arrêter de fumer en douceur et sans obsession du tabac, tout en maintenant mon poids santé. » Cette formule m'a beaucoup aidée, de même que la marche, l'activité physique, la méditation et une bonne hydratation. J'ai pris 3 livres. Je suis satisfaite. Il faut croire en soi. Bon défi! (Lise, Victoriaville, 2010)

La vie est belle. Ça va bientôt faire 3 mois et demi que j'ai arrêté de fumer !!! Quelle fierté ! Ayant été une grande fumeuse, je vois tous les bénéfices que cela apporte. Je me sens plus saine et en meilleure santé, les activités physiques m'ont aidé pour beaucoup, boire beaucoup d'eau et garder en tête une belle motivation quotidienne. C'est tellement gratifiant avoir enfin un contrôle sur sa vie et être libéré de la cigarette ! Tout le monde le peut et je le souhaite à tous ! On lâche pas! (Nancy, Laval, 2013)

Liberté. [...] Aujourd'hui je me sens plus jeune et plus en forme qu'il y a dix ans et j'ai réussi à vaincre la cigarette tout en perdant du poids contrairement à la croyance populaire. J'ai entrepris une remise en forme complète et arrêter le tabac accentue mes motivations. Maintenant nous connaissons le chemin pour vaincre « le précieux » [en référence à la photo du personnage de Tolkien *Gollum* accompagnant son témoignage]. (Gabriel, Valcourt, 2013)

Liberté. Mon conjoint et moi allons célébrer notre 2e anniversaire sans fumée. C'est le bonheur total, c'est la liberté totale, c'est aussi le bonheur de nos enfants et petits-enfants. Il n'y a plus de fumeurs dans notre famille. Tous se sentent beaucoup mieux. Quand je pense ce que l'on a fait vivre à nos enfants et nos ami(e)s lorsque l'on fumait, on demande pardon à tous. Nous avons tellement hâte au 1er juin pour avoir un Québec sans fumée, enfin. Bonne

chance à tous ceux et celles qui tenteront d'écraser, c'est tout dans la tête, pensez que vous vous débarrassez de votre pire ennemi et non de votre meilleur ami. Que la vie est belle sans fumée. (Suzanne, Val des Monts, 2012)

Liberté. [...] Dans ma tête, je réfléchis maintenant comme une non-fumeuse. Quelle liberté ! (Marie Andrée, Laval, 2013)

Libération. Très heureuse d'avoir repris le contrôle de ma vie. Depuis le 8 janvier 2012 je suis une non-fumeuse. (Carole, Saint-Jérôme, 2012)

Les participants au défi présentent ainsi l'arrêt du tabac comme un gain de liberté, liberté accrue ou tout simplement retrouvée, face à l'aliénation que représentait leur tabagisme. La métaphore du personnage de *Gollum* par exemple, figure par excellence de l'aliénation, en dit ici long sur la représentation du tabagisme qui prévaut. La conception de la liberté avancée apparaît en outre complètement assimilée à une capacité de maîtriser tout ou partie de leur condition biologique. La liberté entendue comme contrôle de soi se révèle ainsi comme le bénéfice principal mis de l'avant par les participants. Certains attribuent également les événements heureux de leur vie à leur abandon du tabac.

5 ans plus tard... et trois enfants plus tard! Je fêterai bientôt ma cinquième année sans fumée et j'ai encore peine à y croire. Je fumais depuis l'âge de 11 ans et j'étais convaincue que cette épouvantable habitude allait me poursuivre toute ma vie. Comme je m'étais trompée! J'ai finalement réussi à écraser pour de bon à l'âge de 23 ans grâce au Défi J'arrête, j'y gagne. Je mettrai au monde mon troisième enfant quelques semaines avant de fêter ma cinquième année sans fumée. C'est une fierté incomparable pour moi d'avoir porté, mis au monde et élevé ces trois petites merveilles dans un environnement sans fumée. Je crois que tous les parents devraient en faire de même pour le bien-être de leurs enfants. J'ai un pincement au cœur chaque fois que je vois un enfant exposé à la fumée de cigarette. J'espère que le fait d'avoir des parents non-fumeurs encouragera mes enfants à suivre cet exemple. Merci mille fois au Défi de m'avoir procuré tous les outils dont j'avais besoin pour me motiver dans ma démarche. C'est le plus beau cadeau dont moi-même et ma petite famille avons pu bénéficier. (Isabelle, Alma, 2010)

Amour à la clé. Moi je fumais 8 capitaines black par jour et maintenant que j'ai cessé depuis le 19 février je trouve ça très difficile. Les tremblements, maux de ventre, insomnie et j'en passe. Ça en vaut vraiment la peine car grâce à mes efforts j'économise beaucoup et le plus important de tout c'est que grâce à ces efforts qui sont pour moi surhumains je vais fiancer la femme de ma vie (que j'ai failli perdre à cause du cigare) et on se marie cet été. Wow quel changement. C'est dur les efforts mais c'est quoi à côté du bonheur que cela va m'apporter. Merci! (Gino, Victoriaville, 2012)

On retrouve finalement l'idée d'une conversion à la « bonne vie » promue par le DAT. Le bonheur serait à la clé de l'abandon du tabagisme. En dernier lieu sont évoqués les bénéfices financiers de l'arrêt du tabac.

Ça paraît en titi dans mon budget... (Guy, Rouyn-Noranda, 2012)

Je suis fière de moi. Hé bien le défi est fini et je n'ai toujours pas retouché à une cigarette. Je suis très fière de moi et encore plus parce que mes filles le sont aussi. Alors bye-bye cigarette, hello \$\$\$\$ (France, Rimouski, 2013)

Depuis j'ai arrêté de fumer je me sens beaucoup plus vivante je suis plein d'énergie et mon portefeuille sourit tout autant !! (Alexandra, Saint-Jean-sur-Richelieu, 2013)

Ma Victoire. Je fête Aujourd'hui mon 15 mois sans fumer... j'en suis vraiment heureux et fier... je me sens libre et je dois avouer que présentement j'ai beaucoup de plaisir avec le 300\$ par mois économisé suite à mon arrêt de fumer. (Gilbert, Saint-Eustache, 2012)

Beaucoup déclarent désormais investir l'argent ainsi économisé dans des voyages principalement, ou dans de l'équipement sportif. Le tabagisme apparaît ainsi dans les discours comme une activité qui se faisait au détriment d'autres :

Fumer!? Quelle perte de temps! J'ai 30 ans. J'ai commencé à fumer durant une dépression. Il y a seulement 5 ou 6 ans. Ça fait plusieurs fois que j'essaie des trucs pour arrêter mais ça ne marche pas. Je me suis inscrite au Défi à la dernière minute sans aucune volonté. J'étais juste déprimée. Finalement ça s'est fait tout seul et depuis le début du défi, je passe beaucoup plus de temps avec mon fils de 3 ans 1/2. Ça peut paraître étrange dit comme ça mais j'étais toujours arrêtée sous la hotte de la cuisinière pour y prendre ma pause cigarette. Je ne cessais de lui répéter, minute ! Je finis, ça et j'arrive! Finis ce temps-là! (Julie, Clermont, 2013)

Une fois abandonné, il est alors remplacé par une multitude d'activités de loisir, notamment de plein air, plus généralement par un mode de vie actif et sportif. Ces anciens fumeurs entrent en effet dans une logique de remise en forme générale. Le contrôle du poids semble suivre naturellement l'arrêt du tabac, que ce soit pour cause de prise de poids pendant le sevrage tabagique ou plus généralement comme mise en place d'une nouvelle dynamique de vie : « Mon nouveau mode de vie me convient parfaitement. Une vie saine, un esprit sain dans un corps sain. » (Lise, 2012). Être non-fumeur ne s'arrête ainsi pas à l'abstinence tabagique, mais s'intègre à un projet général de vie saine, englobe un mode de vie « proactif » qui associe performance sportive et bien-être. L'entretien du corps apparaît en effet comme le secret du bien-être et le mode de vie actif comme tout autant addictif que la cigarette.

Un esprit sain dans un corps sain! J'ai commencé à m'entraîner en septembre dernier. J'ai eu la piqure totale! Étant donné tout le temps et l'énergie investie chaque jour, fumer était devenu ridicule. J'ai cessé le 30 janvier dernier sans aucune autre aide que ma seule motivation et je n'ai pas craqué une seule fois. [...] Lorsque l'envie se fait trop forte et que j'en ai la possibilité, j'enfile mes espadrilles et je me défonce sur mon tapis roulant [...]. Prendre soin de moi, devenir ce que j'ai toujours souhaité être, c'est ma motivation ultime!!!! (Melanye, Malartic, 2012)

Un brin de persévérance fait toute la différence. Je suis arrêtée depuis le 24 janvier 2013, 68 jours maintenant. J'aurai 66 ans en mai et mon cadeau pour mes 65 ans était l'arrêt de la cigarette. Ça va bien, je me sens en super forme, mon mari et moi nous marchons 4,2 km 3, 4 ou 5 fois semaine depuis le début de l'hiver et ça aide de prendre l'air. [...] la vie est plus belle sans fumée. (Carmelle, Saint-Hyacinthe, 2013)

Dopamine101 Je carburais au plaisir de fumer et j'ai nécessairement versé une larme lorsque j'ai fumé mon dernier cigare, [...] je suis libre de ne jamais avoir l'impression que j'ai une odeur de cigarette qui me colle à la peau, je prends mon "temps libre de cigarette" pour aller au gym et en fait une religion ! Que voulez-vous, certaines fois, on remplace une "drogue" par une autre ! (Josée, Terrebonne, 2012)

LIBERTÉ [...] Mon truc c'est que je m'accroche au sport, je me donne des défis cardio. Mon idole est Pierre Lavoie [ancien vainqueur de l'Ironman, grand format de triathlon]. Lorsque j'ai le gout de fumer, je me dis que je ne suis pas comme les autres (ceux qui vivent un échec) je suis une gagnante et je lis des livres sur le positif et j'évite les fumeurs. J'ai aussi changé mes habitudes de vie. Alimentation, sport, nouveaux amis non-fumeurs et sportifs...en un seul mot je vous dirais que j'ai gagné en santé et en liberté... j'ai fumé pendant 35 ans, je vous assure que tout est possible ! (Sylvie, Granby, 2013)

Action. Depuis que j'ai arrêté de fumer, je suis proactive. J'ai perdu 25 livres, je cours 2,5 km tous les jours et j'exécute 200 redressements assis. Je n'ai jamais été aussi bien dans mon corps et dans ma tête. C'est possible, il suffit seulement de croire qu'on peut le faire !!!! (Nancy, Rimouski, 2013)

Par leur démonstration d'une capacité de maîtrise d'une condition physico-biologique (la dépendance à la nicotine, leur poids ou leur *ligne*), les participants attestent de leur qualité de sujets valeureux, héroïques dirait Alain Ehrenberg (1991), capables d'être libres et autonomes. Ainsi, loin de libérer des astreintes du corps en prévenant la maladie, l'arrêt du tabac inscrit au contraire le corps comme préoccupation centrale de l'existence en tant que support d'une identité positive et d'une vie bonne. L'arrêt du tabac apparaît comme le secret du bien-être.

Pour conclure sur cette présentation des témoignages, il est tout d'abord remarquable que les mantras et les images développés dans le DAT ressortent dans les discours des participants au Défi (« la vie a meilleur gout sans tabac », « poumons qui rosissent », « le plus beau cadeau à se faire », « être libre, en contrôle, sain, sentir bon », etc.). Dans la mesure où le Défi constitue en lui-même une campagne intégrée au DAT, il est logique d'y retrouver des axiomes symétriques. Les participants considèrent manifestement que l'arrêt du tabac est une épreuve redéfinissant l'existence dans le sens d'une amélioration. Qu'elle soit perçue ou effective, cette amélioration englobe tous les pans de leur existence. En outre, la santé apparaît dans leur discours traversée par une logique méritocratique, comme un choix, une question de volonté et de travail. Et si les références au

biologique, au somatique, ou à la corporéité, se retrouvent plus dans les motifs de la démarche d'arrêt du tabac que dans les bénéfices retirés, la conception de l'amélioration de l'existence qui s'exprime dans leur discours est profondément individualisée et biologisée. En effet, le contrôle de sa condition biologique apparaît comme le support de l'acquisition d'une identité sociale valorisée (Non-Fumeur, sportif, proactif, autonome, parent dévoué, individu méritant) et d'une définition de la liberté et du bonheur, soit de la bonne vie.

L'intégration du paradigme médico-sportif (Quéval, 2008) est ainsi manifeste dans le discours des usagers du *Défi*. De plus, leurs propos attestent sans équivoque d'une conception de la santé qui outrepassa un retour au silence des organes – en l'occurrence subsumé par le souffle retrouvé (fin de la toux, meilleure respiration, etc.), pour mieux s'apparenter à une question de performance physique ou biologique (être capable de courir tant de kilomètres par jours, d'effectuer tant de redressements assis, de perdre tant de poids, etc.). Enfin, la performance physico-biologique apparaissant intrinsèquement liée à la performance sociale (se marier, avoir des enfants, etc.), notamment par le biais de stratégies de présentation de soi (Goffman, 1973), « sentir bon » par exemple, la santé se révèle comme le point de convergence des techniques de gouvernement de soi et le catalyseur du « souci de soi » (Foucault, 1994b) contemporain.

B) L'ancrage somatique de l'individualité contemporaine

Dans la mesure où l'existence ne prend sens que par son prolongement dans la vie longue et saine (longue parce que saine), l'enjeu de l'entretien du corps est évidemment majeur. Il équivaut à « réussir sa vie ». (Quéval, 2011b : 21)

D'aucuns considèrent que l'idéologie et les pratiques de la nouvelle santé publique constituent une adaptation à l'air du temps, la promotion de la santé exploitant les tendances

contemporaines telles que le narcissisme ou l'éthique du bien-être personnel à des fins de promotion de la santé. Le souci de santé et de performance de l'individu postmoderne caractériserait ainsi à la fois sa propension à se noyer dans son propre miroir, mais simultanément ses opportunités d'émancipation sans précédent.

Le repli narcissique et la survalorisation de la santé qu'il a alimentée ont fait des occidentaux des êtres réceptifs aux messages visant le salut sanitaire. [...] La nouvelle santé publique émerge donc au carrefour de deux processus, soit ceux de désenchantement face au monde sacré mais, parallèlement, de divinisation de l'être humain vu comme finalité ultime à lui-même. (Massé, 2003 : 27)

Au regard de notre analyse, le corps apparaît indéniablement comme support d'expression narcissique, le souci de soi prenant le relais des supports d'intégration collectifs traditionnels (communauté, religion, travail). L'identité se subjectivise autant qu'elle se « corporéise » (« mon corps mon identité »), mais parallèlement la santé se dessine comme la clef d'intégration sociale (Quéval, 2008). Enfin, en lieu et place d'un vacuum moral, l'espace social apparaît au contraire saturé d'injonctions, auxquelles il est nécessaire de se conformer pour bénéficier d'une identité légitime et d'une place reconnue dans la société.

1- *Le corps comme planche de salut*

Le corps apparaît fondamental au processus d'individuation. C'est notamment explicite dans les témoignages présentés ci-dessus. En arrêtant de fumer, les participants prennent leur vie en main, la changent, bonifient leur identité. « J'arrête pour moi, pour me faire plaisir » (Ginette, Longueuil, 2012); « Ma vie, ma santé » (Hélène, Montréal, 2012). À l'image de ce qu'observe David Le Breton autour des pratiques de tatouages et autres piercings (2002), en transformant son corps, on transforme sa vie. « *Le sujet*, aujourd'hui, recompose son identité, ses temporalités, sa dimension

existentielle à partir d'un *corps-centre*, devenu destin et qu'il peut *produire*. » (Quéval, 2011a : 213)

Pour George Vigarello (2012), le corps constitue l'expression privilégiée de la personne depuis les années 1960 : « La vieille expérience de la transcendance s'est rabattue sur l'univers de l'intime et de l'espace du corps. » (Vigarello, 2004) Au « corps-tombeau » de Platon, ou substrat du péché dans la tradition chrétienne, succède un corps planche de salut. Plus que jamais *l'espoir vient par le corps* : « Il fallait pallier l'immense vacuité existentielle succédant aux religions, aux idéologies politiques et trouver de nouveaux enjeux personnels. Le corps est ce qui reste quand tout est perdu. Il est le terrain intime par lequel *j'ai un avenir*. » (Quéval, 2008 : 401).

For those who have lost their faith in religious authorities and grand political narratives, and are no longer provided with a clear world view or self-identity by these trans-personal meaning structures, at least the body initially appears to provide a firm foundation on which to reconstruct a reliable sense of the self in the modern world. (Shilling, 2003: 2-3)

Dans une culture centrée sur le risque et dans un climat d'« insécurité ontologique », de doute et d'incertitudes permanents, le corps apparaît comme un lieu de contrôle individuel, une prise concrète sur son existence (Giddens, 1991, Shilling, 2003) :

Investing in the body provides people with a means of self expression and a way of potentially feeling good and increasing the control they have over their bodies. If one feels enable to exert influence over an increasingly complex society, at least one can have some effect on the size, shape, appearance of one's body. (Shilling, 2003: 6)

Le contrôle du corps, construit et plastique, constitue un point central du projet réflexif de soi, à la fois support de l'identité sociale et ressource pour se construire une biographie individuelle, et signe d'élection, récompense intramondaine (Weber, 1989, [1905]). « *Se faire un corps est une assurance-vie, une réassurance identitaire.* » (Quéval, 2008 : 76) Il n'en faut pas plus pour que ce portait « démiurgique » du rapport au corps contemporain soit considéré comme « pathétique » (Otero, 2003 : 36).

Dans un contexte de perte de sens généralisé, investir son corps serait ainsi un vecteur de sens abordable et universel. « Le but n'est pas de donner un sens à sa vie, mais plus de sens à la vie, sur fond de vacuité existentielle plus ou moins assumée. » (Martuccelli, 2006 : 354) Danilo Martuccelli identifie ainsi trois grandes familles de sens dans le discours de ses répondants — l'épanouissement de soi, le souci de postérité et la vie comme lutte — qui se retrouvent remarquablement dans notre corpus de témoignages. L'arrêt du tabac apparaît indéniablement relever de l'épanouissement de soi, que ce soit par l'évocation récurrente de la question du bonheur (Martuccelli, 2006 : 355-356), ou bien des objets de consommation venant remplacer le tabac (sport, voyages, etc.), qui relèverait de ce que Martuccelli appelle le « consumérisme existentiel » (formule qu'il préfère à celle d'« aliénation marchande ») et qui renvoie à l'idée d'une consommation d'expériences diverses plus que de produits en soi (Martuccelli, 2006 : 354). Ensuite, la question de la postérité apparaît également comme un souci central au travers de l'évocation des enfants ou petits-enfants et de l'héritage d'un monde sans fumée qui serait le leur suite à l'arrêt du tabac des intéressés. Enfin, « la vie comme lutte », soit le souci d'être à la hauteur, de réussir sa vie traverse assurément la présentation de leur démarche d'abstinence du tabac, au travers du lexique de la compétition (« se battre », « gagner », « ne rien lâcher », « combat »), de la fierté qu'ils retirent de leur « victoire » et du souci de ne pas être des « perdants », soit de rater leur vie. « Rien n'est pire que le sentiment d'avoir gâché sa vie. » (Martuccelli, 2006 : 354) Dans la mesure où le tabagisme apparaît comme un frein au développement de son plein potentiel, il est un obstacle majeur dans la réalisation de cet ultime objectif.

L'ancrage narcissique de la personnalité de l'individu contemporain (Sennet, 1995, [1977] ; Lasch, 2008, [1979] ; Lipovetsky, 1983 ; cf. aussi Giddens 1991, Otero, 2003 et Quéval, 2008, entre autres), qui s'exprimerait dans son rapport au corps au travers d'un glissement du souci de soi vers la production d'un corps performant, relèverait ainsi de cette nécessité de « capitaliser sur soi »

(Quéval, 2008), dans la mesure où l'on ne peut capitaliser sur rien d'autre. Mais simultanément, il correspondrait à l'intériorisation de l'injonction d'autonomie, le sujet recherchant une identité sociale valorisante par la *customisation* de son corps (Clarke et al., 2003; 2010), ou à s'épargner des sentiments de culpabilité, ou de *honte* chez Giddens (1991). Le rapport au corps ne constitue pas seulement un mode d'expression du soi mais également un vecteur d'intégration sociale. N'étant en effet plus intégré d'office à sa place sociale par ses appartenances collectives, l'individu doit travailler à sa propre intégration sociale. Le travail par exemple, puissant vecteur d'intégration dans le cadre de la société industrielle, n'assure plus aussi bien sa fonction d'ajustement des subjectivités aux positions sociales, ni celle de protection sociale (Castel, 1995), qu'il fournissait auparavant.

Pour un consommateur dans la société des consommateurs, « la forme » représente ce que la santé représentait pour un producteur dans la société des producteurs : un certificat d'appartenance, d'inclusion, de droit de résidence. La « forme », comme la « santé », désigne la condition du corps, mais ces deux concepts évoquent des aspects totalement différents de cette condition. (Bauman, 2006 : 122)

Dans la seconde modernité, frappé de « honte prométhéenne » (Anders, 2002, [1956]), le corps apparaît comme déficient, impropre aux exigences productives (Turner, 1992: 11). Il devient en revanche un objet de jouissances et de performances polyvalentes à multiplier, à entretenir et à chérir.

Tout se passe comme si l'accroissement de la conscience du corps et de l'intérêt porté au corps était corrélatif d'une sorte d'inversion de ses fonctions économiques : à mesure que décroît la part relative de la force corporelle dans l'ensemble des facteurs de production, le corps devient l'occasion ou le prétexte, d'un nombre toujours croissant de consommations. (Boltanski, 1971 : 227)

Non pas que le corps ne soit plus violenté, en particulier par le travail, suite au passage d'une société du travail, de la fumée, de la pollution industrielle, à une société, sinon « propre », au moins avide de « propreté », mais nous serions entrés, selon Bryan Turner, dans une « société somatique »,

soucieuse de régulation des corps plus que de production. Si le corps demeure un support d'intégration et un marqueur d'appartenance sociale, ce n'est donc plus pour ses vertus productives.

We are increasingly coming to relate to ourselves as "somatic" individuals, that is to say, as beings whose individuality is, in part at least, grounded within our fleshy, corporeal existence, and who experience, articulate, judge, and act upon ourselves in part in the language of biomedicine. [...] The corporeal existence and vitality of the self has become the privileged site of experiments with the self. (Rose, 2007: 24-25)

L'émergence d'une biosocialité (Rabinow, 1996, 2010), ou encore d'une citoyenneté biologique (Rose et Novas, 2004) attesterait ainsi de l'importance de la dimension somatique dans le rapport contemporain des individus au social et à eux-mêmes. La santé devient un principe de gouvernement de soi et un ensemble de techniques contemporaines du corps (l'entraînement en particulier) s'apparente à des techniques de soi⁷², par lesquelles les individus se constituent comme citoyens biologiques, sujets performants et valeureux, en lien avec un ensemble de technologies de gouvernement des sociétés. Dominique Memmi, réfère ainsi à un processus « bio-individuation » comme *objectivation de soi et du sujet comme corps* prenant « la forme d'une prise de conscience, pas toujours malheureuse, sur l'incarnation elle-même ». (Memmi, 2003 : 283-284). Le forum du *Défi* mettrait ainsi en lumière une communauté de tabaco-dépendants, à la fois déterminés et acteurs de leur condition, le partage et la publicisation de leur démarche d'abstinence leur fournissant le « certificat d'appartenance, d'inclusion, de droit de résidence » qu'évoque Bauman. Dans cette optique, le corps performant, la « forme », serait au principe de l'intégration sociale dans le cadre de sociétés somatiques.

L'intégration sociale est conditionnée par les signifiants de cette apparence corporelle et informe sur les valeurs ainsi reconnues. Le corps est un marqueur social « subi », comme il

⁷² Michel Foucault appelle « techniques de soi » les « procédures, comme il en existe sans doute dans toute civilisation, qui sont proposées ou prescrites aux individus pour fixer leur identité, la maintenir ou la transformer en fonction d'un certain nombre de fins, et cela grâce à des rapports de maîtrise de soi sur soi ou de connaissance de soi par soi » (2001, [1981] : 1032).

l'est aussi de façon provoquée, programmée et donc assumée et responsabilisée. (Quéval, 2008 : 219)

Si le corps constitue une planche de salut et un vecteur de sens dans un monde désenchanté, l'intégration sociale est de plus en plus sujette à la démonstration de la maîtrise de ce corps, comme performance de son autonomie et de sa volonté : « Maigrir c'est maîtriser sa vie » (Quéval, 2008 : 165), de même pour le fait d'arrêter de fumer. Le développement du narcissisme et de l'individualisme renverraient alors à des formes d'« adaptation fonctionnelle », à une mise en conformité par rapport à un ensemble d'injonctions diffuses.

2- L'injonction à l'autonomie et le processus d'individuation contemporain

La liberté et l'autonomie résident dans le choix, mais la superstructure du choix décide de ses modalités. La « forme » affiche, en apparence, la diversité de ses acceptions, sa personnalisation par chacun. En réalité la performance suppose la maximisation des capacités comme critère ultime. (Quéval, 2008 : 172-173)

Si la personnalité narcissique apparaît désormais comme le type de personnalité dominant, c'est en effet qu'elle correspondrait aux exigences des sociétés contemporaines : « les adultes *doivent* agir de façon narcissique, pour être en accord avec les normes sociales » (Sennet, cité par Otero, 2003 : 36).

En d'autres termes, vivre sans idéaux, sans valeurs transcendantales est devenu non seulement possible et légitime, mais aussi souhaitable du point de vue des exigences de la nouvelle dynamique sociale. L'individu postmoderne se révèle pragmatique et flexible, méfiant et décontracté fonctionnel et responsable. (Otero, 2003 : 37)

Contre la conception *postmoraliste* de la modernité avancée (Massé, 2003; Lipovetsky, 2000; Giddens, 1991), notre analyse du DAT nous invite à caractériser les sociétés contemporaines par une moralisation extensive, en particulier des enjeux relatifs au corps. S'il existe un individualisme postmoderne, il est ainsi indissociable d'une intériorisation de l'impératif d'autocontrôle. Dans cette optique, les discours d'émancipation des participants au *Défi* seraient moins à rapporter à l'exercice d'une « *agentivité* créative », qu'à une forme de conformisme aux normes sociales dominantes, notamment en matière d'apparence physique (Shilling, 2003 : 193).

Giddens montre par ailleurs bien que le contrôle du corps constitue un moyen fondamental de maintenir une identité biographique, mais que, simultanément, l'identité est plus à la merci du regard d'autrui. « *Hence all of us, in modern social conditions, live as though surrounded by mirrors; in these we search for the appearance of an unblemished, socially valued self.* » (Giddens, 1991: 172) Être en forme, en arrêtant de fumer ou en sculptant son corps, est dès lors indispensable au fait de « garder la face » (Goffman, 1973). La santé, désormais associée à la *performance* physique, esthétique et sociale, apparaît ainsi comme support de « construction identitaire et de sa reconnaissance » (Martuccelli, 2011). Autrement dit, si la pression à la performance se révèle asphyxiante pour ceux dépourvus de supports, de « force » ou de « volonté » (Ehrenberg, 1991 ; 1995 ; 1998), elle est au contraire vivifiante pour qui peut s'y conformer, ou en trouve les ressorts. Et dans une société qui en appelle à la performance tous azimuts, encore faut-il trouver des objets pour appliquer sa volonté et démontrer sa valeur.

Dans ce contexte, le corps apparaît un objet « démocratique » et la consommation le moyen ultime de se fabriquer soi-même d'atteindre un statut social, une apparence, une identité, un degré du contrôle physique — une performance de soi efficiente. « L'apparence est une construction où l'individu se fait et se parfait lui-même. Le thème s'aiguise et se systématisé dans les sociétés

individualistes. » (Vigarello, 2012 : 191) Se convertir à la « bonne vie », se conformer aux préceptes esthético-sanitaires, renvient à endosser une identité sociale valorisée et valorisante. Le corps performant devenant un élément-clé de l'intégration sociale et de la valorisation identitaire, il est logique que l'identité contemporaine soit centrée sur le corps (Quéval, 2008 : 66). « Le culte de la performance a opéré le passage de cette liberté privée à une norme pour la vie publique en faisant la synthèse de la compétition et de la consommation, en mariant un modèle ultra-concurrentiel et un modèle de réalisation personnelle ». (Ehrenberg, 1991 : 18)

Le domaine de la santé est un de ceux où se manifestent avec le plus de force, et du reste le plus injustement, l'injonction d'autonomie. À travers cette injonction paradoxale que l'on pourrait résumer par « soyez libres et autonomes! », et qui s'exprime indéniablement dans le DAT, il n'est pas tant important, ou même possible, de l'être, que de le démontrer. Au travers du discours des acteurs du *Défi*, c'est en effet moins leur attachement à la valeur santé qui se démarque, que la démonstration de leur valeur personnelle par une maîtrise de leur condition biologique. La métaphore guerrière ou sportive est explicite : ces derniers sont des « battants », des « gagnants », plus que des sujets sains.

La concurrence, évadée du marché depuis le début de nos *roaring eighties*, [...] investit largement les esprits en devenant le vecteur d'un épanouissement personnel et de masse. Elle accède ainsi au statut de mythologie, au même titre que le bien-être dans les années soixante parce qu'elle pousse chacun, quelle que soit sa position dans la hiérarchie sociale, à se construire par lui-même en jouant simultanément de son autonomie et de son apparence. (Ehrenberg, 1991 : 13)

L'individu conquérant est ainsi le corollaire de l'instauration d'un culte de la performance depuis les années 1980, lequel préside à une *sportivisation* des mœurs et une *entreprenarisation* de la vie. La figure de l'entrepreneur est celle de l'individu performant, agissant de lui-même, sur lui-même

et ne devant pour cela rien à personne d'autre que lui-même. Elle renvoie à la fiction de l'individu « pur », libre et autonome, qui se tient de lui-même, par sa seule force, face au monde (Martuccelli, 2002). De même, quand l'individu ne parvient pas à se tenir seul, ce sont ses capacités d'autogouverance, d'autogestion individuelle qu'il s'agit de restaurer, ambition dans laquelle s'inscrit notamment le DAT: « Ces acteurs multiples, relevant de missions de services publics ou de services relationnels privés, se réfèrent à une même règle: produire une individualité susceptible d'agir par elle-même et de se modifier en s'appuyant sur ces ressorts internes » (Ehrenberg, 1998 : 287).

La montée de l'individualisme est dès lors inséparable de la mise en place d'un nouveau modèle institutionnel, voué à favoriser et à développer l'autonomie et la singularité individuelle, plus qu'à les brider (Otero, 2003 ; Martuccelli, 2010). L'individu confronté aux différentes institutions qui encadrent son existence doit ainsi fournir des récits biographiques cohérents et édifiants, finalement se présenter de manière conforme à leurs attentes. Pour Dominique Memmi (2003), cette importance de verbaliser sa conformité, authentique ou feinte, illustrerait le passage d'une *police des corps* à une *police des récits*, d'un modèle institutionnel moins axé sur la punition que sur la surveillance. Selon elle, l'« avènement d'un autocontrôle par intériorisation des récits légitimes [est ainsi] dûment organisé par l'État et paradoxalement associé au culte d'un sujet représenté et vécu comme maître de ses déterminations biologiques » (Memmi, 2000 : 17).

Si donc il y aurait un changement de « type d'individu » (Weber, 1989, [1905] ; Lahire, 2013) dans les sociétés modernes avancées, c'est que « l'esprit de l'institution a changé » (Ehrenberg, 2007 : 393). Nos sociétés ne seraient dès lors pas moins déterministes qu'auparavant (Lahire, 2013 : 38), ni nos institutions moins *normalisantes*. La normalisation s'opèrerait en revanche de manière plus subtile mais également plus profonde. « Plutôt que l'émergence d'un nouveau type

d'individualisme ou d'individu, nous assistons à une nouvelle forme de régulation des conduites et à la mise en place de nouvelles règles balisant l'individualité. » (Otero, 2003 : 30) Le DAT est ainsi emblématique de ces *nouvelles formes d'exercice de l'autorité* qui astreignent les sujets à devenir des acteurs autonomes et responsables de leur vie (Otero, 2003 : 3). Chose certaine, les institutions, en ce qui nous concerne la santé publique, ne s'adaptent pas à ces nouveaux individus, ce sont au contraire ces derniers qui doivent s'adapter aux nouvelles injonctions portées par ces institutions. Cette exigence d'adaptation aux multiples injonctions n'est par ailleurs nulle part aussi forte, ni aussi légitime, qu'en matière de santé. « Il s'agit de vouloir pour soi ce que la société veut pour tous et d'inclure dans son projet d'existence la construction du corps. » (Quéval, 2008 : 403) Là plus qu'ailleurs, le mythe du « chacun fait ce qui lui plaît » est battu en brèche par une morale du *sanitairement correct* et des processus d'intériorisation normative par la culpabilisation.

En résumé, *les individus des sociétés qui promeuvent certaines formes d'individualisme sont collectivement déterminés à se prendre pour les individus libres et autonomes qu'en réalité ils ne sont pas*. Il n'y a pas moins d'institutions aujourd'hui qu'autrefois », pas moins de socialisation, pas moins de contraintes objectives avec lesquelles les individus ont à composer (sans toujours les percevoir comme telles), et ceux qui le croient confondent une transformation des fonctionnements institutionnels, des modes de socialisation et des types de contraintes avec une disparition ou un effacement de ceux-ci. (Lahire, 2013 : 43)

À l'instar de Michel Foucault, Bernard Lahire considère que la subjectivité « n'est ainsi jamais déconnectée des formes du lien social », qu'elle est au contraire le produit de rapports sociaux et historiques (2005 : 120). « Le sentiment d'être un individu singulier ne va pas sans l'existence de dispositifs, plus ou moins institutionnalisés, de mise en concurrence, en compétition ou en concours, puis d'évaluation et de classement hiérarchisés des individus évalués. » (Lahire, 2013 : 51) Le narcissisme des individus contemporains doit ainsi être analysé comme un produit du travail des institutions contemporaines, qui s'en nourrissent et le promeuvent. Le DAT en est une illustration

exemplaire. « Changer les institutions c'est changer les hommes qui passeront par elles. » (Lahire, 2013 : 155) La conversion des institutions de santé publique à la rationalité néolibérale pose donc ultimement la question de leur rôle de fabrication d'individus à *leur image*.

étant donné la force sociale du discours et des institutions économiques, on peut craindre que le modèle ne finisse par imposer ses principes dans la réalité qu'il est censé décrire. En effet, l'analyse *économiste* un peu forcée ne fait parfois que préfigurer des processus sociaux bien réels. Si elle peut être à juste titre critiquée, la *vision strictement économique du monde* accompagne ou prépare souvent l'*économisation*, et notamment la marchandisation, de tous les domaines d'activité. [...] Du fait de ses puissants effets performatifs, la théorie économique pourrait ainsi, malheureusement, être amenée à devenir une théorie descriptive plus juste qu'on ne pouvait l'imaginer au départ. (Lahire, 2013 : 160)

L'appel à un *monde sans fumée* va « au-delà de la santé » (SC, 3-e). Le DAT est en effet caractéristique d'un mode de gouvernement des sociétés et d'un processus de subjectivation contemporains. Au travers du prisme du DAT, la santé apparaît comme un devoir moral de maîtrise de soi et de performance. Cette santé protéiforme, vecteur de normalisation extensive, constitue un objet fondamental de gouvernement de soi et des autres.

Le DAT est emblématique d'une technologie de gouvernement qui procède d'une responsabilisation de la santé par la moralisation des conduites d'autant plus puissante qu'elle relèverait de faits objectifs ou de lois naturelles. « En nous exhortant à changer nos modes de vie, mais aussi à changer notre rapport à nous-mêmes et aux autres, la prévention véhicule implicitement une nouvelle hiérarchie des valeurs. » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 83) Si la nouvelle santé publique émerge au confluent de plusieurs logiques, l'une des plus fondamentales est certainement la gouvernementalité néolibérale. En tant que politique qui individualise et responsabilise, le DAT œuvre en effet à un changement social, non pas par la transformation des conditions sociales et

structurelles qui pèsent sur les individus, mais en les incitant à mieux gouverner leur vie, justifiant par là l'exclusion de ceux qui ne témoignent pas de leur attachement à ce modèle. Le gouvernement de la santé qu'il propose est ainsi traversé par la rationalité néolibérale. Il procède d'un *gouvernement à distance* de sujets assujettis à leur condition biologique par le biais d'une santé radicalement normative et indéfiniment perfectible et promeut le modèle d'un sujet entrepreneur de sa santé comme du reste de son existence. « *The new public health model both reinforces neoliberalism and is nourished by it, and, as such, conceptualizes individuals as responsible, active and rational beings.* » (Galitz et Robert, 2013)

La santé apparaît ensuite comme une épreuve formatrice de sujets performants. Elle constitue à la fois un support de fabrication de soi et un vecteur d'intégration sociale, un opérateur de distinction. Les discours des participants au Défi sont catégoriques : arrêter de fumer est avant toute chose un moyen d'améliorer sa vie, à tous les points de vue. La conversion à l'anti-tabagisme est présentée comme une véritable rédemption, une seconde chance de faire mieux, d'être un individu meilleur. Les participants démontrent en effet dans leurs témoignages leur adhésion au paradigme médico-sportif (Quéval, 2008), à une conception de la santé traversée par la performance. Et si tout le monde ne peut pas devenir un athlète olympique, un capitaine d'industrie ou une vedette, arrêter de fumer, faire un régime ou se mettre à l'entraînement est en revanche, *a priori*, à la portée de tous. Le contrôle du corps est ainsi à la fois une voie d'expression de son autonomie et le lieu où l'injonction à l'autonomie se fait entendre avec le plus de force. L'existence est réévaluée d'un point de vue biologique (contrôler sa vie c'est contrôler tout ou partie de sa condition biologique; la liberté c'est la non dépendance ou la gestion optimale de sa dépendance), et l'autonomie comme capacité d'adaptation. Ces témoignages ne révéleraient donc pas tant la pertinence du paradigme

utilitariste, la vérité de sa représentation du monde, qu'une manière de faire société contemporaine et la façon dont les institutions travaillent et forment les individus.

CONCLUSION

What politics does to life – and lives – is not just a question of discourses and technologies, of strategies and tactics. It is also a question of the concrete way in which individuals and groups are treated, under which principles and in the name of which morals, implying which inequalities and misrecognitions. (Fassin, 2009b: 57)

L'ANALYSE D'UN « MONDE SANS FUMÉE »

On l'aura compris à la lecture de cette thèse, ce n'est pas tant la question de la lutte contre le tabagisme que la société dans laquelle elle prend place qui nous intéresse. La fiction du « monde sans fumée » se révèle selon nous tout à fait typique des enjeux qui caractérisent la modernité avancée ou « société du risque » (Beck, 2001, [1986]). Ainsi le travailleur immortalisé par Charlie Chaplin dans les *Temps Modernes*, qui trouvait dans une pause-cigarette volée une parenthèse à la discipline industrielle, avant d'être interrompu par la surveillance patronale (« *Hey, quit stalling! Get back to work!* »), serait-il aujourd'hui convaincu que son aliénation réside dans son désir de s'infliger un poison. Et s'il lui prenait malgré tout l'envie d'y succomber, les regards désapprobateurs de ses collègues et la culpabilité constitueraient des « empêcheurs de fumer en rond » plus efficaces que la réprimande d'un supérieur.

Afin d'éclairer cette transformation, nous avons tout d'abord inscrit l'histoire du tabac au cœur de celle de la modernité (cf. chapitre 1). Le tabac étant constitutif de la modernité occidentale, le changement du rapport au tabac signale un changement de société et, *vice versa*, il faut changer la société pour changer le rapport au tabac. Le tabac constitue ainsi un objet de choix pour les sciences

sociales. En tant que problème de santé publique, le problème du tabagisme entre dans le champ des sciences sociales, étant à la fois produit et construit socio-culturellement (cf. chapitre 2). Nous avons finalement présenté l'émergence d'un pouvoir sur la vie dans le cadre de l'avènement du libéralisme, comme système normatif et rationalité de gouvernement, afin de proposer une analyse de la transformation du mode de gouvernement des sociétés au travers du DAT comme manifestation contemporaine d'une biopolitique des populations (cf. chapitre 3).

L'approche généalogique de la santé publique nous a ensuite permis d'appréhender la spécificité de la biopolitique contemporaine, dans quelles continuités elle s'inscrit et de quelles ruptures elle procède (cf. chapitre 4). Le DAT constitue une représentation typique des objets et pratiques de ce qu'on appelle la « nouvelle santé publique ». Il caractérise l'aboutissement d'un long processus de politisation de la santé et de médicalisation sociétés, en venant cumuler les différents aspects des régimes de santé publique précédents. La rupture avec les anciennes pratiques s'avère cependant plus idéologique et rhétorique qu'effective. L'analyse critique de discours du DAT au Québec établit en effet une divergence certaine entre les discours et les pratiques de santé publique en matière de tabac. La lutte contre le tabagisme apparaît en effet principalement dirigée vers la demande de tabac, c'est-à-dire qu'elle cible de manière privilégiée les fumeurs. Le DAT entreprend de dégouter du tabac les fumeurs et les non-fumeurs au moyen d'une ingénierie symbolique, qui n'est pas sans rappeler la grande époque de l'hygiénisme privé. La pierre angulaire de ce dispositif est ainsi la dénormalisation du tabac reposant sur une mise en déviance du tabagisme et une stigmatisation des fumeurs (cf. chapitre 5). En substance, si le tabagisme menace l'intégrité physique, c'est surtout l'identité sociale qui en pâtit. La nouvelle biopolitique s'adresse en effet à des sujets libres et entreprend de produire des citoyens responsables de leur devenir biologique, des sujets de l'optimisation de leurs conditions biologiques (cf. chapitre 6). Elle s'appuie ainsi sur une culpabilité de

type « néo-chrétien » qui caractérise notamment un des leviers fondamentaux du DAT : ce dernier construit la figure du Non-Fumeur comme celle d'un individu autonome, proactif et performant, et fait simultanément de l'arrêt du tabac une obligation morale. Par ce biais, il engage son public à se subjectiver comme citoyen biologique, entrepreneur de sa santé et consommateur averti de moyen d'optimisation de sa condition somatique. L'analyse du DAT au Québec révèle ainsi une (re)moralisation intensive des questions de santé, particulièrement représentative d'un nouveau mode d'exercice de l'autorité et de régulation des conduites dans les sociétés contemporaines, que nous avons assimilé à une gouvernamentalité néolibérale. La santé y apparaît associée à un ensemble de valeurs, essentiellement celles de performance et d'auto-contrôle, dont la promotion constitue le socle d'un gouvernement contemporain des sociétés et de soi-même. Nous avons en dernier lieu confronté le socle normatif du DAT à un corpus de témoignages de ceux qui y participent et y adhèrent, afin d'éclairer un mode d'individuation contemporain. La santé y apparaît comme un support de bien-être et de réussite sociale là où d'autres font défaut. Le corps biologique devient un *locus* de contrôle, un domaine d'action à la fois légitime et relativement efficace, une possibilité de maîtrise de sa vie. Or, si les individus contemporains ne sont en aucun cas, et ne seront probablement jamais, les êtres autonomes et a-sociaux que promeut l'idéologie néolibérale, ils sont néanmoins enjoins à faire preuve de telles qualités dans un nombre croissant de domaines, au premier rang desquels celui tout à fait fondamental du rapport au corps. Notre analyse nous pousse dès lors à envisager la santé publique comme une institution socialisatrice produisant un certain « type d'homme » centré sur sa santé et adapté aux exigences de performance contemporaines, ces éléments constituant désormais de manière croissante des clés d'intégration et de reconnaissance sociale.

UNE SANTÉ PUBLIQUE BIEN IMPUISSANTE

Le DAT exemplifie ainsi la disjonction entre les principes et les actions de la santé publique contemporaine, mais également entre les objectifs affichés (la « santé pour tous », un « Québec sans fumée », etc.) et les moyens mis en œuvre. Il n'apparaît à la hauteur ni de ses slogans, ni des priorités globales de santé publique. En effet, d'un côté il ne tarit pas de superlatifs pour qualifier le problème du tabagisme, va jusqu'à comparer la cigarette à une arme de destruction massive, et de l'autre, propose pour lutter contre ce fléau sans précédent de culpabiliser ceux qui en sont victimes. Il ne s'attaque pas à l'industrie du tabac, en lui imposant des taxes, une législation plus contraignante, voire une prohibition, mais au fumeur qui doit supporter seul le coût de sa pratique, qu'il soit de nature sanitaire, financier ou social. Si le tabac est une arme qui tue, on imaginerait difficilement une lutte contre la prolifération des armes à feu basée sur des campagnes publicitaires de sensibilisation aux dangers de ces dernières, et non sur des mesures législatives contraignantes. Le DAT constitue ainsi une lutte contre les fumeurs plus qu'une lutte contre le tabac, ou contre les logiques pathogènes.

Contre toutes les façons communes de penser, la santé est si dépendante des conditions générales d'existence que l'amélioration du bien-être social serait plus bénéfique à la santé et à la durée de vie que les politiques sanitaires. (Renaud et Bouchard, *in*. Garrigou, 2000 : 16)

Le DAT illustre une individualisation de la gestion des risques sanitaires, et une responsabilisation des individus en matière de santé qui s'opère par une moralisation des questions de santé. Privilégiant des solutions individuelles au problème du tabagisme plus que sociales et environnementales, le DAT est emblématique d'un tournant comportemental et biomédical de la santé publique. Il affiche une conception complètement désocialisée et dépolitisée à la fois de la santé et des comportements individuels. Il se caractérise ainsi par un transfert de la responsabilité de la protection de la santé des institutions sociales aux individus, par une véritable *décollectivisation*

des risques, soit un mouvement inverse à celui qui a vu naître la discipline. La promotion de styles de vie sains (*healthy lifestyles*), témoigne ainsi d'une déconnexion croissante entre politiques de santé publique et politiques sociales.

Procédant d'une conception de la santé biomédicalisée — « *biology is no longer destiny* » (Rose, 2007 : 40), le DAT fonctionne comme une technologie de gouvernement qui place son public en position de choix en ce qui a trait à leur destin biologique. Il repose sur une anthropologie utilitariste qui considère les individus à qui il s'adresse comme autonomes et les encourage à se comporter comme tel, ou à tout le moins, à en faire la démonstration. Il véhicule une conception de la santé qui stigmatise les comportements *sanitairement* incorrects plutôt que de s'attaquer aux conditions structurelles du bien-être et de la santé. Il se propose finalement de vendre l'anti-tabagisme en dégoûtant du tabac comme on vend du shampoing en dégoûtant des cheveux gras. Il méconnaît ainsi le fait que tous les individus ne sont pas dans la même situation de choix, qu'il y a une inégalité fondamentale devant la maladie, la mort et leurs risques. Il procède par là de la réification d'une conception idéologique du sujet et de sa santé. Autrement dit, si les individus sont de manière croissante encouragés à se penser comme les entrepreneurs de leur vie et particulièrement de leur capital-santé, la biologie demeure pour une majorité de la population un destin. Privilégier des solutions biomédicales à des problèmes sociaux est dès lors une politique fondamentalement inégalitaire dans la mesure où le processus de biomédicalisation, loin d'être universel, est stratifié (Clarke et al., 2010).

Exclusion, inclusion, and the embeddedness of race, class, gender, and other sites of inequality dwell in the very structures and processes of biomedicalization- in the very ways that technoscience is itself inherently social. Thus biomedicalization carries within itself the ideological, social, and cultural infrastructures that support and maintain racial and class inequalities. (Clarke and al., 2010: 29)

Ainsi, si une personnalité comme Angelina Jolie a accès à tous les spécialistes possibles et imaginables, aux tests génétiques qui lui permettent de dépister la mort à un niveau moléculaire, à toutes les interventions chirurgicales prophylactiques et réparatrices existantes, plus de 20% des québécois n'ont pas accès à un médecin de famille et le délai d'attente dans le secteur public pour des examens sur des symptômes concrets de maladie est de plusieurs mois. Ceux qui ont le choix peuvent ainsi « choisir la vie » de plus en plus tôt et de plus en plus souvent, tandis que ceux qui n'ont pas ou moins le choix apparaissent toujours plus sujets aux « mauvais choix ». La logique de responsabilisation est donc fondamentalement injuste dès lors qu'elle pèse de manière très inégale sur les individus et que l'autonomie, particulièrement en matière de déterminants de la santé, demeure pour une majorité de personnes un idéal illusoire (Martuccelli, 2002).

Le DAT échoue donc à appréhender la question de la production sociale de la santé et de la maladie. Ignorer cette dimension fondamentale de la santé, revient à retomber dans les travers largement décriés de l'hygiénisme, qui consistent à « blâmer la victime ». De plus, célébrant à nouveaux frais l'alliance des « bien-portants et des bien-pensants » (Nonnis-Vigilante, 2011), il participe d'une construction sociale des problèmes de santé publique qui nuit aux capacités d'action des « classes à risque ».

Depuis quelques années, dans les pays anglo-saxons, la lutte anti-tabac a sciemment contribué à dégrader l'image des fumeurs, de plus en plus perçus comme des drogués malodorants, égoïstes, stupides, qui coûtent cher au système de soins et sont moins productifs au travail. À cette dévalorisation s'ajoute une discrimination à la fois formelle (l'exclusion légale des fumeurs d'un nombre croissant d'espaces publics) et informelle : fumer est devenu un handicap pour ceux qui cherchent du travail, une assurance, un logement ou l'âme sœur. Il arrive même que des patients atteints d'un cancer du poumon soient stigmatisés par leurs proches et les soignants à cause de leur tabagisme supposé, bien qu'ils n'aient jamais fumé. (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 35-36)

À l'aune du modèle qui prévaut dans le DAT, on ne peut comprendre le gradient social du tabagisme autrement que par un déficit éthique des populations tabagiques, quelle que soit la manière dont on le conceptualise. « Cette rengaine, qui consiste à expliquer les problèmes des « classes dangereuses » par leurs prétendues tares est aussi vieille que la santé publique. » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 65). Faire de la santé une question de « choix de vie », de consommation avisée, revient alors non seulement à nier les inégalités sociales de santé (Bunton, et *al.*, 1995), mais également à les légitimer en contribuant ainsi à stigmatiser les populations les plus vulnérables au titre qu'elles seraient en moins bonne santé car incapables de faire les « bons choix ».

La logique de distinction axée sur la capacité de chacun à « prendre soin de soi » favorise en outre la disqualification sociale de certaines « formes » de corps, corps épais ou non sculptés, mains calleuses, visages marqués, parties du corps « tombantes », dentition imparfaite, voix éraillées, etc., qui sont l'apanage des catégories les plus démunies et les moins instruites de la population. Les inégalités de santé, alimentées par l'approche individualiste des problèmes de santé publique, se trouvent ainsi redoublées par un phénomène de pathologisation de conditions perçues comme évitables et dès lors *stigmatisantes* si elles ne sont pas évitées. En s'entêtant à véhiculer une conception de la santé qui fait des comportements individuels la source du salut sanitaire, provoquant une focalisation délétère sur les catégories les plus défavorisées, plutôt que d'interroger les conditions structurelles qui encadrent les choix individuels, la santé publique s'expose à un dévoiement de ses objectifs et, plus pragmatiquement, à échouer à réaliser ses ambitions, voire à produire des effets iatrogéniques (Buchanan, et *al.*, 1994; Raphael, 2003; Low et Thériault, 2008 ; Frohlich et *al.*, 2012, Bell et *al.*, 2010; 2011 ; cf. chapitre 2).

Certaines études suggèrent que les arrêts tabagiques seraient souvent consécutifs à des événements heureux : rencontre amoureuse, naissance d'un enfant, obtention d'un emploi, etc. Ces bonheurs pourraient créer des circonstances favorables à l'arrêt dans la mesure où ils

ouvrent l'horizon temporel des individus. En d'autres termes, ce ne serait pas la santé qui fait le bonheur, mais plutôt le bonheur qui incite à se préoccuper de sa santé. (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 92)

Les conditions du bien-être des populations étant déterminantes en ce qui a trait à leur santé (voir a contrario l'exemple de la Grèce, cf. chapitre 2), ce type de politique de la santé est donc condamné à une efficacité marginale. La moralisation des comportements relatifs à la santé et l'association de la lutte contre le tabagisme à une croisade morale est en outre, sur un plan pragmatique, périlleuse. La censure a par exemple toujours l'effet pervers d'attirer l'attention sur l'objet censuré. On sait ainsi qu'une grande part de l'attrait de la cigarette pour les adolescents est de contourner un interdit, de tester leurs limites par la pratique de conduites « à risque », immorales ou tout simplement dangereuses.

Reste alors à interroger les limites d'une politique sanitaire dont les ressorts ne permettent plus d'aider une population, mais finissent par l'appauvrir davantage, la stigmatiser et, au final, la maintenir dans une pratique qu'elle sait dangereuse. (Constance et Peretti-Watel, 2010 : 541)

MORALE SANITAIRE ET FÉTICHISME DE LA SANTÉ

La rationalisation est en marche... dans l'ordre du discours, à tout le moins. (Berlivet, *in*. Garrigou, 2000 : 261)

Un « monde sans fumée » ne définit pas une société postmoraliste dans laquelle la santé constitue un absolu, le principe d'une gouvernance rationnelle des sociétés et des conduites, seule à même de nous indiquer le nord dans un monde désenchanté, voué au culte du « moi » et présenté comme un « hypermarché des styles de vie » (Lipovetsky, 1983 : 323). Au contraire, « la santé se mêle de tout » (Garrigou, 2000 : 13). Le « monde sans fumée » apparaît comme l'expression exemplaire d'une morale du sanitaire correct, omniprésente et prépondérante. N'ayant plus de domaine qui

ne lui soit relatif (mode de vie général, alimentation, habillement, consommation, loisirs, travail, sexualité, etc.), la santé apparaît comme un vecteur de moralisation inépuisable.

La culture du risque exhorte chacun de nous à prendre sa vie en main, à devenir l'entrepreneur de sa propre existence, à « coloniser le futur ». [...] préserver sa santé est devenu un objectif en soi, par lequel se mesure l'accomplissement personnel et la valeur morale d'un individu. Rester en bonne santé est devenu un nouvel impératif moral, à la fois le devoir de chacun et l'objectif général. (Peretti-Watel et Constance, 2009 : 205)

La sanitarisation des sociétés se manifeste principalement par une sanitarisation de la morale. Ainsi ne lutte-t-on pas contre les fumeurs au titre qu'ils sont malades car toxico-dépendants, mais car parce qu'ils fument, ces derniers sont de mauvais individus-parents-citoyens (coutent chers, vieillissent plus rapidement, sont moins actifs, etc.), en d'autres termes, ne sont pas des individus performants, en incarnent même l'antithèse. Prenant place dans un monde qui « soutient » moins mais exige plus, la biomédicalisation de l'existence ne constitue alors pas seulement un « pansement sur une jambe de bois » au regard des enjeux de santé publique contemporains.

Ainsi la gouvernementalité tend-elle à procéder par une régulation de la vie biologique, ou mieux encore de la vie nue, telle qu'elle se manifesterait par des taux de mortalité ou de morbidité, au détriment de l'expression d'une vie sociale, ou politique, celle d'un citoyen qui serait libre de donner une autre signification à son existence que sa longévité physique. (Dozon et Fassin, 2001 :350)

La nouvelle morale sanitaire se révèle être un puissant instrument de mise en conformité des individus. Ainsi peut-on se demander s'il est encore possible de définir son existence autrement que par des considérations sanitaires – « Peut-on risquer sa vie? » se demande Guillaume Pigéard de Gurbert (2011) – sans être considéré comme un parasite ou subir des discriminations. Ces questions interrogent en fin de compte la visée humaniste et démocratique de la santé publique, par ailleurs rappelée par les différentes chartes (cf. chapitre 4), mais également par de nombreux acteurs de la santé publique.

« Le problème n'est pas tellement lié au fait que les interventions véhiculent des valeurs et des normes. Le problème est plutôt la négation de ce fait à partir d'un discours scientifique prétendant à l'objectivité. » (Massé, 2003 : 9) Si ces derniers demeurent attachés aux idéaux de la promotion de la santé, le DAT apparaît en rupture avec ces derniers, notamment celui de la justice sociale. Le DAT se révèle traversé par la rationalité néolibérale. Il ne nuit pas aux intérêts commerciaux, en particulier à ceux du tabac, il recourt à une ingénierie sociale et culturelle qui s'appuie au contraire sur une rhétorique consumériste et participe de ce que Pierre Dardot et Christian Laval (2010) qualifient de « subjectivation capitaliste ». Indéniablement, « le *corps capital* engendre des réflexes *capitalistes* » (Quéval, 2008 : 405). Le problème n'est alors pas simplement d'escamoter les valeurs de la santé publique sous un vernis scientifique, mais bien celui des valeurs qu'entend promouvoir la santé publique.

By and large, market communications pander to the basest, most ignoble of human motives. Advertising reinforces "materialism, cynicism, irrationality, selfishness, anxiety, social competitiveness, sexual preoccupation, powerlessness, and/or a loss of self-respect" [...] These are not the types of values health promoters wish to reinforce. (Buchanan, 1994: 54)

La société *pro-santé* n'est par ailleurs pas en meilleure santé (Greco, 2009: 14). Comme le remarque très justement Didier Fassin (2000b, 2005c, 2006, 2009b), les discours extrêmement emphatiques et ambitieux de la santé publique contrastent sensiblement avec la modestie de ses actions.

Sauf lorsque les tâches sont strictement techniques, peu coûteuses, sans enjeu politique, [...] les réalisations sont inversement proportionnelles aux ambitions. Qu'on examine la plupart des programmes censés affronter les déterminants des inégalités de santé ou appliquer les préceptes de la promotion de la santé, et l'on sera édifié : c'est dans les domaines où ses prétentions sont les plus grandes que la santé publique en fait le moins. (Fassin, 2005c : 170)

Selon lui, la santé publique se caractérise plus par ses insuffisances patentées que par sa capacité à gouverner les populations. La santé publique parle plus qu'elle n'agit et son idéologie ne résiste pas à l'examen empirique. Il arrive alors à deux constats : celui de « l'incapacité de cette discipline à s'inscrire dans des pratiques autres que discursives » (Fassin, 2005c : 172), et celui de l'impossibilité d'associer la santé publique à un biopouvoir effectif. En matière de santé, il ne faut donc pas prendre au sérieux les discours sur la santé. Dès lors, le fait de brandir des « problèmes de santé publique » toujours plus variés et nombreux constituerait moins un gouvernement effectif des populations qui en sont la cible qu'une rhétorique morale opérant en justification de politiques publiques. Didier Fassin se propose donc de « déplacer l'analyse du gouvernement de la vie du biopouvoir à la biolégimité » (Fassin, 2005c : 173).

La biopolitique contemporaine n'est ainsi « pas une politique de la vie » (Fassin, 2006), mais la promotion d'une certaine définition du bien-vivre. Elle vise en effet à produire des subjectivités pro-santé plus que de la santé en soi. En ce sens, elle ne gouverne pas tant les processus de la vie qu'elle ne gouverne les vivants, c'est à dire des sujets de la maîtrise de leur propre vie biologique et destin médical. « La médicalisation se présente ainsi comme un fait politique à travers lequel se dévoile la manière dont les sociétés se gouvernent » (Fassin, *in*. Aïach et Delanoë, 1998 : 8) Après avoir transformé les corps, la santé publique dans sa version ultra contemporaine entreprend de transformer les subjectivités en concordance avec la normativité néolibérale. Avant d'être une idéologie ou un ensemble de politiques économiques, le néolibéralisme est en effet un système normatif, une gouvernementalité, une manière de gouverner les sociétés qui s'exprime avec force dans le cadre du DAT. Le DAT témoignerait ainsi de cette *biolégimité*, c'est-à-dire d'un pouvoir *de* la vie, plus que d'un véritable pouvoir *sur* la vie. L'obsession contemporaine de la forme et les injonctions répétées à la santé s'avèrent en effet creuses et relèveraient dès lors d'une sorte de

« fétichisme de la santé » et des produits supposés la favoriser (Clarke et *al.*, 2010 : 78), bien loin de pouvoir contrecarrer les logiques pathogènes qui traversent les sociétés contemporaines.

LA SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉPREUVE DU NÉOLIBÉRALISME

Tout autant que l'immanence des vérités scientifiques au nom desquelles on prétend transformer les comportements, c'est leur raison d'être qu'il s'agit de mettre en cause, dès lors que dans l'imposition de la santé publique comme bien commun et comme principe supérieur la signification même de l'expérience humaine se trouve posée. Une signification que l'on ne peut rabattre sur la seule dimension biologique ou physique de l'existence et à laquelle il s'agit d'incorporer la vie en tant qu'elle est, précisément, politique. (Dozon et Fassin, 2001 :353)

Cette thèse n'a pas vocation à délégitimer la lutte anti-tabac, mais à questionner la manière dont elle opère et les valeurs qu'elle véhicule. L'objectif d'un « monde sans fumée » apparaît relativement déconnecté des enjeux de santé publique et le DAT plus occupé à promouvoir des valeurs qu'à produire de la santé et du bien-être. La santé publique ne peut certainement pas négliger sa mission d'information sur les risques de santé des comportements individuels, d'application d'un principe de précaution, et d'étude des facteurs pathogènes. Elle ne saurait néanmoins se contenter de responsabiliser, de culpabiliser et stigmatiser, si elle veut s'élever à la hauteur des ambitions qu'elle affiche. Joindre sa voix à celles, multiples, qui poussent à la responsabilisation des individus, pourrait par ailleurs lui être plus délétère que profitable.

« The public provision of welfare and social security no longer appears as a vital part of a programme for political stability and social efficiency. [...] Neo-liberalism entails a reorganisation of

programmes for the government of personal life. » (Miller et Rose, 2008: 81) Ce type de politiques de santé publique s'inscrit ainsi dans un ensemble de politiques contemporaines qui visent la transformation des sociétés. « *Responsibility is placed upon the individual to make healthy choices, meaning that inequalities in health and illness are no longer the responsibility of governments.* » (Brown et al. 2013: 336) Acquisée à une logique gestionnaire, la santé publique est donc une des victimes du néolibéralisme dans la mesure où elle abandonne la question de la justice sociale, c'est-à-dire son fondement moral et sa visée politique, pour mieux se réclamer d'une technologie neutre et apolitique de gestion des risques, qui participe pourtant d'une politique qui n'a rien de neutre et qui n'est pas sans effet.

Dans la statistique, le fait est mis en évidence par le nivellement des fluctuations. [...] L'uniformité statistique n'est en aucune façon un idéal scientifique inoffensif ; c'est un idéal politique désormais avoué d'une société qui, engloutie dans la routine de la vie quotidienne, accepte la conception scientifique inhérente réellement à son existence. (Arendt, 1994, [1958])

La perspective de la gouvernementalité permet alors d'envisager la « dépolitisation » de tout un ensemble de mesures comme une politique en soi, illustrant une restructuration des stratégies de gouvernement que le démantèlement de l'État-providence ne doit pas venir dissimuler (Lemke, 2004 :21). Ces politiques participent en effet de la destruction d'un monde, la société industrielle, et de son mode de régulation, le providentialisme, et font basculer ceux qui s'y accrochent encore dans le camp des inutiles de ce monde. En promouvant un certain modèle de subjectivité, elle disqualifie les individus qui ne se présentent pas comme des bons gestionnaires de leur capital santé-forme-beauté-jeunesse, c'est-à-dire comme libres et autonomes, maîtres et possesseurs de leur corps. Il faut ainsi envisager la constitution de sujets biologiques, par eux-mêmes et par les institutions, dans une logique de substitution de la capacité d'action politique par une capacité d'action biologique.

Les politiques de promotion de la santé telles que le DAT sont néanmoins *rentables*. Elles jouissent en effet d'une certaine efficacité, le taux de tabagisme ayant baissé de moitié en une vingtaine d'années au Québec. Ensuite, la mise en place de campagnes marketing et d'interdictions sont infiniment moins coûteuses et plus simples à mettre en place que des grands chantiers structurels visant par exemple à favoriser l'accès aux services de santé, à l'éducation, à des logements salubres, la sécurité au travail, ou encore à limiter les pollutions environnementales. Enfin, ce type d'action donne une visibilité à l'action de l'État dans un contexte de « rationalisation des dépenses publiques », c'est-à-dire d'un transfert de responsabilités de l'État aux individus.

Ce mode de régulation permet enfin la mise en œuvre de politiques de marchandisation de différents pans de la société, c'est-à-dire une mise en concurrence généralisée pour l'acquisition de biens rares (l'emploi, la santé, l'éducation, etc.), qui viennent se substituer aux dispositifs sociaux de gestion. « *While the state takes a step back from directly intervening in social and economic affairs, it simultaneously gives way for the creation of new markets in domains where they may not have previously existed.* » (Ayo, 2012: 102) Faire de la santé un choix accompagne ainsi la remise en question des régimes assuranciers et une certaine privatisation de la santé. « La médicalisation de l'existence et la marchandisation des expériences de vie vont ensemble. » (Gori et Del Volgo, 2005 : 21) Ces politiques ont par ailleurs des conséquences sociales très concrètes, notamment l'augmentation des inégalités sociales et la précarisation des existences (Bauman, 2000), conséquences qui ont des effets directs sur la santé des populations. Dans un contexte de « stress économique » accru, la cigarette peut par exemple être considérée comme l'« anxiolytique du pauvre » (Peretti-Watel et Moatti, 2009). Les addictions et la dépression apparaissent ainsi comme la face sombre de l'autonomie et de la performance (Ehrenberg, 1991, 1995, 1998 ; Gori, 2006).

La crispation contemporaine sur les périls sanitaires, dont le DAT n'est que l'expression paroxystique, ne renvoie ainsi pas nécessairement à un gouvernement effectif de la santé, ni un monde sans fumée, pro-santé, à une société en meilleure santé. L'inscription des politiques de promotion de la santé dans le cadre plus général de la réforme managériale de l'action publique pose donc ultimement la question des fins des politiques de la santé publique : adapter l'individu aux logiques sociales pathogènes ou bien intégrer ces dernières comme cause de la maladie dans son mode de gouvernement de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- AGAMBEN, Giorgio, *Homo sacer, Le pouvoir souverain et la vie nue, tome 1*, Paris, Seuil, (« L'ordre philosophique »), 1997, 213 p.
- AGAMBEN, *Ce qui reste d'Auschwitz*, Paris, Rivages, 2003, 192 p.
- AGAMBEN, Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2007, 50 p.
- AÏACH, Pierre, et DELANOË Daniel (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998, 251 p.
- ANDERS, Günther. *L'obsolescence de l'homme, sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*, Paris, Éditions de l'Encyclopédie des nuisances/ Éditions Ivrea, 2002, (1956), 360 p.
- ANTONOVSKY, Aaron, *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass, 1987, 248 p.
- APOLLINAIRE, Guillaume, « Hôtel », *Le guetteur mélancolique*, Gallimard, 1952, 251 p.
- ARENDT, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, (« Agora »), 1994, (1958), 404 p.
- ARMSTRONG, David, « Public Health Spaces and the Fabrication of Identity », *Sociology*; 27, 3, August 1993; pp.393-410.
- ARTAUD, Antonin, *Aliénation et magie noire*, enregistrement audio, 1946.
- ASBRIDGE, Mark, « Public place restrictions on smoking in Canada: assessing the role of the state, media, science and public health advocacy », *Social Science & Medicine* 58, n^o. 1, 2004, pp. 13-24.
- AYO, Nike, « Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens », *Critical Public Health*, 22, 2011, pp. 99-105.
- BACHINGER, et al., « Tobacco policies in Nazi Germany: not as simple as it seems », *Public health*, 122, n^o. 5, 2008, pp. 497-505.
- BALDWIN, G. & al., « Prescription Drug Overdoses: an American Epidemic », *Centers for Disease Control and Prevention Public Health Grand Round*, 2011, en ligne <http://www.cdc.gov/about/grand-rounds/archives/2011/01-february.htm>, page consultée le 10/02/2013.

- BANQUE MONDIALE, *Maîtriser l'épidémie L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, 2000, 143 p.
- BARBEAU, Elizabeth M., et al., « Working Class Matters: Socioeconomic Disadvantage, Race/Ethnicity, Gender, and Smoking in NHIS 2000 », *American Journal of Public Health*, Vol 94, No. 2, February 2004, pp.269-278.
- BAUDRILLARD, Jean, *La société de consommation*, Paris, Gallimard, (« Folio essais »), 1996, [1970], 318 p.
- BALDWIN, G. et al., « Prescription Drug Overdoses: an American Epidemic », *Centers for Disease Control and Prevention Public Health Grand Round*, 2011, en ligne <http://www.cdc.gov/about/grand-rounds/archives/2011/01-february.htm>, page consultée le 10/02/2013.
- BAUMAN, Zygmunt, *Liquid modernity*, Cambridge, Polity, 2000, 224 p.
- BAUMAN, Zygmunt, *La vie liquide*, Rodez, Le Rouergue/Chambon, 2006, 203 p.
- BAYER, Ronald, « Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we ». *Social Science & Medicine* 67, n° 3, 2008, pp. 463-472.
- BECK, Ulrich, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Champs Flammarion, 2001, (1986), 521 p.
- BECKER, Howard S., *Outsiders*, Métailié, Paris, 1985, (1963), 247 p.
- BECKER, Howard S. (ed.), *Social Problems: A modern Approach*, John Wiley & Sons, 1966, 770 p.
- BECKER, Howard S. (dir.), *Qu'est-ce qu'une drogue?*, Biarritz, Atlantica, 2001, 212 p.
- BELL, Kirsten, et al., « Smoking, stigma and tobacco denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool' », *Social Science & Medicine* 70, n° 6, 2010, 795-799.
- BELL, Kirsten, MCNAUGHTON, Darlene, et SALMON, Amy (eds.), *Alcohol, tobacco and obesity: morality, mortality and the new public health*, London, Routledge, 2011, 248 p.
- BELL, Kirsten, « Whither Tobacco Studies? », *Sociology Compass*, 7, n° 1, 2013, pp. 34-44.
- BERGERON, Henri, « Politiques publiques et croyances collectives. Analyse socio-historique de la politique française de soins aux toxicomanes de 1970 à 1995 », *Déviance et société*, Volume 23, Numéro 2, 1999, pp. 131-147.
- BERLIVET, Luc, « Naissance d'une politique symbolique : l'institutionnalisation des "grandes campagnes" d'éducation pour la santé », *Quaderni*, Volume 33, Numéro 1, 1997, pp. 99-117.

- BERNAYS, Edward L., *Propaganda : comment manipuler l'opinion en démocratie*, Paris, Zones, 2007, 141 p.
- BERNARD-NOURAUD, Paul, *Se figurer l'autre. Essai sur la figure du « musulman » dans les camps de concentration nazis*, Paris, Kimé, (« Entre histoire et mémoire »), 2013, 320 p.
- BERRIDGE, Virginia, « Histories of Harm Reduction: Illicit Drugs, Tobacco, and Nicotine », *Substance Use & Misuse*, 34:1, 1999, pp.35-47.
- BERRIDGE, Virginia, « Post-war Smoking Policy in the UK and the Redefinition of Public Health », *Twentieth Century British History*, vol. 14, n°1, 2003, pp.61-82.
- BERRIDGE, Virginia, et LOUGHLIN Kelly, *Medicine, the market and the mass media: producing health in the twentieth century*, Routledge, 2005, 299 p.
- BERRIDGE, Virginia, *Marketing health: smoking and the discourse of public health in Britain, 1945-2000*, Oxford, Oxford University Press, 2007, 260 p.
- BRANDT, Allan M., *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America*, Basic Books, 2007, 600 p.
- BLUMER, Herbert et RIOT, Laurent, « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, Vol. 17, N°67, 2004. pp. 185-199.
- BOLTANSKI, Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Economies, Sociétés, Civilisations*, 1971, pp. 205-231.
- BOURDELAIS, Patrice, « Protéger, éduquer, discipliner la population », in. SICARD, Didier, et VIGARELLO Georges, *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, pp. 185-201.
- BOURDIEU, Pierre, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Editions de Minuit, (« Le sens commun »), 1979, 672 p.
- BROWN, Wendy, « Néo-libéralisme et fin de la démocratie », *Vacarme*, 29, automne 2004, en ligne, <http://www.vacarme.org/article1375.html>
- BROWN, Sally, et al., « Risk, resistance and the neoliberal agenda: young people, health and well-being in the UK, Canada and Australia », *Health, Risk & Society*, 15, n° 4, 2013, pp. 333-346.
- BUCHANAN, David R., et al. « Social Marketing: a Critical Appraisal », *Health Promotion International*, 9, n° 1, 1994, pp. 49-57.
- BUNTON, Robin, NETTLETON Sarah and BURROWS Roger (eds.), *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, Routledge, 1995, 253 p.
- BUNTON, Robin et COVENEY, John, « Drugs' pleasures », *Critical Public Health*, 21, 2011, pp.9-23.

- CANGUILHEM, Georges, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, 124 p.
- CANGUILHEM, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, (1966), 240 p.
- CARRICABURU, Danièle, « Santé publique et libertés individuelles : du droit à la santé au devoir de santé », *Les Cahiers français*, Paris, La Documentation Française, n° 354, janvier-février 2010, pp. 54-59.
- CASTEL, Robert, *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard-Jeunesse, 1999, 813 p.
- CASTEL, Robert, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi : Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Hachette Littératures, 2005, 208 p.
- CEFAÏ, Daniel, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, 1996, volume 14 n°75, pp. 43-66.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC):
 - *Designing and Implementing an Effective Tobacco Counter-Marketing Campaign*, First Edition, Atlanta, 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, 2003, 455 p., Disponible en ligne http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/counter_marketing/manual/pdfs/tobacco_cm_manual.pdf, page consultée le 21/11 /2012
 - *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2007*. Atlanta: 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; October 2007, 122 p. Disponible en ligne http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2007/BestPractices_Complete.pdf, page consultée le 21/11 /2012
- CHAPMAN, Simon, et FREEMAN B., « Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry », *Tobacco Control*, 17, n° 1, 2008, pp.25-31.
- CHEEK, Julianne, « At the Margins? Discourse Analysis and Qualitative Research », *Qualitative Health Research*, 14, 2004, pp.1140-1150.
- CHOINIÈRE, Denis, et *al.*, « Concepts liés à la réduction des méfaits dans la lutte au tabagisme », *Drogues, santé et société*, vol. 6, n° 1, 2007, p. 317-336.
- CLARKE, Adele E. and *al.*, « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, 18, n° 2, 2000, pp.11-42.

- CLARKE, Adele E. and *al.*, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, 2003, pp.161-174.
- CLARKE, Adele and *al.* (eds.), *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Duke University Press, 2010, 512 p.
- COENEN-HUTHER, Jacques, « Le problème de la preuve en recherche sociologique qualitative », *Revue européenne des sciences sociales*, XLI-128, 2003, pp. 63-74.
- COCKERHAM, William C., « Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, No. 1, 2005, pp. 51-67.
- COHEN, Albert K. *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*, New York and London, Free Press/Collier Macmillan, 1955, 198 p.
- COHEN, David, « Le tabagisme : norme, déviance, maladie ou délit ? », *in*. Louise Bouchard et David Cohen (dir.), *Médicalisation et contrôle social*, Montréal, Cahiers scientifiques de l'ACFAS, no. 84, 1995, pp.121-132.
- COHEN, David, « Les "nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé? », *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, 1996, pp. 17-33.
- COHEN, David et PÉRODEAU, Guilhème, « « Drogues » et « médicaments » mis en contexte », *Santé mentale au Québec*, XXII, 1, 1996, pp.143-148.
- COHEN, David, « La médicalisation », *in*. Henri Dorvil et Robert Mayer, *Problèmes sociaux. Tome 1 Théories et méthodologies*, Presses de l'université du Québec, 2007, p. 217-231.
- COLLIN, Johanne, « Quand un non problème devient problème. de la médicalisation à la pharmaceuticalisation », *in*. OTERO Marcello et ROY Shirley (dir.), *Qu'est ce qu'un problème social aujourd'hui ? repenser la non-conformité*, Presses de l'université du Québec, 2013, pp. 187-205.
- CONRAD, Peter, and SHNEIDER, Joseph, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, St. Louis, MO, The C. V. Mosby Company, 1980, 348 p.
- CONRAD, Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, 1992, pp.209-232.
- CONRAD, Peter, « Médicalisation et contrôle social », *Médicalisation et contrôle social*, sous la direction de Louise Bouchard et David Cohen, les cahiers scientifiques 84, Acfas, 1995, pp.9-31.
- CONRAD, Peter, *The Medicalization of society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, 2007, 224 p.

- CONRAD, Peter, et BARKER, Kristin K., « The Social Construction of Illness », *Journal of health and social behavior*, 51, n^o. 1, 2010, pp. S67-S70.
- CONSTANCE, Jean, et PERETTI-WATEL Patrick, « La cigarette du pauvre », *Ethnologie française*, 40, n^o. 3, 2010, pp.535-542.
- CONSTANCE, Jean, et PERETTI-WATEL, Patrick, « Prévenir le tabagisme par l'image », *Ethnologie française*, 41, n^o. 1, 2011, pp.67-78.
- CORVOL, Pierre et POSTEL-VINAY, Nicolas, « Risques cardiovasculaires du tabagisme : reconnaissance tardive d'une épidémie non jugulée » », *La lettre du Collège de France* [En ligne], Hors-série 3, 2010, pp. 40-49.
- COURTWRIGHT, David T., *De passion à poison: les drogues et la construction du monde moderne*, Les Presses de l'Université Laval, (« Paradis Artificiels »), 2008, 320 p.
- COSTANZA, Michael C, et *al.*, « Gender differentials in the evolution of cigarette smoking habits in a general European adult population from 1993–2003 », *BMC Public Health*, 6,2006, p.130.
- CRAWFORD, Robert, « Healthism and the medicalization of everyday life », *International Journal of Health Services*, 10, 1980, pp.365–388.
- CRAWFORD, Robert, « Health as a meaningful social practice », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol 10(4), 2006, pp.401-420.
- CRAWSHAW, Paul, « Governing at a distance: Social marketing and the (bio) politics of responsibility », *Social Science & Medicine*, 75, n^o 1, 2012, pp. 200-207.
- CUNNINGHAM, Rob, *Smoke & mirrors: the Canadian tobacco war*, Ottawa, International Development Research Center, 1996, 376 p.
- DARDOT, Pierre, et LAVAL, Christian. *La nouvelle raison du monde : Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2009, 497 p.
- DARDOT, Pierre et LAVAL, Christian, « Néolibéralisme et subjectivation capitaliste », *Cités*, 2010, 1, n^o 41, pp. 35-50.
- DELEUZE, Gilles, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », *Pourparlers 1972-1990*, Paris, Éditions de Minuit, 2003, (1990), pp.240-247.
- DESROSIERS, Georges et GAUMER, Benoit, « Les débuts de l'éducation sanitaire au Québec : 1880-1901 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, Vol 23, 1, 2006, pp.183-207.
- DETELS, Roger, « The scope and concerns of public health », *in*. Detels Roger, et al. (eds.), *Oxford Textbook of Public Health*. 5^e éd. Oxford University Press, USA, 2011, pp. 3-19.
- DEWEY, John, *Le public et ses problèmes*, Paris, Gallimard, ("Folio essais") 2010, (1927), 336 p.

- DEYTON, Lawrence, « Regulating Tobacco: Q&A », *FDA*, September 28, 2009.
- DOLL, Richard and BRADFORD HILL, Austin, « Smoking and carcinoma of the lung », *British Medical Journal*, 2, 1950, pp.73-748.
- DOUGLAS, Mary, *Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge & Kegan Paul PLC, 1966, 196 p.
- DOZON, Jean-Pierre et FASSIN, Didier (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, 341 p.
- DUNBAR, Deanne, KUSHNER, Howard et VRECKO Scott, « Drugs, addiction and society », *BioSocieties*, vol.5, 1, 2010, pp. 2-7.
- DURU-BELLAT, Marie, « Les inégalités nuisent gravement à la santé », *La Vie des idées*, 30 juin 2008. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Les-inegalites-nuisent-gravement-a.html>
- EHRENBERG, Alain, *Le culte de la performance*, Paris Hachette littératures, (« Pluriel »), 1991, 323 p.
- EHRENBERG, Alain, *L'individu incertain*, Paris, Hachette littératures, (« Pluriel »), 1995, 351 p.
- EHRENBERG, Alain, *La fatigue d'être soi*, Paris, Poches Odile Jacob, 1998, 414 p.
- EHRENBERG, Alain, « Sciences neurales, sciences sociales : de la totémisation du soi à la sociologie de l'homme total », in. Wieworka M. (dir.), *Les Sciences sociales en mutation*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, 2007, pp. 385-397.
- ELIAS, Norbert, *La civilisation des mœurs*. Paris, Calmann-Lévy, 1991a, 342 p.
- ELIAS, Norbert, *La dynamique de l'Occident*. Paris, Calmann-Lévy, 1991b, 328 p.
- ENGELS, Friedrich, *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*, Paris, Éditions sociales, 1960, (1845), 413 pages.
- ÉTILÉ, Fabrice « L'analyse économique des politiques publiques du tabagisme », *Psychotropes*, Vol. 12, n° 1, 2006, pp.25-55.
- FAGOT-LARGEAULT, Anne et KIRSCH, Marc, « Entretien avec Anne Fagot-Largeault », *La lettre du Collège de France*, hors-série n° 3 : *Le tabac*, Collège de France, Paris, février 2010, p. 96-104.
- FASSIN, Didier, *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires France, 1996, 324 p.
- FASSIN, Didier, « Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel », in. Preiswerk Y., Burnier M.-J. et Thorndahl M. (dir.), *Tant qu'on a la santé. Les déterminants socio-*

économiques et culturels de la santé dans la relation entre les femmes et les hommes, Berne/Genève : UNESCO/DDC/IUED, 1999, pp. 119-130.

- FASSIN, Didier, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, 2000a, pp. 95-116.
- FASSIN, Didier, « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures*, vol.7, n°1, 2000b, pp. 58-78.
- FASSIN, Didier, « Santé publique », in. LECOURT Dominique (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, 2004, pp.1014-1018.
- FASSIN, Didier et MEMMI, Dominique (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2004, 269 p.
- FASSIN, Didier, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in. Francine Saillant et Serge Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, Paris, Anthropos, 2005a, pp.383-399.
- FASSIN, Didier, *Faire de la santé publique*, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2005b, 57 p.
- FASSIN, Didier, « Biopouvoir ou biolégitimité? Splendeurs et misère de la santé publique », in. GRANJON Marie-Christine (dir.), *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*, Paris, Karthala, 2005c, pp.161-181.
- FASSIN, Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie ». *Sociologie et sociétés*, 38, n° 2, 2006, pp. 35-48.
- FASSIN, Didier (dir.), *Inégalités et santé*, La Documentation Française, (« Problèmes politiques et sociaux »), n° 960, 2009a.
- FASSIN, Didier « Another politics of life is possible », *Theory, Culture & Society* 26, n°. 5, 2009b, pp. 44-60.
- FERLAND, Catherine, « Mémoires tabagiques. L'usage du tabac, du XVI^e siècle à nos jours », *Drogues, santé et société*, vol. 6, n° 1, 2007a, pp. 17-48.
- FERLAND, Catherine (dir.), *Tabac & fumées. Regards multidisciplinaires et indisciplinés sur le tabagisme XV^e-XX^e siècles*, Presses de l'université Laval, (« InterCultures »), 2007b, 236 p.
- FERLAND, Catherine, « Préface à l'édition française » in. COURTWRIGHT David T., *De passion à poison: les drogues et la construction du monde moderne*, Les Presses de l'Université Laval, (« Paradis Artificiels »), 2008, pp.1-7.
- FLYVBJERG, Bent, *Making Social Science Matter. Why social inquiry fails and how it can succeed again*, Cambridge University Press, 2001, 212 p.

- FAIRCLOUGH, Norman, « Critical Discourse Analysis and the Marketization of Public Discourse: The Universities », *Discourse Society*; 4 (2), 1993, pp.133-168.
- FAIRCLOUGH, Norman, « Critical Analysis of Media Discourse », *Media Studies: A Reader*, in. MARRIS Paul & THORNHAM Sue (eds.), New York University Press, 2000, pp.308-325.
- FAIRCLOUGH, Norman et al., « Critical Discourse Analysis », in. Teun A. van Dijk (Ed.), *Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction*, Sage Publications, 2011, 432 p., pp. 357-378
- FOUCAULT, Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, (« Tel »), 1993, [1975], 360 p.
- FOUCAULT, Michel, *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Seuil / Gallimard, (« Hautes Études »), 1999, 351 p.
- FOUCAULT, Michel, *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, (« Tel »), 1994, [1976], 248 p.
- FOUCAULT, Michel, « Cours du 17 Mars 1976 », *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France. 1975-1976*, Seuil / Gallimard, (« Hautes Études »), 1997, pp.213-235.
- FOUCAULT, Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1976), pp.40-58.
- FOUCAULT, Michel, « L'extension sociale de la norme », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1976), pp.74-79.
- FOUCAULT, Michel, « Entretien avec Michel Foucault », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, [1977], pp.140-160.
- FOUCAULT, Michel, « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1977), pp.298-329.
- FOUCAULT, Michel, « Le pouvoir, une bête magnifique », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1977), pp.368-383.
- FOUCAULT, Michel, *Sécurité, Territoire et Population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil / Gallimard, (« Hautes Études »), 2004a, 435 p.
- FOUCAULT, Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Seuil / Gallimard, (« Hautes Études »), 2004b, 356 p.
- FOUCAULT, Michel, « Entretien avec Michel Foucault », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1980), pp.860-915.
- FOUCAULT, Michel, « Les mailles du pouvoir », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1981), pp.1001-1020.

- FOUCAULT, Michel, « Subjectivité et vérité », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1981), pp.1032-1037.
- FOUCAULT, Michel, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1982), pp.1041-1069.
- FOUCAULT, Michel, « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1984), pp.1527-1548.
- FOUCAULT, Michel, « Les techniques de soi », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1988), pp.1602-1632.
- FOUCAULT, Michel, « La technologie politique des individus », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, (« Quarto »), 2001, (1982), pp.1632-1647.
- FOUCAULT, Michel, *Histoire de la sexualité, tome 2 : L'usage des plaisirs*, Gallimard, (« Tel »), 1994a, 339 p.
- FOUCAULT, Michel, *Histoire de la sexualité, tome 3 : Le souci de soi*, Gallimard, (« Tel »), 1994b, 334 p.
- FOURNIER, Marcel, et al. (dir.), *Sciences et médecine au Québec. Perspectives sociohistoriques*, Québec : IQRC (Institut québécois de recherche sur la culture), 1987, 210 p.
- FRANKLIN, Benjamin, *Essais de Morale et d'Economie Politique*, Paris, Hachette et cie, 1867, 348 p.
- FREIDSON, Eliot, *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*, New York, Dodd, Mead, 1970, 440 p.
- FROHLICH, Katherine, et al., « La relation entre contexte et maladie : une proposition théorique », in. FROHLICH K., et al. (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2008, pp.141-164.
- FROHLICH, Katherine, « Is tobacco use a disease? », *Canadian Medical Association Journal*, 179, n°. 9, 2008, pp. 880-882.
- FROHLICH, Katherine, « Le tabagisme n'est pas une maladie individuelle; c'est une épidémie collective », *Forum*, 27 janvier 2009.
- FROHLICH, Katherine, et al., « Creating the Socially Marginalised Youth Smoker: The Role of Tobacco Control », *Sociology of Health & Illness*, 34, 7, 2012, pp. 978–993.
- GALITZ, Tara, et ROBERT, Dominique, « Governing bullying through the new public health model: a Foucaultian analysis of a school anti-bullying programme », *Critical Public Health*, (à paraître), 2013, pp. 1-14.

- GARRIGOU, Alain (dir.), *La santé dans tous ses états*, Paris, Atlantica, 2000, 362 p.
- GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, « Statisticiens et santé publique : l'invention des facteurs de risque », in. *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, La Découverte, Série histoire des sciences, 2002, pp. 218-245.
- GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, *La médecine et les sciences. XIXe-XXe siècles*, Paris, La Découverte, (« Repères »), 2006, 121 p.
- GIDDENS, Anthony, *The consequences of modernity*, Stanford University Press, 1990, 186 p. Traduction française : *Les conséquences de la modernité*, Paris, Éditions l'Harmattan, 1994, 192 p.
- GIDDENS, Anthony, *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford University Press, 1991, 256 p.
- GILMAN, Sander L., et XUN Zhou, *Smoke: a global history of smoking*, London, Reaktion Books, 2004, 416 p.
- GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne tome 1: La présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, 1973, 256 p.
- GOFFMAN, Erving, *Stigmaté*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975, 180 p.
- GOODMAN, Jordan, *Tobacco in History. The cultures of dependence*, London and New York, Routledge, 1993, 280 p.
- GOODMAN, Jordan, et al. (eds.), *Consuming Habits. Drugs in History and Anthropology*, London, Routledge, 1995, 244 p.
- GORI, Roland et DEL VOLGO, Marie-José, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005, 270 p.
- GORI, Roland, « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du « souci de soi » ». *Champ psy* n° 42, n° 2, 2006, pp. 55-83.
- GOULET, Denis, « Le mouvement hygiéniste au Québec », *Cap-aux-Diamants : la revue d'histoire du Québec*, Numéro 70, été 2002, pp.17-20.
- GOUVERNEMENT DU CANADA, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, (rapport Lalonde) (1973-1974), disponible en ligne <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-fra.php>, consulté le 17/10/2009.
- GRECO, Monica, « Psychosomatic subjects and the 'duty to be well'. Personal agency within », *Economy and Society*, 22, n° 3, 1993, 357-372.

- GRECO, Monica, « Thinking Beyond Polemics: Approaching the Health Society Through Foucault », *Österreichische Zeitschrift Für Soziologie*, 34, n° 2, 2009, pp. 13-27.
- GUSFIELD, Joseph R., *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement*, University of Illinois Press, 1986, 240 p.
- GUSFIELD, Joseph R., « Constructing the Ownership of Social Problems: Fun and Profit in the Welfare State », *Social Problems*, Vol. 36, No. 5, 1989, pp. 431-441.
- GUSFIELD, Joseph R., « The Social Symbolism of Smoking and Health », in. RABIN Robert L. et SUGARMAN Stephen D., *Smoking policy: law, politics, and culture*, New York, Oxford University Press US, 1993, pp.22-48.
- GUSFIELD, Joseph R., *Contested meanings. The Construction of Alcohol Problems*, Madison, University of Wisconsin, 1996, 384 p.
- GUSFIELD, Joseph R., « Action collective et problèmes publics. Entretien avec Daniel Cefai et Danny Trom », in D. Cefai, D. Pasquier (dir.), *Les sens du public. Public politiques, publics médiatiques*, Paris, PUF, 2003.
- GUSFIELD, Joseph R., *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : La production d'un ordre symbolique*, Paris, Éditions Économica, (« Etudes Sociologiques »), 2009, 349 p.
- HACHE, Émilie, « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », *Raisons politiques*, 2007/04, n° 28, pp. 49-65.
- HAINES-SAAH, Rebecca, « Pretty girls don't smoke. Gender and appearance imperatives in tobacco prevention », in. Kirsten Bell et al., *Alcohol, Tobacco and Obesity. Morality, mortality and the new public health*, Routledge, 2011, 248 p., pp.191-211.
- HAINES-SAAH, Rebecca J., et al., « The privileged normalization of marijuana use – an analysis of Canadian newspaper reporting, 1997–2007 », *Critical Public Health* (ahead-of-print), 2013, pp.1-15.
- HAMEL, Jacques, « A propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 67, 2000, pp. 25–41
- HARMAN, Juliet, et al., « Socioeconomic gradients in smoking among young women: a British survey », *Social Science and Medicine*, Volume 63, Issue 11, 2006, pp. 2791-2800.
- HISCOCK, Rosemary et al., « Socioeconomic status and smoking: a review », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2011, pp.1-17.
- HOGGART, Richard, *La Culture Du Pauvre; Étude Sur Le Style De Vie Des Classes Populaires En Angleterre*, Paris, Éditions de Minuit, 1970, 420 p.
- ILLICH, Ivan, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975, 222 p.

- JEANPIERRE, Laurent, « Une sociologie foucauldienne du néolibéralisme est-elle possible? », *Sociologie et Sociétés*, vol. XXXVIII, 2, 2006, pp.87-111.
- KECK, Frédéric, « Les usages du biopolitique », *L'Homme*, 3-4 - n° 187-188, 2008, pp.295-314.
- KENTIKELINIS, Alexander et al., « Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, Vol. 378, Issue 9801, October 2011, pp. 1457-1458.
- KHAW, Kay-Tee et al., « Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study », *PLoS Med* 5, n° 1, 2008, p. e12.
- KICKBUSCH, Ilona, « Think Health: What Makes the Difference? », *Health Promotion International*, 12, n° 4, 1997, pp. 265-272.
- KICKBUSCH, Ilona, « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *American Journal of Public Health*, 93, 3, 2003, pp. 383-388.
- KICKBUSCH, Ilona. « Vers Une Nouvelle Santé Publique », *Promotion & Education*, 14, 2, 2007a, pp 40-41.
- KICKBUSCH, Ilona, « Health Governance: The Health Society" », in. MCQUEEN David V. and KICKBUSCH Ilona, *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*, Springer, 2007b, pp.144-161.
- KIRSCH, Marc, « Génèse d'une épidémie », *La lettre du Collège de France* [En ligne], Hors-série 3, 2010a, pp.5-14.
- KIRSCH, Marc, « La lutte contre le tabagisme : un cas d'école de la relation entre l'industrie, la science et l'État » », *La lettre du Collège de France* [En ligne], Hors-série 3, 2010b, pp. 111-129
- KLEIN, Richard, *Cigarettes Are Sublime*, Duke University Press, 1993, 232 p.
- KORP, Peter, « Health on the Internet: implications for health promotion », *Health Education Research*, 21, n°1, 2006, pp.78-86.
- LABALLESTRIER, Claire, « Le tabagisme passif des enfants, un véritable enjeu de santé publique », *Dire*, vol. 21, 1, Hiver 2012, pp. 30-35.
- LAFONTAINE, Céline, *L'Empire cybernétique : Des machines à penser à la pensée machine*, Paris, Seuil, 2004, 240 p.
- LAFONTAINE, Céline, *La société postmortelle : La mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, Paris, Seuil, 2008, 242 p.
- LAHIRE, Bernard, *L'Esprit sociologique*, Paris, La Découverte, 2005, 434 p.

- LAHIRE, Bernard, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris, La Découverte, 2013, 173 p.
- LASCH, Christopher, *La culture du narcissisme*, Paris, Flammarion, (« Champs Essais »), 2008, (1979), 332 p.
- LAVAL, Christian, *L'homme économique : Essai sur les racines du néolibéralisme*, Paris, Gallimard, (« NRF Essais »), 2007, 396 p.
- LAVE, Rebecca, MIROWSKI, Philip and RANDALLS, Samuel, « Introduction: STS and Neoliberal Science », *Social Studies of Science*, 40, 2010, pp. 659-674.
- LEBESCO, Kathleen, « Neoliberalism, public health, and the moral perils of fatness », *Critical Public Health*, 21, 2011, pp. 153-164.
- LE BRETON, David, *Signes d'identité. Tatouages, piercing et autres marques corporelles*, Paris, Métailié, 2002, 232 p.
- LEE, Douglas S., et al., « Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors », *Canadian Medical Association Journal; CMAJ* 181(3-4), 2009, pp.E55-66.
- LEMKE, Thomas, « « Marx sans guillemets » : Foucault, la gouvernementalité et la critique du néolibéralisme », *Actuel Marx*, PUF, vol.2, n°36, 2004, pp.13-26.
- LEMKE, Thomas, *Biopolitics: An Advanced Introduction*, New York and London, NYU Press, 2011, 145 p.
- LEVASSEUR, Carol, « Gouverner l'insécurité sociale. La centralité du politique dans la construction de l'État providence contemporain », *Lien social et Politique - RIAC*, 33, 1995, pp. 47-60.
- LEROUX, Richard, et NINACS, William, *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, INSPQ, 2002, en ligne, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/104_SanteCommunautesRevueLitterature.pdf, page consultée le 11/04/2010.
- LINK, Bruce G. et PHELAN, Jo C., « Social Conditions as Fundamental Causes of Disease », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, Extra Issue, 1995, pp.80-94.
- LINK, Bruce G. et PHELAN, Jo C., « McKeown and the Idea That Social Conditions Are Fundamental Causes of Disease », *American Journal of Public Health*, 92, n°. 5, 2002, pp. 730-732.
- LINK, Bruce G., et PHELAN, Jo C., « Stigma and its public health implications », *The Lancet*, 367, 2006, pp.528-529.

- LINK, Bruce G., « Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population Health », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 49, 2008, pp.367-384.
- LIPOVETSKY, Gilles *L'ère du vide: essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, (« Folio Essais »), 1983, 328 p.
- LIPOVETSKY, Gilles, *Le crépuscule du devoir: l'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Paris, Gallimard, (« Folio Essais »), 2000, 368 p.
- LOW, Jacqueline et THÉRIAUT, Luc, « Health promotion policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn », *Health Promotion International*, Vol. 23 No 2, 2008, pp.200-206.
- LUPTON, Deborah. « Discourse analysis: A new methodology for understanding the ideologies of health and illness », *Australian Journal of Public Health*, 16(2), 1992, pp.145-150.
- LUPTON, Deborah, « Femininity, responsibility, and the technological imperative: discourses on breast cancer in the Australian press », *International Journal of Health Services*, 24, 1, 1994, pp. 73–89.
- LUPTON, Deborah, *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, Sage Publications Ltd, 1995, 192 p.
- LUPTON, Deborah, et PETERSEN, Alan, *The New Public Health: Discourses, Knowledges, Strategies*, SAGE Publications, 1997, 192 p.
- LUPTON, Deborah, *Risk*, London, Routledge, 1999, 192 p.
- MAIR, M., et KIERANS C., « Critical reflections on the field of tobacco research: The role of tobacco control in defining the tobacco research agenda », *Critical Public Health*, 17, n° 2, 2007, pp.103-112.
- MAIR, Michael, « Deconstructing behavioural classifications: tobacco control, 'professional vision' and the tobacco user as a site of governmental intervention », *Critical Public Health*, 21, 2011, pp. 129–140.
- METZL, Jonathan et KIRKLAND, Anna (eds.), *Against Health: How Health Became the New Morality*, New York and London, NYU Press, 2010, 240p.
- MANDAVILLI, Apoorva, « Nicotine Fix », *Nature Medicine*, vol.10, n°7, July 2004, pp.660-661.
- MARKLE, Gerald E et TROYER, Ronald J., « Smoke gets in your eyes: Cigarette smoking as deviant behavior », *Social Problems*, vol. 26, No. 5, 1979, pp.611-625.
- MARMOT, Michael, et al., « Employment grade and coronary heart disease in British civil servants », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 1978, pp.244-249.

- MARMOT, Michael, et *al.*, On behalf of the Commission on Social Determinants of Health, « Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health », *The Lancet*; 372, 2008, pp.1661-1669.
- MATHIEU, Lilian, « Repères pour une sociologie des croisades morales », *Déviance et Société*, Vol. 29, 1, 2005, pp. 3-12.
- MARTUCCELLI, Danilo, *Grammaires de l'individu*. Gallimard, (« Folio essais »), 2002, 712 p.
- MARTUCCELLI, Danilo. *Forgé par l'épreuve : L'individu dans la France contemporaine*. Armand Colin, 2006, 478 p.
- MARTUCCELLI, Danilo, *La société singulariste*, Paris, Armand Colin, 2010, 261 p.
- MARTUCCELLI, Danilo, « Une sociologie de l'existence est-elle possible ? », *Sociologies* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 18 octobre 2011, consulté le 23 mai 2013. URL : <http://sociologies.revues.org/3617>.
- MARX, Karl, « L'idéologie allemande. Conception matérialiste et critique du monde (1845-1846) », *Philosophie*, Gallimard, (« Folio essais »), 2009, pp. 287-392.
- MASSÉ, Raymond, « La santé publique comme nouvelle moralité », in. FORTIN Pierre (dir.), *La réforme de la santé au Québec*, Montréal, Les Éditions Fides, (« Cahiers de recherche éthique, no 22 »), 1999, pp. 155-174.
- MASSÉ, Raymond, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », in. Bernard Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Les Éditions Karthala, (« Médecines du monde »), 2001a, pp. 41-66.
- MASSÉ, Raymond, « Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé », in. Cécile Fournier et al. (dir), *Éducation pour la santé et éthique*, Paris, Éditions du Comité français pour l'éducation à la santé, 2001b, pp. 25-51.
- MASSÉ, Raymond, *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs phares et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, 434 p.
- MAUTRAIT, Catherine, et BRANELLEC, Anne, *Peut-on prévenir le tabagisme?*, Arnaud Franel Éditions, 2001, 87 p.
- MCGRAIL, Kimberlyn M., et *al.*, « Income-Related Health Inequalities in Canada and the United States: A Decomposition Analysis », *American Journal of Public Health*, Vol 99, No. 10 October 2009, pp.1856-1863.
- MCKEOWN, Thomas, *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, London, England, Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1976, 196 p.

- McNAY, Lois, « Self as Enterprise: Dilemmas of Control and Resistance in Foucault's The Birth of Biopolitics », *Theory Culture & Society*, 26, 2009, pp.55-77.
- MEMMI, Dominique, « Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps », *Revue française de science politique*, 50e année, n°1, 2000. pp. 3-20.
- MEMMI, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir : Le Gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003, 310 p.
- MEMMI, Dominique, et al., « Introduction », *Ethnologie française*, Vol. 41, n° 1, 2011, pp. 5-16.
- METZL, Jonathan, et KIRKLAND, Anna (eds.), *Against Health: How Health Became the New Morality*, New York and London, NYU Press, 2010, 240 p.
- MILLER, Peter and ROSE, Nikolas, *Governing the Present. Administrating Economic, Social and Personal Life*, Cambridge, UK, Polity, 2008, 246 p.
- MILLS, C. Wright, « The Professional Ideology of Social Pathologists », *The American Journal of Sociology*, Vol. 49, No. 2, 1943, pp. 165-180.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) :
 - *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, 2001, 29 p.
 - *Pour notre progrès vers un avenir sans tabac. Développement de la législation québécoise contre le tabagisme*, 2005, 40 p.
 - *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, 2006, 52 p.
 - *Plan québécois de prévention du chez les jeunes 2010-2015*, 2010, 57 p.
 - *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 1997, 92 p.
 - *Programme national de santé publique 2003-2012 mise à jour 2008*, 100 p.
- MOLIÈRE, *Dom Juan ou le festin de pierre*, Acte I, scène première, Nouveaux classiques illustrés Hachette, 1983, (1665), 109 p.
- MOLIMARD, Robert, « Historique du tabagisme », Novembre 2004, [En ligne], http://www.google.ca/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fformation.tabacologie.globalink.org%2F2005%2FTome%2520I%2F04.%2520Molimard%2520Historique%252004.doc&ei=7P2RTa-5CcO-0QG1jsyuDQ&usg=AFQjCNGoQNWZVIIbucnocq_OZ-3S3zCCIQ, page consultée le 23/02/2010.
- MOLIMARD, Robert, « Le rapport européen *Lifting the SmokeScreen* : étude épidémiologique ou manipulation ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56, 2008, pp.286-290.

- MOLIMARD, Robert, « Le mythe de l'addiction à la nicotine », 2012, En ligne, <http://www.formindep.org/IMG/pdf/RobertMolimardHAS-bis.pdf>, page consultée le 12/01/2013.
- MORIAU, Jacques et LEBEER, Guy, « Les usages contemporains de la gouvernementalité », in. LEBEER Guy et MORIAU Jacques, *(Se) gouverner. Entre souci de soi et action publique*, Bruxelles, Peter Lang, (« Action publique »), 2010, pp.11-32.
- MOYNIHAN, Ray, HEATH, Iona, et HENRY, David, « Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering », *British Medical Journal*, 324, 7342, 2002, pp. 886-891.
- MULLER, Pierre, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, Volume 50, Numéro 2, 2000, pp. 189-208.
- NATHANSON, Constance A., *Disease Prevention as Social Change. The State, Society, and Public Health in the United States, France, Great Britain, and Canada*, Russell Sage Foundation, 2007, 344 p.
- NETTLETON, Sarah, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, UK, Polity, 2006, 352 p.
- NONNIS-VIGILANTE, Serenella, « La réinvention de l'hygiène, XIXe-XXe siècle », in. Sicard, Didier, et Georges Vigarello, *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, pp.203-217.
- NOURRISSON, Didier, *Cigarette: histoire d'une allumeuse*, Paris, Payot, 2010, 328 p.
- ÖBERG, Mattias et al., « Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries », *The Lancet*, Vol. 377, Issue 9760, January 2011, pp. 139-146
- OROBON, Frédéric, *Santé publique et libertés individuelles. L'exemple des conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même*, Thèse de doctorat de philosophie, Lyon, Université Jean Moulin - Lyon 3, 2012, 333 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)/ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) :
 - *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*, Genève, Suisse, 1946, disponible en ligne http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf, page consultée le 25/07/12.
 - *Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires*, Genève, Suisse, 1978, disponible en ligne http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, page consultée le 25/07/12
 - *La stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, Suisse, 1981.

- *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, Suisse, 1986, disponible en ligne
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, page consultée le 17/10/2009.
 - *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle*, Genève, Suisse, 1997, disponible en ligne
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf, page consultée le 25/07/12.
 - *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, Suisse, 1998, disponible en ligne
http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf, page consultée le 25/03/12.
 - *Santé21 : Introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*, Copenhague, 1999, disponible en ligne
<http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>, page consultée le 25/07/12
 - *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac*, 2003, 45 p., disponible en ligne
http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html, page consultée le 25/03/2009.
 - *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, 2008, en ligne,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596281_fre.pdf, page consultée le 25/03/2009.
 - *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009. Résumé d'orientation*, en ligne
http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcrll_executive_summary_fr_final.pdf, page consultée le 14/03/2012
 - NMH Fact Sheet, WHO, Programmes and projects, Noncommunicable diseases and mental health, Tobacco, June 2009, en ligne
http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_tobacco_en.pdf, page consultée 12/05/2010.
- OTERO, Marcelo, *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, 322 p.
 - PADIOLEAU, Jean G., « La lutte contre le tabagisme : action politique et régulation de la vie quotidienne », *L'État au concret*, Paris, PUF, 1982, pp. 49-77.
 - PAMPEL, Fred C., « The Persistence of Educational Disparities in Smoking », *Social Problems*, Vol. 56, Issue 3, 2009, pp. 526-542.
 - PARSONS, Talcott, « Social structure and dynamic process: the case of modern medicine », *The Social System*, Routledge, 1991, (1951), pp.288-322.

- PERETTI-WATEL, Patrick, *La société du risque*, Paris, La Découverte, (« Repères »), 2001, 128 p.
- PERETTI-WATEL, Patrick. « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque ». *Revue française de sociologie*, Vol. 45, n° 1, 2004, pp. 103-132.
- PERETTI-WATEL, Patrick et MOATTI, Jean-Paul, *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, (« La république des idées »), 2009, 103 p.
- PERETTI-WATEL, Patrick, et CONSTANCE, Jean, « Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? » *Déviance et Société*, 33, n° 2, 2009, pp.205-219.
- PERETTI-WATEL, Patrick, « Morale, stigmatisme et prévention », *Agora débats/jeunesses* N° 56, n° 3, 2010, pp. 73-85.
- PETERSEN, Alan R, et BUNTON, Robin, *Foucault, Health and Medicine*. London; New York, Routledge, 1997, 288 p.
- PETERSEN, Allan, « Governmentality, critical scholarship, and the medical humanities », *Journal of Medical Humanities*, 24, 2003, pp. 187-201.
- PHELAN, Jo C. et LINK, Bruce G., « Controlling Disease and Creating Disparities: A Fundamental Cause Perspective », *Journals of Gerontology*, Vol. 60B (Special Issue II), 2005, pp.27-33.
- PIGEARD DE GURBERT, Guillaume, *Fumer tue : Peut-on risquer sa vie ?* Flammarion, 2011, 119 p.
- PROCTOR, Robert N., « The anti-tobacco campaign of the Nazis: a little known aspect of public health in Germany, 1933–45 », *British Medical Journal*, vol. 313 No 7070, 1996, p. 1450.
- PROCTOR, Robert N., « Why did the Nazis have the world's most aggressive anti-cancer campaign? », *Endeavour*, Vol. 23, 2, 1999, pp. 76-79.
- PROCTOR, Robert N., « La campagne contre le tabac », *La guerre des nazis contre le cancer*, Les belles Lettres, 2001, pp.179-255.
- PROCTOR, Robert N, *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 2012, 752 p.
- QUEVAL, Isabelle, *Le corps aujourd'hui*, Paris, Gallimard, (« Folio essais »), 2008, 464 p.
- QUEVAL, Isabelle, « « Nature » et « surnature » du corps sportif », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1, n° 5, 2011a, pp.195-215.
- QUEVAL, Isabelle, « Éducation, santé, performance, à l'ère de la perfectibilité infinie du corps », *Carrefours de l'éducation*, 2, n° 32, 2011b, pp. 17-30.
- RABINOW, Paul, *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton University Press, 1996, 190 p.

- RABINOW, Paul, « L'artifice et les Lumières : de la sociobiologie à la biosocialité », *Politix*, n° 90, n° 2, 2010, pp. 21-46.
- RADIO CANADA, « Recours collectif de 27 milliards de dollars contre les cigarettiers », 12 mars 2012, en ligne, <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2012/03/12/001-tabac-recours-collectifs.shtml>, page consultée le 12/03/2012.
- RAPHAEL, Dennis, « Addressing the social determinants of health in Canada: Bridging the gap between research findings and public policy », *Policy Options*, March 2003, pp.35-40.
- REID, Roddey, *Globalizing tobacco control: anti-smoking campaigns in California, France, and Japan*, Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press, 2005, 310 p.
- RENAUD, Lise, et BOUCHARD, Caroline, *La santé s'affiche au Québec: plus de 100 ans d'histoire*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2005, 264 p.
- RIDDE, Valéry, « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé », *Recherches sociographiques*, 45, n°. 2, 2004, pp. 343-364.
- ROQUES, Bernard, *La dangerosité des drogues*, Paris, Odile Jacob, 1998, 316 p.
- ROSE, Nikolas, *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge University Press, 1999, 334 p.
- ROSE, Nikolas, « The Politics of Life Itself », *Theory, Culture & Society*, 18, no.6, 2001, pp. 1-30.
- ROSE, Nikolas, et NOVAS Carlos, « Biological Citizenship », in. ONG Aihwa et COLLIER Stephen J. (eds.), *Global Assemblages*, Blackwell Publishing Ltd, 2004, pp. 439-463.
- ROSE, Nikolas. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press, 2007, 352 p.
- RUDY, Jarrett, *The Freedom to Smoke: Tobacco Consumption and Identity*, McGill-Queen's University Press, 2005, 232 p.
- ROSEN, George, *A History of Public Health*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1993, [1958], 632 p.
- RUMPALA, Yannick, « La quête du sens : Repenser la question de l'interprétation dans l'analyse des politiques publiques », *Articulo*, 4, 2008, pp.2-21.
- SABOURIN, Paul, « L'analyse de contenu », in. Benoit Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, 2009, pp.415-443.

- SAINT-GERMAIN, Christian, *Paxil® Blues. Antidépresseurs : la société sous influence*, Montréal, Boréal, 2005, 163 p.
- SANTÉ CANADA, *Promotion de la santé de la population*, 1996, disponible en ligne http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/affiche_details_blanc-fra.pdf, consulté le 12/10/12.
- SENNETT, Richard, *Les Tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, (« La couleur des idées »), 1995, (1977), 282 p.
- SFEZ, Lucien. *La santé parfaite: critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil, 1995, 398 p.
- SHILLING, Chris, *The Body and Social Theory*, London; Thousand Oaks, Calif, Sage Publications, 2003, 238 p.
- SMITH, George Davey, et al., « Public health measures were taken more than 40 years ago », *British Medical Journal*, vol. 310, p. 396.
- SPECTOR, Malcolm, KITSUSE, John I., *Constructing Social Problems*, New York, Aldine de Gruyter, 1977, 184 p.
- SCHNEIDER, Joseph W., « Social Problems Theory: The Constructionist View », *Annual Review of Sociology*, Vol. 11, 1985, pp. 209-229.
- SCHROEDER, Steven A., « We Can Do Better — Improving the Health of the American People », *New England Journal of Medicine* 357, n° 12, 2007, pp. 1221-1228.
- SICARD, Didier, « De la médecine sans corps et sans sujet à l'éthique », in. SICARD, Didier, et VIGARELLO Georges, *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, pp. 417-429.
- SKRABANEK, Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995, 244 p.
- STALLYBRASS, Peter et WHITE, Allon, « The City : the Sewer, the Gaze, and the Contaminating Touch », in. LOCK Margaret and FARQUHAR Judith (eds.), *Beyond the Body Proper. Reading the Anthropology of Material Life*, Durham and London, Duke University Press, 2007, pp.266-286.
- STAPLES, David, et SOUTHAM Greg, *Barb's Miracle: How Barb Tarbox Transformed Her Deadly Cancer into a Lifesaving Crusade*, Edmonton, River Books, 2004.
- STEIN, H.F., « In what systems do alcohol/chemical addictions make sense? Clinical ideologies and practices as cultural metaphors », *Social Science & Medicine*, 30(9), 1990, pp.987-1000.
- STUBER, Jennifer, GALEA, Sandro et LINK, Bruce G., « Smoking and the emergence of a stigmatized social status », *Social Science & Medicine*, 67, 2008, pp.420-430.
- SUISSA, Amnon Jacob, « Toxicomanies et rituels », *Religiologiques*, 16, automne 1997, pp.77-90.

- SUISSA, Amnon Jacob, « La construction d'un problème social en maladie. Le cas de l'alcoolisme en Amérique du Nord », in. DORVIL Henri et MAYER Robert, *Problèmes sociaux. Tome 1 Théories et méthodologies*, Presses de l'université du Québec, 2007, pp. 135-154.
- SZASZ, Thomas, *Les rituels de la drogue. La persécution rituelle de la drogue et des drogués*, Payot, 1976, 293 p.
- THOMPSON, Lee, et *al.*, « Moralising Geographies: Stigma, Smoking Islands and Responsible Subjects ». *Area* 39, n^o. 4, 2007, pp. 508–517.
- TERNON, Yves, « Les médecins nazis », *Les Cahiers de la Shoah*, 1, n^o 9, 2007, pp. 15-60.
- TROYER, Ronald J., et MARKLE, Gerlad E., *Cigarettes, the battle over smoking*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1983, 170 p.
- TURCOTTE, Fernand, « Du contrôle de la promotion commerciale et de la consommation du tabac à l'éradication du tabagisme », *Drogues, santé et société*, vol. 6 n^o 1, 2007, pp. 73-103.
- TURNER, Bryan S., *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London, England; New York, NY: Routledge, 1992, 280 p.
- VAN BAAL, Pieter et *al.*, « Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure », *PLoS Medicine*, 5, n^o. 2, 2008, pp. e29.
- VAN DIJK, Teun A., « Critical Discourse Analysis », in. SCHIFFRIN D., TANNEN D., HAMILTON H. E. (eds.), *The Handbook of Discourse Analysis*, Blackwell Publishing, 2008, pp. 352-371.
- VALVERDE, Marianna, *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*, Cambridge University Press, 1998, 251 p.
- VIGARELLO, Georges, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-âge*, Paris, Seuil, (« L'Univers Historique »), 1993, 399 p.
- VIGARELLO, Georges, *Histoire de la beauté: le corps et l'art d'embellir, de la Renaissance à nos jours*, Paris, Seuil, 2004, 336 p.
- VIGARELLO Georges, *La silhouette, du XVIIIe siècle à nos jours: Naissance d'un défi*, Paris, Seuil, 2012, 156 p.
- VOIGT, Kristin, « Smoking and Social Justice », *Public Health Ethics*, vol.3, 2, 2010, pp.91-106.
- VRECKO, Scott, « Civilizing technologies' and the control of deviance », *BioSocieties*, 5, 2010, pp. 36–51.
- WARDLE, J; and STEPTOE, A., « Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 2003, pp.440-443.

- WEBER, Max, *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, (« Pocket »), 1989, (1905), 286 p.
- WILKINSON, Richard G. *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. New Press, The, 2006, 355 p.
- WILLIAMS, Simon J., MARTIN, Paul, et GABE Jonathan, « The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis », *Sociology of Health & Illness*, Vol. 33 No. 5, 2011, pp. 710–725.
- ZOLA, Irving K., « Medicine as an Institution of Social Control », *The Sociological Review*, 20, n° 4, 1972, pp. 487-504.
- ZOLA, Irving K., *Socio-Medical Inquiries. Recollections, Reflections, and Reconsiderations*, Philadelphia, Temple University Press, 1983, 340 p.

SITES INTERNET

- À BAS LE TABAC, <http://www.abasletabac.activestop.ca/a-propos-de-a-bas-le-tabac>
- ADVERTISING TIMES, Deux siècles de Tabac en 150 affiches, <http://www.advertisingtimes.fr/2010/07/deux-siecles-de-tabac-en-150-affiches.html>
- ACTI-MENU, <http://www.actimenu.ca/programmes.php>
- BARB'S MIRACLE, Greg Southam, en ligne, http://caj.ca/wp-content/uploads/2010/mediamag/awards2004/cajAwards/theAwards/08_photoJ/Miracle/pages/00.html, page consultée le 15/01/2013.
- CONSEIL QUÉBÉCOIS SUR LE TABAC ET LA SANTÉ (CQTS) <http://www.cqts.qc.ca/>
- DÉFI J'ARRÊTE, J'Y GAGNE, <http://www.defitabac.qc.ca/fr>
- DE FACTO, <http://www.defacto.ca/#>,
- FILMS SANS FILTRES, <http://www.filmsansfiltre.ca/>
- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC, <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669779/k.BC38/Accueil.htm>
- LA GANG ALLUMÉE, <http://www.lagangallumee.com/fr/>
- J'ARRÊTE, LE SITE POUR S'AIDER À SE LIBÉRER DU TABAC, <http://www.jarrete.qc.ca/>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)/ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), <http://www.who.int/fr/index.html>.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) <http://www.msss.gouv.qc.ca/>
 - Campagnes du MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?campagnes-contre-le-tabagisme&PHPSESSID=8f8fc384a17a338a41628280e86b1109>
- SANTÉ CANADA (SC) <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/index-fra.php>
 - Publications de Santé Canada sur le tabagisme <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/index-fra.php>
 - Campagnes de santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/media/camp-fra.php>
- TOBACCO DOCUMENTS ONLINE, <http://tobaccodocuments.org/>.
- WIKIPEDIA, <http://en.wikipedia.org/> .
 - « Tobacco and art », http://en.wikipedia.org/wiki/Tobacco_and_art.
- YOUTUBE, <http://www.youtube.com/>

ANNEXES

INDEX DES SOURCES ET ABRÉVIATIONS DU CORPUS

- 1- **BANQUE MONDIALE**, *Maîtriser l'épidémie L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, 2000, (BM, 1)
- 2- **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS, 2)**
 - a- *Convention-cadre de lutte contre le tabagisme de l'OMS*, 2003 (OMS, 2-a)
 - b- *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009*. Résumé d'orientation, en ligne http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcrll_executive_summary_fr_final.pdf, page consultée le 14/03/2012, (OMS, 2-b).
- 3- **SANTÉ CANADA (SC)** <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/index-fra.php> (SC, 3)
 - a- Stratégie nationale, en ligne, page consultée le 27/02/2011 <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ns-sn/index-fra.php> (SC, 3-a)
 - 1- Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ftcs-sflt-fra.php>, (SC, 3-a-1)
 - 2- *Aperçu des risques du tabagisme pour la santé*, en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/risks-risques-fra.php>, page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-a-2)
 - 3- Dépendance à la nicotine <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/nicotine-fra.php> page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-a-3)
 - 4- Marketing social et médias, en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/smmm-msem-fra.php> page consultée le 06/10/2010, page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-a-4)
 - 5- Marketing social, site consulté le 10/05/12 <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/index-fra.php> (SC, 3-a-5)
 - Tabagisme - Rapports et publications- section « Cessez de fumer », en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/index-fra.php>, consultée le 27/02/2011 :
 - b- *Vie100Fumer* (SC, 3-b)
 - c- *Programme Sur la voie de la réussite (2007) Sur la voie de la réussite - Guide pour devenir un non-fumeur*, en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/quit-cesser/now-maintenant/road-voie/index-fra.php>, page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-c)
 - d- *Dormir avec un tueur : les effets du tabagisme sur la santé humaine*, en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/index-fra.php> page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-d)
 - e- *Pour éteindre le désir d'allumer - Documentation à l'intention des participantes*, en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ssbs-peda/index-fra.php>, page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-e)

- f- Ça ne peut pas m'arriver, en ligne, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/pdf/tobac-tabac/youth-jeunes/scoop-primeur/never-jamais-fra.pdf , page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-f).
- g- Vivre sans fumée, en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/gsf-vsfi/index-fra.php>, page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-g).
- h- Anciens messages pour les éléments d'étiquetage des produits du tabac, (SC, 3-h).
- i- Nouveaux messages pour les éléments d'étiquetage des produits du tabac, 2011, en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/consult/2011/label-etiquet/messages-fra.php>, page consultée le 03/02/2012, (SC, 3-i).
- j- Campagnes, en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/media/camp-fra.php> , page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j).
 - 1- « T'es mieux au naturel », (1994), en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=GPr7FwiPWp0&feature=related> page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-1)
 - 2- « Ne laissez pas vos enfants devenir une cible. Faites de votre résidence un environnement sans fumée. », en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/child-enfant-fra.php>, page consultée le 06/10/2010. (SC, 3-j-2)
 - 3- « Heather Crowe, n'a jamais fumé, se meurt d'un cancer du poumon. », en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/tvheather-teleheather-fra.php>, page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-3)
 - 4- « Une semaine après la naissance de Samuel, ses parents ont recommencé à fumer », (2005), en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/parent-fra.php>, page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-4)
 - 5- « Protégez vos enfants. Roulez sans fumer », en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/free-non-auto-fra.php>, page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-5)
 - 6- Transcription de l'annonce télévisée - Faites de votre maison et de votre auto des endroits sans fumée, en ligne http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/media/camp_ghost-trans-spectre-fra.php, page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-6)
 - 7- Cigarettes étiquetées « douces » et « légères » : La transcription, en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/cocktail-fra.php> page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-7)
 - 8- « Maladies causées par la fumée secondaire On ne sait jamais ce qu'on peut poigner dans une soirée », en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/tvssd-telemcf-fra.php>, page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-8)
 - 9- « Deux vies affectées par le tabagisme », en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/cinema-fra.php>, page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-9)

10- Février 2002 Pubs télé : Les transcriptions - Les athlètes, en ligne <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/fs-if/tta-ptt-fra.php> page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-j-10)

11- « *Odroque pour moi* », en ligne, <http://www.youtube.com/watch?v=jEx10YB6kdo>, page consultée le 06/10/2010, (3-j-11)

4- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) <http://www.msss.gouv.qc.ca/> (MSSS, 4)

a- Loi sur le tabac, en ligne [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?loi sur le tabac](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?loi%20sur%20le%20tabac) page consultée le 06/10/2010. (MSSS, 4-a)

b- *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, 2001 (MSSS, 4-b)

c- *Pour notre progrès vers un avenir sans tabac. Développement de la législation québécoise contre le tabagisme*, 2005, 40 p. (MSSS, 4-c)

d- *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, 2006 (MSSS, 4-d)

e- *Plan québécois de prévention du chez les jeunes 2010-2015*, 2010 (MSSS, 4-e)

f- Campagnes (MSSS, 4-f)

1- « En tous cas, moi j'ai décidé que je ne fume pas », 1995, en ligne http://www.youtube.com/watch?v=gC_FKuZ_DpY&feature=related, page consultée le 24/08/2010, (MSSS, 4-f-1)

2- « Une loi sur le tabac « pour protéger nos petites espèces les plus chères » (2000), en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=g3s7bFvJkU8&p=FF2DC362F55D864E&playnext=1&index=1>, page consultée le 24/08/2010, (MSSS, 4-f-2)

3- Message télévisé « Ne faites pas fumer votre entourage » <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2004/11/24/article-13280.aspx> consultée le 12/02/2010 4-f-1, page consultée, le 24/08/2010, (MSSS, 4-f-3)

4- Message télévisé « Loin des yeux », (2008) en ligne <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2008/04/09/article-26383.aspx>, page consultée, le 24/08/2010, (MSSS, 4-f-4)

5- « Laisse-toi pas prendre » (2009), en ligne <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Campagne-Laisse-toi-pas-prendre&PHPSESSID=db4ce4b5b092b0e133df8f2dd119e662>, page consultée le 24/08/2010, (MSSS, 4-f-5)

6- « Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette », (2011), disponible en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=dQc7pPIB2P8>, consultée le 24/08/2010, (MSSS, 4-f-6).

- a. L'expérience « Magane pas tes organes », en ligne <https://www.facebook.com/photo.php?v=10152653365070601&set=vb.136856203047093&type=2&theater>, page consultée le 18/03/2013, (MSSS, 4-f-6-a).

5- CONSEIL QUEBÉCOIS SUR LE TABAC ET LA SANTÉ (CQTS) <http://www.cqts.qc.ca/> (5)

- a- *J'arrête, le site pour s'aider à se libérer du tabac* <http://www.jarrete.qc.ca/> : Site interactif du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS, 2010), sponsorisé par la société canadienne du cancer et le MSSS (5-a), page consultée le 12/02/2012. (CQTS, 5-a)
- b- Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, en ligne, <http://www.cqts.qc.ca/sqast/>, page consultée le 12/02/2012. (CQTS, 5-b)
- 1- « Libérez l'air de la fumée secondaire », (CQTS 2005), en ligne <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2005/01/19/article-13552.aspx>, page consultée le 14/03/2010, (5-b-1)
 - 2- Pub TV, *idem*, (CQTS, 5-b-2)
 - 3- « Faire un monde sans fumée », 2006, en ligne, <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2006/01/16/article-16050.aspx>, page consultée le 14/03/2010, (5-b-3)
 - 4- « Un monde sans fumée gros comme ça », 2008, en ligne, <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2008/01/16/article-25118.aspx>, page consultée le 14/03/2010, (5-b-4)
 - 5- « Arrêter de fumer pour l'amour », 2009, en ligne, <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2009/01/21/article-29685.aspx>, page consultée le 14/03/2010, (5-b-5)
 - 6- 2011, Joel Legendre, <http://www.infopresse.com/visuel.aspx?id=36533&idimg=1>, page consultée le 23/08/2012, (CQTS, 5-b-6)
 - 7- « à couper le souffle », 2012, « c'est pas une fiction, c'est la réalité », en ligne http://www.youtube.com/watch?v=V_FyZX4bTjU, page consultée le 23/08/2012, (CQTS, 5-b-7)
 - 8- TV http://www.youtube.com/watch?v=LXtdQuY2PDg&playnext=1&list=PLBCBD0B14A750C957&feature=results_main
 - 9- affiche 2013
- c- <http://mondesansfumee.ca/> 2013 (CQTS, 5-c)
- d- « Toutes les raisons sont bonnes pour arrêter de fumer » (2005), en ligne, <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2005/09/01/article-14879.aspx> consultée le 12/02/2010, (CQTS, 5-d)
- e- « Films sans filtres », en ligne, <http://www.filmsansfiltre.ca/>, page consultée le 12/02/2012. (CQTS, 5-e)

- 1- <http://www.filmsansfiltre.ca/portfolio-items/action-sociale-commando-oxygene-a-la-premiere-du-film-lempire-boe/>, 12/02/2012. (CQTS, 5-e-1)
- f- La gang allumée, <http://www.lagangallumee.com/fr/>, (CQTS, 5-f)
- 1- « Le souffle court », 2006, en ligne, <http://www.youtube.com/watch?v=Kqu3saeRy2A>, page consultée le 14/03/2010, (CQTS, 5-f-1)
- g- Commandos oxygène, en ligne <http://www.cqts.qc.ca/commando/>, page consultée le 10/01/2013, (CQTS, 5-g)
- 1- Manifestation contre le tabac à l'écran à la première du film L'Empire Bo\$\$é, en ligne <http://www.cqts.qc.ca/commando/category/montreal-fr/>, page consultée le 10/01/2013, (CQTS, 5-g-1).
- h- *Si le CQTS m'était conté...*, en ligne http://www.cqts.qc.ca/pdf/si_le_cqts.pdf, page consultée le 16/09/2011, (CQTS, 5-h).
- 6- DÉFI J'ARRÊTE J'Y GAGNE** <http://www.defitabac.qc.ca/fr> (DJJG, 6)
- a- Présentation du site internet <http://www.defitabac.qc.ca/fr/le-d%C3%A9fi/le-d%C3%A9fi-en-bref>, (DJJG, 6-a)
- b- Témoignages, <http://www.defitabac.qc.ca/fr/communaute/temoignages> (DJJG, 6-b)
- 7- THRIVE (Novartis)** <http://www.thrive2quit.ca/fr/index.shtml>
- a. Calculatrice de coûts` : <http://www.thrive2quit.ca/fr/pret-a-reduire/les-bienfaits-de-cesser-de-fumer.shtml#calculatriceEconomies>
- 8- ACTI-MENU (AM, 7)**
- a- « Arrêtez de fumer, prenez le contrôle! », en ligne, <http://www.actimenu.ca/publications/ADF.html>, page consultée, 09/10/10 (AM, 7-a)
- 9- DE FACTO, en ligne** <http://www.defacto.ca/#> (DF, 8)
- a- **De Facto**, la vérité sans filtre. Approche, fondements, complémentarités. Publication réalisée par la Fédération québécoise du sport étudiant, 2009, (DF, 8-a)
- b- « Compteur de morts », 2003 (RETIREE), en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=PE7XygGiXTw&NR=1>, page consultée le 12/03/2011, (DF, 8-b)
- c- « Leur richesse nous tue ! », 2009, en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=Dv0qhZweQG8&feature=related>, page consultée le 12/03/2011, (DF, 8-c)
- d- « Les produits de l'industrie du tabac, leur marketing de la minceur nous tue ! », en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=VmAoJbg1KVU&feature=related>, page consultée le 12/03/2011, (DF, 8-d)

- e- « Leur succès nous tue! », 2009, en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=APP5Zbo979M&NR=1>, page consultée le 12/03/2011, (DF, 8-e)
- f- « Y a-t-il vraiment de quoi célébrer ? », en ligne <http://www.youtube.com/watch?v=FLYAgAuNUtY&feature=related>, page consultée le 12/03/2011, (DF, 8-f)
- g- « Bien emballés, tout aussi meurtriers », 2010, en ligne <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2010/11/05/article-36040.aspx>, page consultée le 12/03/2011, (DF, 8-g)
- h- « Voleurs de vies », en ligne, http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=1gA5Ks8Wu6I, page consultée le 12/12/12, (DF, 8-h)
- i- « De Facto, Portes tes convictions » (2012), en ligne, http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=u9ZeF9yiok, page consultée le 25/10/2013, (DF, 8-i).
- 10- À BAS LE TABAC**, en ligne <http://www.abasletabac.activestop.ca/a-propos-de-a-bas-le-tabac> , page consultée le 12/03/2011, (ABLT, 9).
- a- Épisodes en ligne sur YouTube <http://www.youtube.com/abasletabac>, page consultée le 12/03/2011, (ABLT, 9-a)
- 11- SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE MONTRÉAL (SPVM)**, « Lutter contre la contrebande de tabac, c'est vital ! », en ligne, http://www.spvm.qc.ca/fr/service/1_3_4_7_ventepression.asp, page consultée le 12/03/2011, (SPVM, 10).
- 12- DIRE : LA RECHERCHE À VOTRE PORTÉE SPÉCIAL TABAC (11)**
- a- Image 1 (11-a)
- b- Image 2 (11-b)
- c- Image 3 (11-c)
- 13- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC**, <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVOxFoG/b.3669779/k.BC38/Accueil.htm>
- a. « Pour vivre longtemps... en santé. À quoi ressembleront vos 10 dernières années de vie ? », en ligne https://www.youtube.com/watch?v=QTDzbmeKFd8&feature=player_embedded, page consultée le 20/03/2013, (FMcoeur, 12-a)
- 14- COCA-COLA CANADA**, « Unissons-nous », en ligne, http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=0FGdg_saDQM, page consultée le 07/05/2013
- 15- ONTARIO HEALTH MINISTRY, (OHM)**, « Social farting vs social smoking », en ligne <http://newsfeed.time.com/2013/03/20/watch-canadian-ad-equates-social-smoking-to-social-flatulence/>, page consultée le 20/03/2013, (OHM, 15).

Annexes chapitre 1

1- REPRÉSENTATIONS HISTORIQUES DU TABAC

a. La découverte du tabac



Reproduction d'une gravure murale du temple de Palenque, Mexique, représentant un prêtre Maya fumant du tabac, neuvième siècle, source: en ligne http://dgrespiratory.com/respiratory_history

b. Le tabac en Europe



Imagerie d'Épinal, n° 4027 bis, Pellerin imprimeur. dr
URL <http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/278/img-14.jpg>
(Kirsch, 2010)

c. Représentations du tabagisme

- Source: WIKIPEDIA, « Tobacco and art », http://en.wikipedia.org/wiki/Tobacco_and_art



Gitane à la cigarette, Edouard Manet, 1862, Paris, Musée d'Orsay



La prune, Edouard Manet, 1876-77. National Gallery of Art of Washington.

2- CIGARETTE, SOCIÉTÉ DE CONSOMMATION ET INDUSTRIE DE L'IMAGINAIRE



Skull of a Skeleton with Burning Cigarette, Vincent van Gogh, 1885/86, Amsterdam, Van Gogh Museum.



Joséphine Baker pour les Havanaises (France), source : ADVERTISING TIMES, *Deux siècles de Tabac en 150 affiches*, <http://www.advertisingtimes.fr/2010/07/deux-siecles-de-tabac-en-150-affiches.html>



Couple in a Room, Ernst Ludwig Kirchner, 1912, Hamburg, Kunsthalle (Museum of Art).



Louise Brooks



Marlene Dietrich



Jean Gabin



Audrey Hepburn



Humphrey Bogart

Sources : Wikipedia.

3- LA PUBLICITÉ POUR LE TABAC : LA CIGARETTE PATRIOTIQUE, FÉMININE

a. Les cigarettes et la construction de l'identité moderne (source Tobacco Documents Online, <http://tobaccodocuments.org/>)

- 1918 "How cigarettes won the war"

"How Cigarettes Won the War VICTORY . . . and cigarettes helped to win it What a part the cigarette played! In those grim, tense moments, waiting for the word to "go"; in that blessed lull, hours afterward, just before the relief party came; in those other, sterner moments when his spirit fought to smile, what was the thing he wanted most? A cigarette! And now, with the big job done, what so much as the cigarette will help "keep him smiling" until he's home again? A fact: Over 740 million Fatimas have so far been shipped to our soldiers abroad. And more are constantly on the way for the boys who still are over there." Liggett & Myers Tobacco Co. FATIMA A sensible Cigarette



- 1922



- 1925

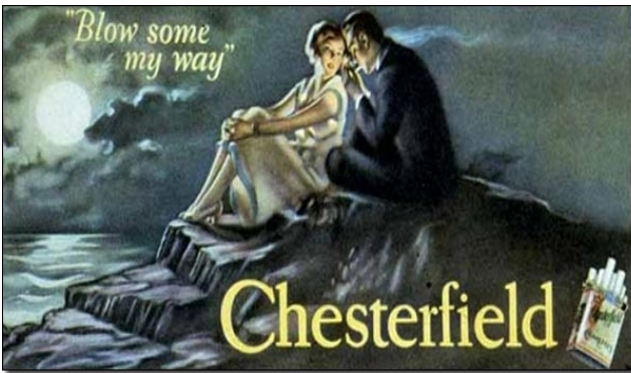


- 1928: Amelia Earhart pour Lucky Strike



- 1929 : la cigarette amincissante

- 1926



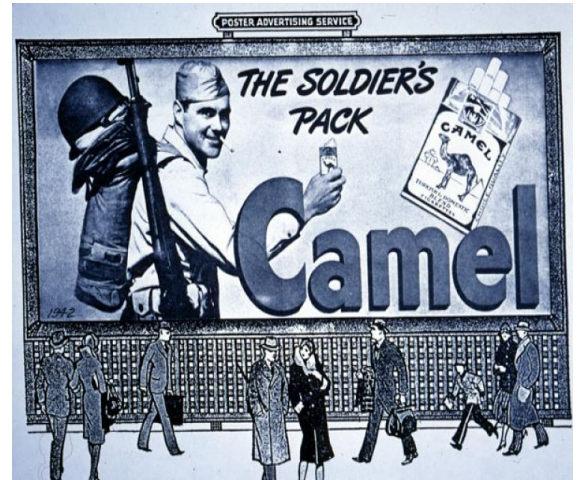
- 1929 : Idem



- 1930 : Le tabac blond plus doux

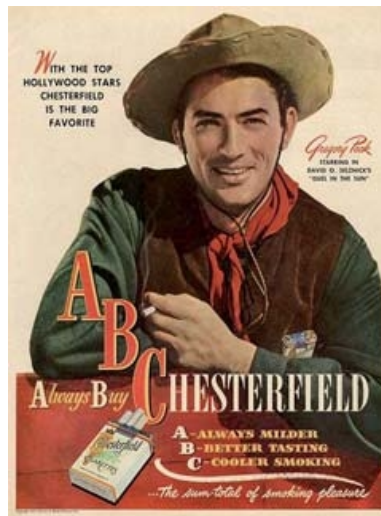


- 1942



4- L'après-guerre : saines cigarettes et vent de liberté

- 1950s



- 1939 (Kirsch, 2010b)

b. 1941 : La Seconde Guerre mondiale et le retour de la cigarette patriotique



• 1965

It's one of the best-kept secrets in town. While his job may say "Doctor," Dr. Zee, that's not really his title. It's "T-Zone".

Dr. Zee is a scientist, a diplomat, and a literally successful business being all in one, the answer being and here it is... Camels.

According to a recent Nationwide survey:

MORE DOCTORS SMOKE CAMELS THAN ANY OTHER CIGARETTE

Dr. Zee is even known to medicine... (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)

CAMELS *Castler Tobaccos*

Special "Starter" Offer
Get 200 Dividend Coupons
FREE!

Start collecting dividends with new **Galaxy and Alpine!**

You get a dividend in flavor and free gifts, too! New Galaxy gives you the flavor of pedigreed tobaccos through a charcoal tip... Alpine gives you brisk and bracing menthol flavor. Now both these great tasting cigarettes have Dividend Coupons! Choose from fun gifts, exotic gifts, over 500 gifts from puppets to percolators. Mail the coupon above - get a fast start toward free gifts!

Galaxy **Alpine**

"I'm going to grow a hundred years old!"

... and possibly she may - for the amazing strides of medical science have added years to life expectancy

It's a fact - a warm, wonderful fact - that this five-year-old child, or your own child, has a life expectancy almost a whole decade longer than her mother's, and a good 18 to 20 years longer than that of her grandmother. Not only the expectation of a longer life, but of a life by far healthier. Think medical science for that. Thank your doctor and thousands like him... rolling contentedly... that you and yours may enjoy a longer, better life.

According to a recent Nationwide survey:

More Doctors smoke Camels than any other cigarette!

NOT ONE but three outstanding independent research organizations conducted this survey. And they asked not just a few thousand, but 113,597, doctors from coast to coast to name the cigarette they themselves preferred to smoke.

Answers came in by the thousands... from general physicians, diagnosticians, surgeons, nose and throat specialists too. The most-named brand was Camels.

If you are not now smoking Camels, try them. Let your "T-Zone" tell you (see right).

CAMELS *Castler Tobaccos*

Ready to try a great, fresh taste?

Newport tastes fresher!

and tastes better than any other menthol cigarette!

NEWPORT

5- LA CIGARETTE FÉMINISTE

• 1965 « Times change. Tastes change. »

• 1960

Go to the mountain... it will do a lot for you

The freshness of the mountain... exhilarating... lasting. This is the exciting new taste you get when you go to the cigarette pack with the mountain on it. The secret is natural menthol in the blend... just a touch of it.

Because it's natural menthol, you get all the taste of the forest tobaccos... clean, rich and fresh. It's like lighting up the day's first cigarette everytime you smoke. Today you can climb to new heights of smoking pleasure.

Go to the mountain... go to Alpine

Alpine

Times change. Tastes change.

I've changed too... to **Tempo!**

Because of later you probably want to try the taste of a flavored cigarette. So why not make it the one with the taste that makes that change worthwhile? Why not Tempo? Why not Tempo?

Tempo

1965

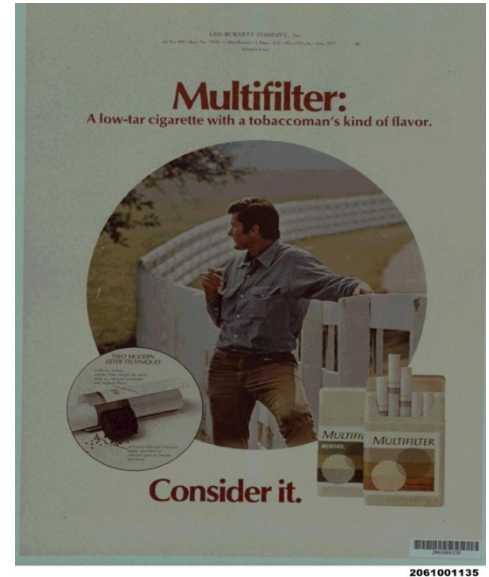
- 1969 « You've come a long way baby. »



6. LES CIGARETTES SÉCURITAIRES ET LE GOÛT DU DANGER

a. Les cigarettes filtre et légères

- 1971



- 1975

Smokers of the best-selling regular size cigarette:

Cut your 'tar' in half

with **LUCKY 100's**

Lowest in 'tar' of all regular 100's

According to latest U.S. Government Report.

LUCKY 100's
LOW-TAR FILTER

Warning: The Surgeon General Has Determined That Cigarette Smoking Is Dangerous to Your Health.

c. La cigarette sécuritaire : la santé comme argument de vente

- 1978

Introducing the solution.

New Camel Lights

Only 9mg tar

Camel Lights

Warning: The Surgeon General Has Determined That Cigarette Smoking Is Dangerous to Your Health.

- 1978

b. Le gout du risque

Come to where the flavor is.
Come to Marlboro Country.

Marlboro

Warning: The Surgeon General Has Determined That Cigarette Smoking Is Dangerous to Your Health.

2061195896

Based on latest U.S. Government Report:

Box or menthol:

Ten packs of Carlton

have less tar than one pack of:

"LOW TAR" FILTERS		"LOW TAR" MENTHOLS			
	Tar mg./cig	Nicotine mg./cig		Tar mg./cig	Nicotine mg./cig
Winston Lights	13	0.9	Kool Mids	14	0.9
Doral	12	0.9	Doral	12	0.8
Marlboro Lights	12	0.8	Vantage	11	0.8
Vantage	11	0.8	Salem Lights	10	0.8
Parliament	9	0.6	Kent Golden Lights	9	0.7
Kent Golden Lights	8	0.7	Merit	8	0.6
Merit	8	0.6			

Carlton is lowest.

Less than 1 mg tar.

Warning: The Surgeon General Has Determined That Cigarette Smoking Is Dangerous to Your Health.

Of all brands, lowest... Carlton Box: less than 0.5 mg. tar and 0.05 mg. nicotine av. per cigarette, FTC Report May '78. Box: Less than 0.5 mg. "tar", 0.05 mg. nicotine, Soft Pack and Menthol: 1 mg. "tar", 0.1 mg. nicotine av. per cigarette, FTC Report May '78.

- 1975

Alive with pleasure!

Newport

After all, if smoking isn't a pleasure, why bother?

Newport

MENTHOL KINGS

Warning: The Surgeon General Has Determined That Cigarette Smoking Is Dangerous to Your Health.

Kings: 17 mg. "tar", 1.2 mg. nicotine, 100's: 21 mg. "tar", 1.5 mg. nicotine.

7. L'ALLEMAGNE NAZIE ENTRE EN GUERRE CONTRE LE TABAC

a. Les premières campagnes anti-tabac (Proctor, 1996)



Couverture de *Reine Luft* (Air-pur), Mars-Avril 1941



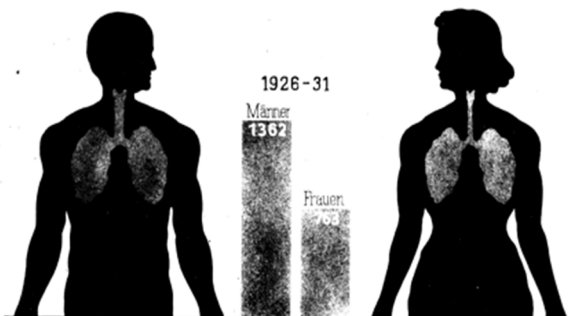
Unser Führer Adolf Hitler

trinkt keinen Alkohol und raucht auch nicht. Ohne andere im geringsten in dieser Richtung zu bevorzugen, hält er sich eifrig an das selbstauferlegte Lebensgesetz. Seine Arbeitsleistung ist ungeheuer.

« Notre Führer Adolphe Hitler ne boit ni ne fume. Sans la moindre autre inclination dans ce sens, il se tient dur comme fer dans cette règle de vie autodécidée. Sa puissance de travail est incroyable. »



« Ce n'est pas lui, c'est elle qui le consomme (le dévore)! »



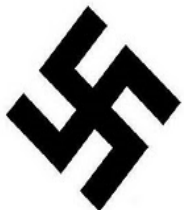
Ist es wirklich ein Zufall, daß Männer soviel häufiger an Erkrankung der Atmungsorgane leiden als Frauen?

« Est-ce vraiment un hasard si les hommes souffrent tellement plus que les femmes de maladies respiratoires? » (*Reine Luft*, 1941;23 :215)



(Proctor, 2001: 179-255)

The Nazi party barred smoking in many public spaces, including party offices and waiting rooms (Diensträume). Note the negroid head on the cigar. Source: *Auf der Wacht*, 1941, 58: 24. (Proctor, 2001: 179-255)



**Die deutsche Frau
raucht nicht!**

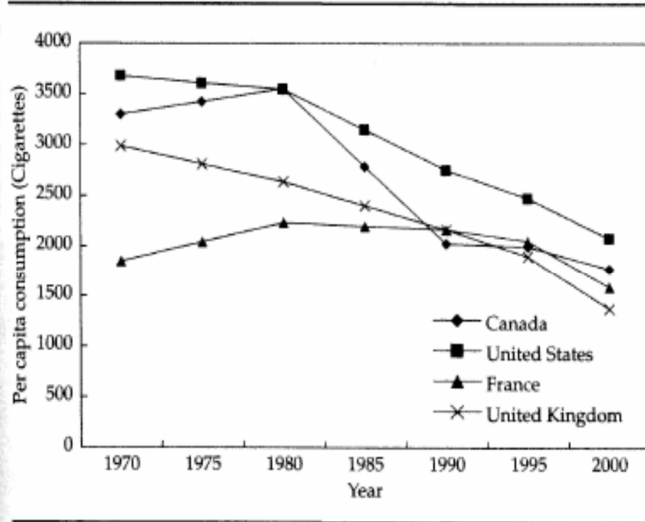
**"The German woman
does not smoke!"**

Nazi slogan quoted by Robert N. Proctor, *The Nazi War on Cancer* (Princeton University Press, 1999), p. 218
www.pierrelemaux.org

8. LA CHUTE DU TABAGISME

a. Le déclin international du tabagisme (Nathanson, 2007 : 111)

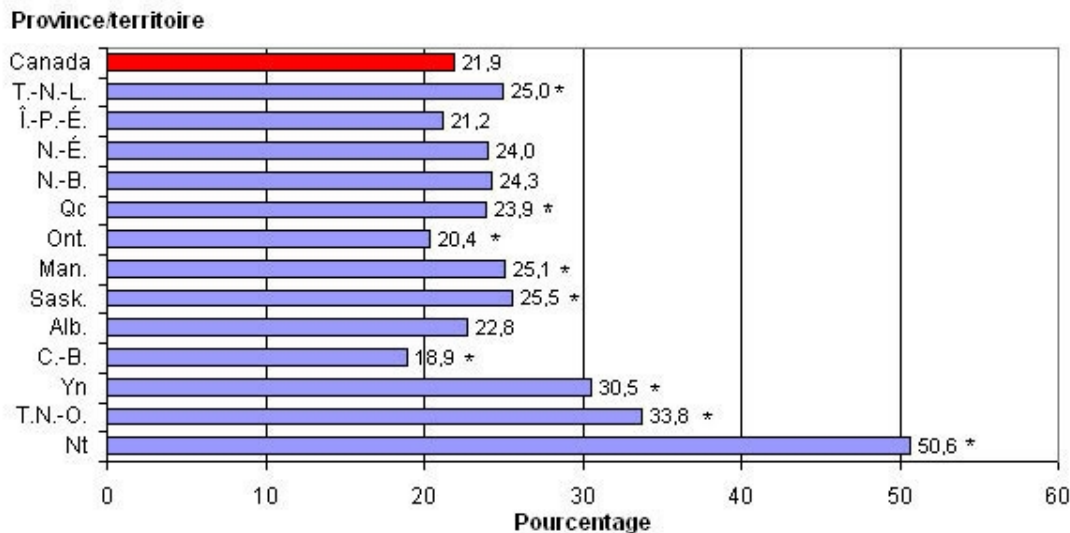
Figure 5.1 Annual Cigarette Consumption, 1970 to 2000



Source: Shafey, Dolwick, and Guindon (2003).

b. Prévalence du tabagisme en 2008 au Canada, selon les provinces et territoires

Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui ont déclaré fumer au moment de l'enquête (tous les jours ou à l'occasion), population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008



* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$)

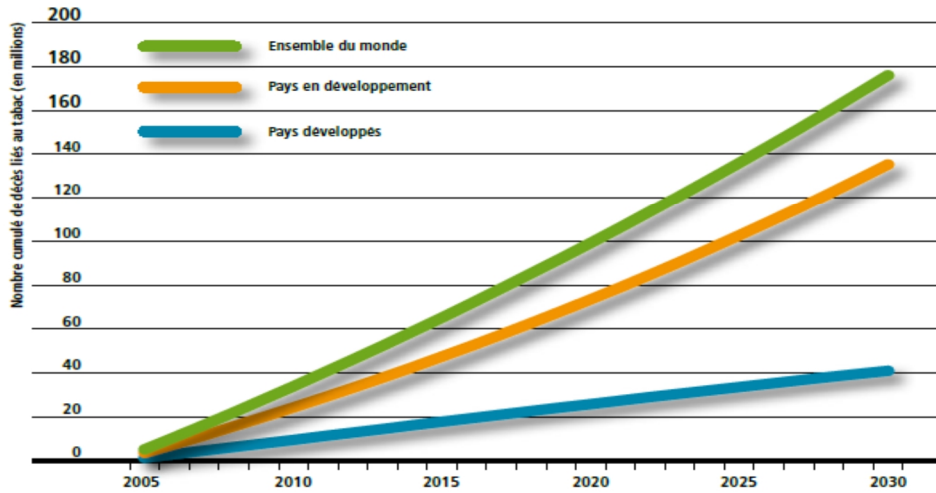
Nota : Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

9. LA DÉFINITION CONTEMPORAINE DU PROBLÈME DU TABAGISME (OMS/WHO, 2009)

LE TABAGISME FERA PLUS DE 175 MILLIONS DE MORTS DANS LE MONDE ENTRE AUJOURD'HUI ET 2030

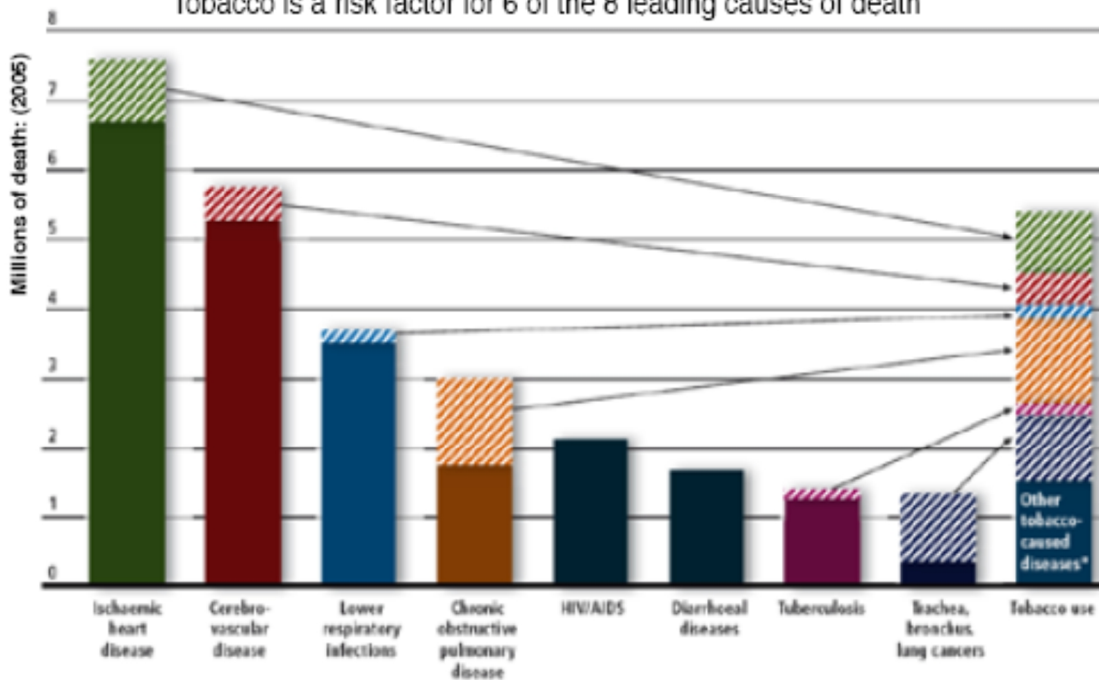
Nombre cumulé de décès liés au tabac, 2005-2030



Source : Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.

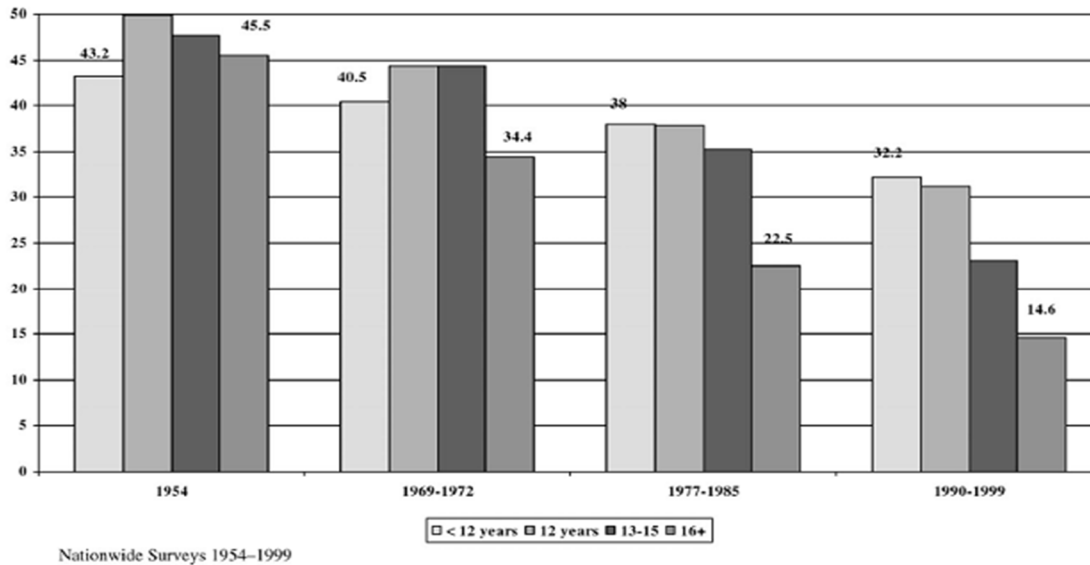
- Le tabagisme, première cause de décès évitables dans le monde

Tobacco is a risk factor for 6 of the 8 leading causes of death

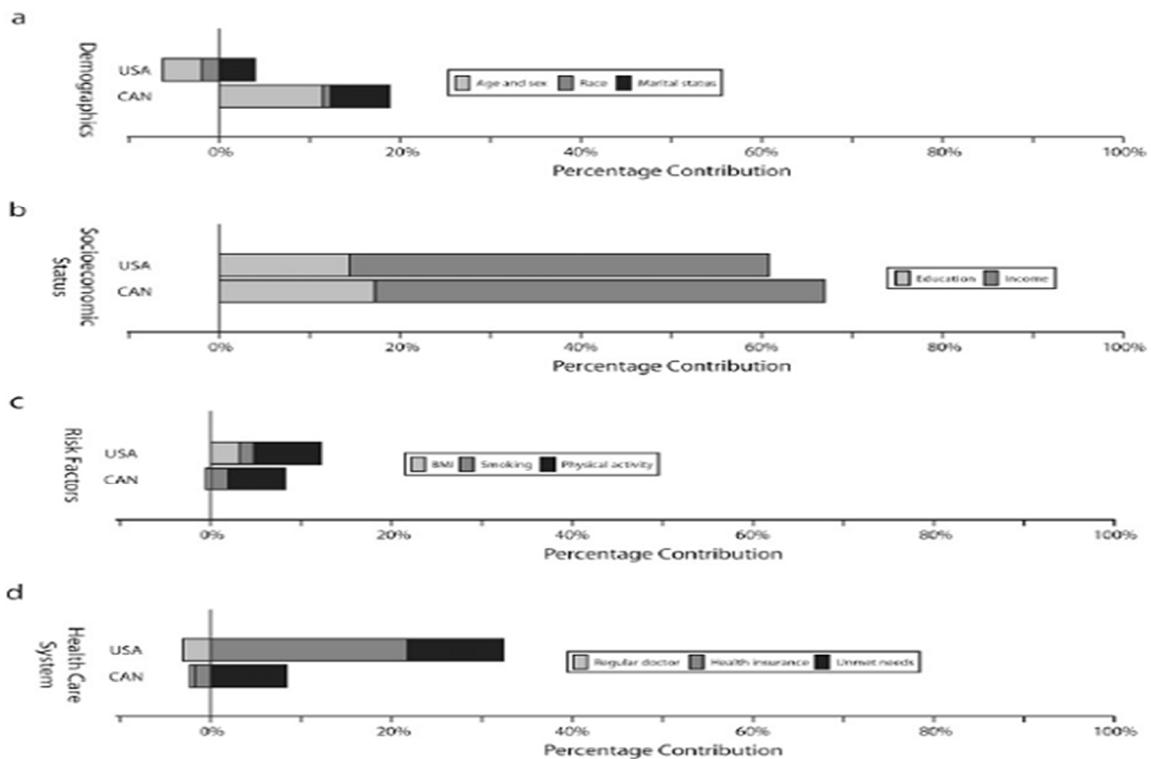


Annexes chapitre 2

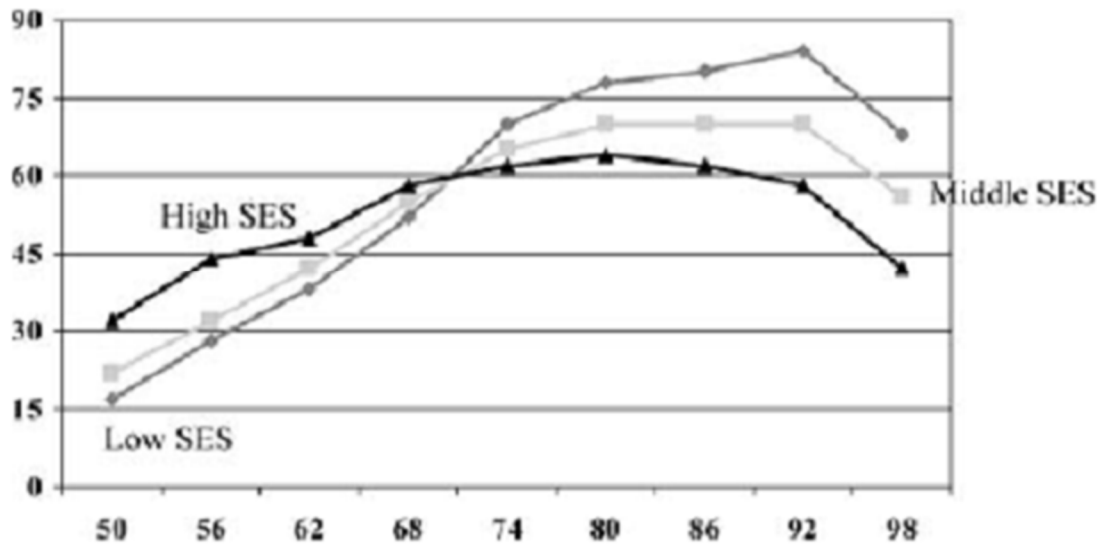
1. LE GRADIENT SOCIAL DU TABAGISME : *Prévalence du tabagisme aux États-Unis selon le niveau d'éducation de 1954 à 1999.* (Link, 2008)



2- Contribution relative aux inégalités de santé aux USA et au Canada selon a) les caractéristiques démographiques; b) le statut socio-économique; c) les facteurs de risque et d) le système de santé (McGrail et al.; 2009: 1861)



3- Mortalité différentielle: la perspective des causes fondamentales de la maladie : Quand contrôler la maladie crée des disparités entre groupes sociaux : Taux de cancer du poumon chez les hommes de 25 à 64 ans de 1950 à 1998 en fonction du statut socioéconomique (Phelan, Link; 2005: 31)

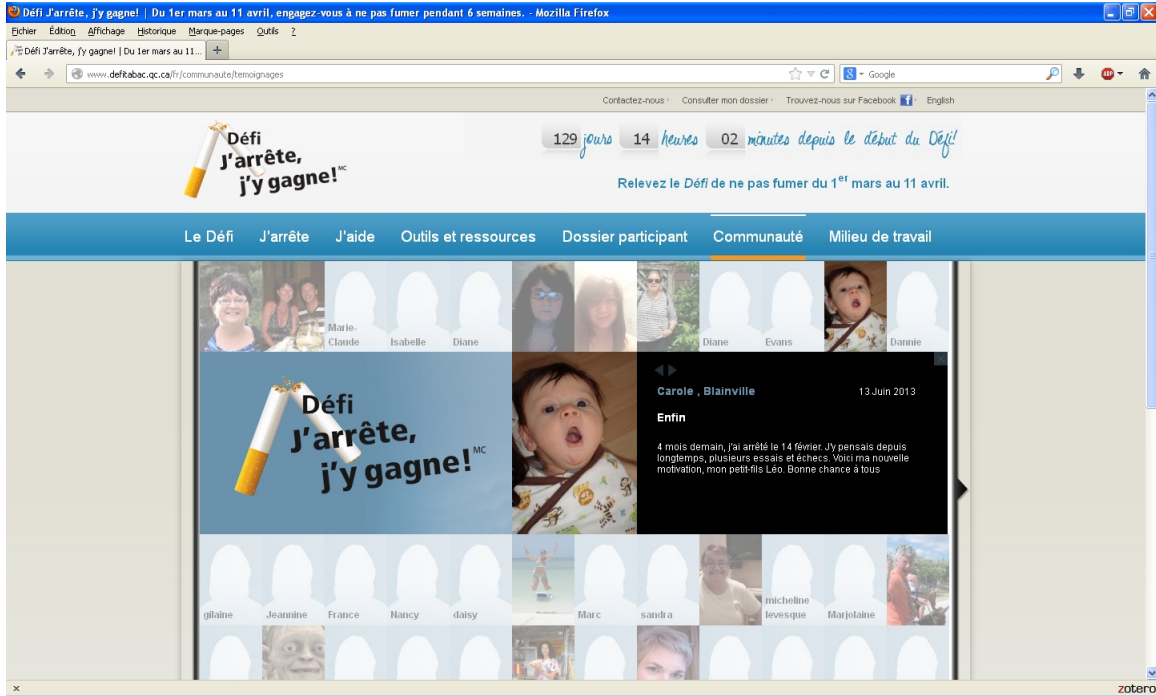


4- Facteurs de dangerosité des drogues (extrait du tableau page 182 du rapport Roques, [1998])

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA	Psycho-stimulants	Alcool	Benzodiazépines	Cannabinoïdes	Tabac
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	(?)	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte (a)	forte	éventuellement forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible (exceptions possibles)	forte	faible (b)	faible	(cancer)
Traitements substitutifs ou autres existants	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

Annexes chapitre 3

1. CAPTURE D'ÉCRAN DE LA PRÉSENTATION DE L'ALBUM DE TÉMOIGNAGE DU DÉFI J'ARRÊTE J'Y GAGNE, (DJJG, 6-b).



Annexes chapitre 4

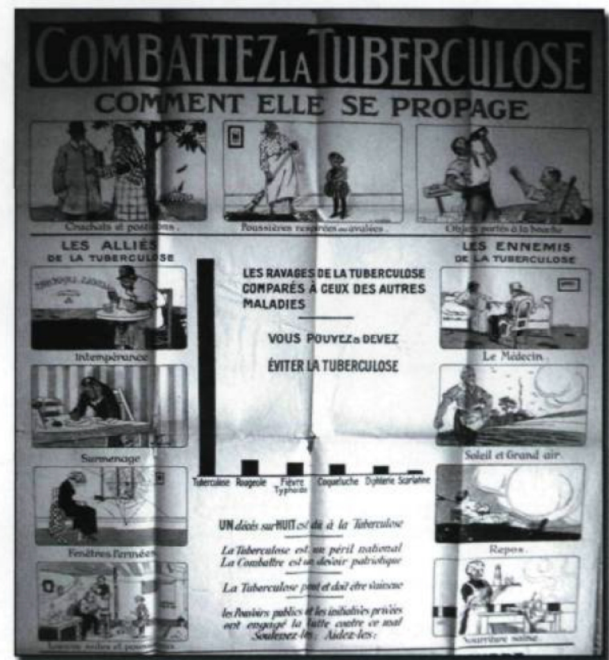
1- DE L'HYGIÉNISME PUBLIC À L'HYGIÉNISME PRIVÉ : LA TUBERCULOSE



États-Unis 1931 New York : National Tuberculosis Association,



Source : Images from the History of Medicine (IHM), U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health,



(Goulet, 2002 : 17)

2- LE NOUVEAU TABLEAU ÉPIDÉMIOLOGIQUE : UNE NOUVELLE FOCALISATION SUR LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ



Extrats d'un cal diffusé par le Ser d'hygiène, Québec (Bibliothèque de humaines, Unive de Montréal).

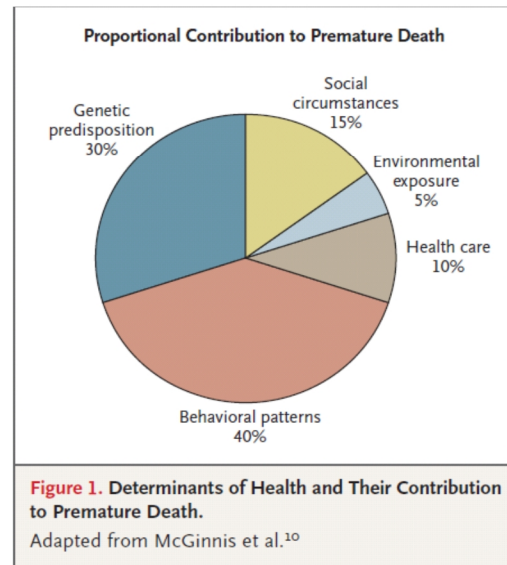


Figure 1. Determinants of Health and Their Contribution to Premature Death.

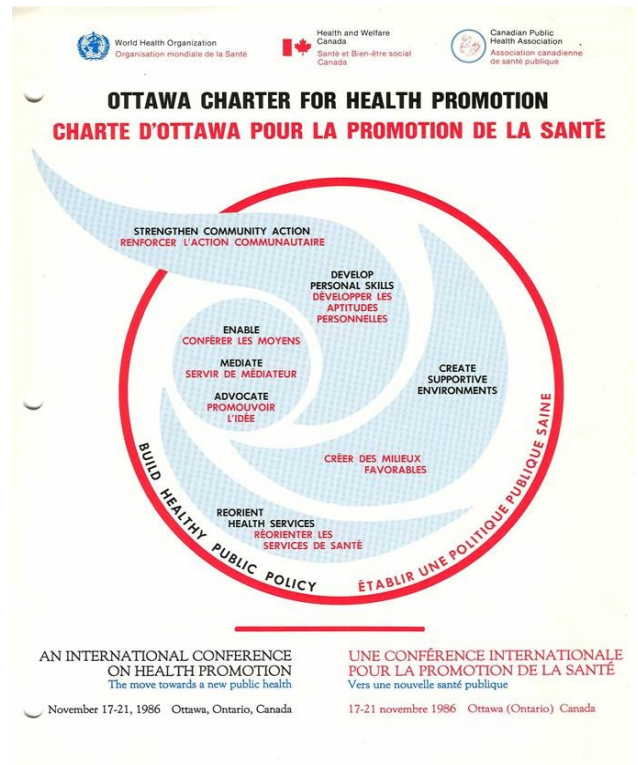
Adapted from McGinnis et al.¹⁰

Source : (Schroeder, 2007: 1222)



Affiche du Service provincial d'hygiène, Québec, vers 1920. (Archives privées de l'auteur).

3- UNE TRANSFORMATION IDÉOLOGIQUE, UNE NOUVELLE CONCEPTION DE LA SANTÉ : LA CHARTE D'OTTAWA



Source : (Goulet, 2002 : 19)

Annexes chapitre 5

1. **APERÇU DES RISQUES DU TABAGISME POUR LA SANTE**, en ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/risks-risques-fra.php>, page consultée le 06/10/2010, (SC, 3-a-2).

Cette année au Canada, le tabagisme causera le décès prématuré de plus de 37 000 personnes. À moins qu'ils ne cessent de fumer, jusqu'à la moitié des fumeurs mourront des suites du tabagisme, la plupart avant leur 70e anniversaire et seulement après avoir souffert pendant des années d'une qualité de vie réduite.

Le fumeur moyen mourra environ huit ans plus tôt que le non-fumeur. D'après de solides données scientifiques, la cigarette est associée à plus de deux douzaines de maladies et de troubles. Heureusement, le risque de contracter ces maladies diminue une fois que le fumeur a cessé de fumer.

Tous les fumeurs sont plus susceptibles de souffrir des troubles suivants :

- maladie coronarienne (par exemple, les crises cardiaques)
- maladie vasculaire périphérique (problèmes circulatoires)
- anévrisme aortique
- hypertension artérielle
- cholestérol élevé (LDL)
- cancer du poumon
- cancer de la bouche, de la gorge et du larynx
- cancer du pancréas
- cancer du rein et de la vessie
- maladie pulmonaire chronique
- bronchite chronique
- emphysème
- pneumonie
- influenza (la « grippe »)
- rhume
- ulcère de l'estomac
- maladie intestinale chronique (maladie de Crohn)
- carie dentaire
- maladie des gencives
- ostéoporose
- troubles du sommeil (s'endormir à des moments inopportuns et s'éveiller fréquemment)
- cataractes
- maladie thyroïdienne (maladie de Graves)

Il existe certaines preuves scientifiques selon lesquelles l'usage de la cigarette peut aussi être lié au cancer du gros intestin et à la leucémie. En plus des diverses maladies, l'usage de la cigarette peut aussi causer des rides de la peau et donner l'apparence d'un vieillissement prématuré. Le tabagisme réduit l'odorat et le goût.

Les fumeuses sont plus susceptibles de souffrir des troubles suivants :

- cancer du col de l'utérus
- problèmes menstruels
- problèmes de fertilité
- avortement spontané (fausse couche)

Les fumeurs sont plus susceptibles de souffrir des troubles suivants :

- dysfonction érectile (troubles érectiles)
- problèmes de fertilité (problèmes avec le sperme)

2. « CHAQUE ANNÉE, L'ÉQUIVALENT DE LA POPULATION D'UNE PETITE VILLE MEURT DES SUITES DU TABAGISME », (SC, 3-h) :



3. CALCULATRICE DE COÛTS DU TABAGISME, (SC, 3-b)

Qu'est-ce que ça te coûte?

Nous avons créé un outil « Coûts réels » pour que tu puisses voir tout l'argent que tu vas économiser en cessant de fumer. Voici comment ça fonctionne :

- Indique le nombre de cigarettes que tu fumes par jour et combien ça te coûte par paquet, puis vois ce que tu pourrais t'acheter avec cet argent. Essaie-toi!

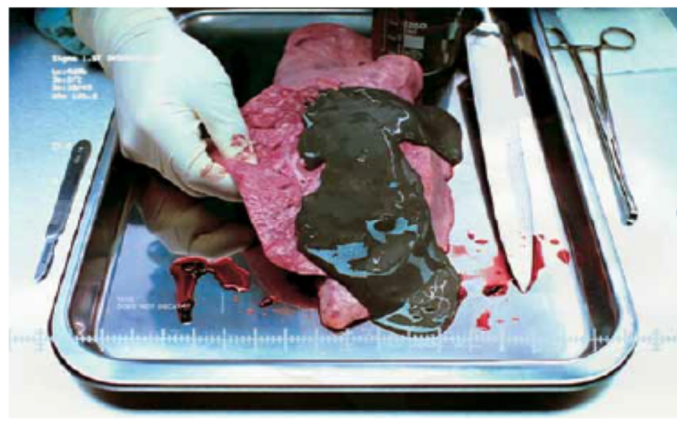
Découvre combien il en coûte vraiment pour fumer en cliquant sur la version Flash pour afficher une nouvelle fenêtre de navigation ou sur la version HTML pour un format texte...



4. « LUTTER CONTRE LA CONTREBANDE DE TABAC, C'EST VITAL ! », (SPVM, 10)

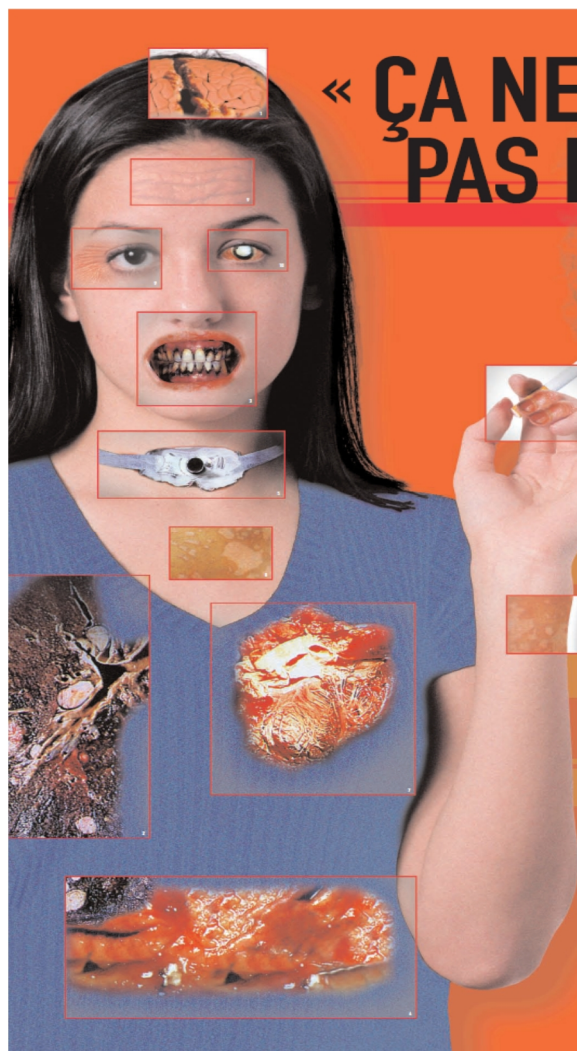


5. « IMAGE DÉGOÛTANTE NO 5. : « POUMONS DÉGOUTANTS » », (SC, 3-B) :



Accumulation de goudron dans les poumons après un an.

6. « ÇA NE PEUT PAS M'ARRIVER », (SC, 3-F)



7. Étiquettes de mise en garde pour les produits du tabac pour consommation jusqu'à 2011, (SC, 3-h),
a. « Le tabagisme peut vous rendre impuissant », (SC, 3-h) :



b. Autres avertissements, (SC, 3-h) :

- La cigarette crée une très forte dépendance :



- Vos enfants vous imitent :



- La cigarette nuit au bébé :



- De l'air s'il vous plaît! :



- La fumée du tabac nuit aux bébés :



- La cigarette cause des accidents cérébrovasculaires :



- La cigarette cause des maladies de la bouche :



- Chaque année, l'équivalent de la population d'une petite ville meurt des suites du tabagisme :



- La cigarette vous coupe le souffle :



- La cigarette, ça brise le cœur! :



- La cigarette cause le cancer du poumon :



- La cigarette cause le cancer du poumon :



- Mortelle même si on ne la fume pas :



- Qui dit fumée dit acide cyanhydrique :



8. NOUVEAUX MESSAGES PROPOSES POUR LES ELEMENTS D'ETIQUETAGE DES PRODUITS DU TABAC (2011), (SC, 3-i) :



1. « Je n'aurais jamais dû commencer à fumer. »



*2. La cigarette est une des principales causes des maladies du cœur.



*3. Cancer de la bouche © Dr. Martin T. Tyler



4. Un AVC suffirait à vous enlever votre autonomie.



5. « Respirer, c'est l'enfer. »



6. La fumée du tabac n'épargne personne.



*7. « Voyez ce que la cigarette a fait de moi. Souvenez-vous de ce visage et rappelez-vous que c'est la cigarette qui m'a tuée. » © Greg Southam, The Edmonton Journal



8. Un autre décès prématurée...



9. Fumer dans l'auto nuit à tous.



*10. Perte de la vue.
 © Insidermedicine



*11. Cancer du poumon — dernier regard.
 © Greg Southam, The Edmonton Journal



12. La fumée du tabac, non merci!



*13. La dépendance à la cigarette touche aussi les proches.
 © Brenda Ann Kenneally



*14. Vous fumez? Ça se voit.
 Modifié et réimprimé avec la permission de la province de la Colombie-Britannique



15. La santé de vos enfants est entre vos mains.



16. La cigarette cause le cancer de la vessie.

9. LA « CIGARETTE-ARME » ET LE CRIME TABAGIQUE

- a. « 165 000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année d'infections des voies respiratoires inférieures causées par la FTE. », (Laballestrier, 2012 : 33)



165 000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année d'infections des voies respiratoires inférieures causées par la FTE.

- b. Balles-cigarettes (Laballestrier, 2012 : 34)



leurs sont imposés sur leur lieu de travail jusque dans la sphère privée.

c. « *Some children get to heaven earlier* », (Laballestrier, 2012 : 35)



Parce qu'ils inhalent de manière involontaire le courant secondaire de la fumée du tabac, les enfants subissent les conséquences dramatiques des cigarettes fumées par leurs aînés.

10. LA CIGARETTE, UN SUICIDE OU UN HOMICIDE : The Roy Castle Lung Cancer Foundation (Royaume-Uni, 2007)



Annexes chapitre 6

1. Capture d'écran de *J'arrête*, le site pour s'aider à se libérer du tabac <http://www.jarrete.qc.ca/> : Site interactif du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS, 2010), sponsorisé par la société canadienne du cancer et le MSSS (5-a), page consultée le 12/02/2012. (CQTS, 5-a)



2. « Arrêter de fumer pour l'amour », 2009, en ligne, <http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2009/01/21/article-29685.aspx>, page consultée le 14/03/2010, (CQTS, 5-b-5)



3. « Calcule combien il t'en coûtera pour fumer pendant un mois, un an, trois ans... et ainsi de suite jusqu'à l'âge de 50 ans. Voici l'exemple d'un jeune ayant complété le programme Vie100Fumer. » (SC, 3-b) :

À COMPTER D'AUJOURD'HUI	ÉVÉNEMENTS	COÛT POUR UN PAQUET PAR JOUR	QUE POURRAIS-TU ACHETER AU LIEU DE CIGARETTES?
Un jour	Demain	9 \$	Dix chansons en ligne
Un mois	Bal des finissants	270 \$	Louer une limousine
Un an	Tu obtiens ton permis de conduire	3 286 \$	Une voiture usagée!
Trois ans	Tu termines tes études secondaires	10 053 \$	Scolarité d'un an à l'université et un voyage durant la semaine de relâche
Dix ans	Tu pourrais te marier!	35 970 \$	Une lune de miel, de nouveaux meubles, une nouvelle voiture
15 ans	Tu as 30 ans!	56 809 \$	Le versement initial sur une maison
30 ans	Tu as l'âge de tes parents!	133 266 \$	Des études universitaires à tes enfants
50 ans	Tu as l'âge de tes grands-parents	277 843 \$	Un voyage autour du monde

4. FILMS SANS FILTRES, (CQTS, 5-e)

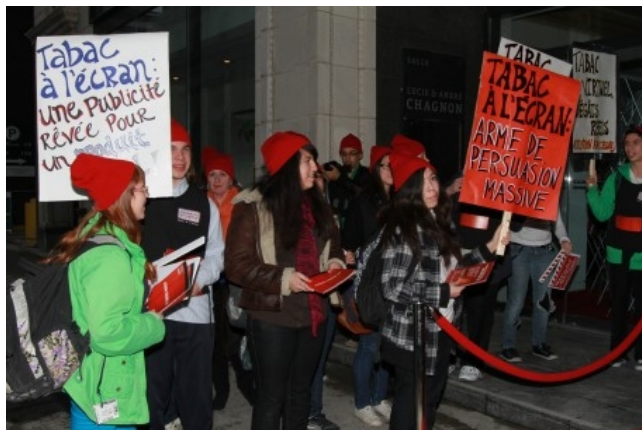
- c. Capture d'écran de la présentation du site internet *Films sans filtres*, en ligne <http://www.filmsansfiltre.ca/>, page consultée le 12/02/2012. (CQTS, 5-e)



- d. Photo accompagnant la liste des films passés en revue par *Films sans filtres*, en ligne <http://www.filmsansfiltre.ca/>, page consultée le 12/02/2012. (CQTS, 5-e)



- e. Manifestation contre le tabac à l'écran à la première du film *L'Empire Bo\$\$é*, en ligne <http://www.cqts.qc.ca/commando/category/montreal-fr/>, page consultée le 10/01/2013, (CQTS, 5-g-1).



5. TÉMOIGNAGES SUR LE SITE DU DÉFI

a. Le processus d'arrêt du tabac

1- *La santé comme élément déclencheur*

Bronchite Chronique. Quelque mois avant d'arrêter de fumer, le médecin m'a fait passé un test de fonction respiratoire et ils ont décelé un début de bronchite chronique et ont m'a prescrit du Spiriva. Après à peine 3-4 semaines sans fumer, j'ai cessé le traitement et les problèmes respiratoires avaient disparu, je ne me voyais pas avec des pompes le restant de mes jours. Le tabac que l'on fume de nos jours, n'est pas celui de ma jeunesse, il est trafiqué de produit chimique, c'est à croire que l'on désire nous rendre malades. (Denis, St-Léonard, 2013)

Ma santé. Moi quand j'ai eu mon diagnostic tumeur cancéreuse sur sein droit je me suis dit là c'est assez j'arrête ça faisait longtemps que j'y pensais là ça m'a donné un coup de pieds dans le derrière (Joanne, Montréal, 2012)

Maladie. Suite à une phlébite qui a été diagnostiqué le 23 décembre 2011, j'ai décidé d'arrêter de fumer. C'est le plus beau cadeau que j'ai pu me faire...je prends une journée à la fois et quand arrive le soir, je me couche en me disant une autre de gagnée!! C'est malheureux de réaliser que ce n'est pas bon pour nous quand il nous arrive un malheur mais au moins il n'est pas trop tard. (Véronique, Mirabel, 2012)

Garder espoir. Ça fait 10 ans que j'essaie d'arrêter parce que très malade je suis branchée sur l'oxygène depuis 6 mois j'ai 62 ans et je suis à la veille de mourir, mais le 29 fev.je m'inscris encore au défi et je n'ai pas fumé depuis et je n'ai pas envie non plus. Il ne faut jamais baisser les bras. J'ai vécu tellement de choses à travers ses 10 ans mais je m'en sors et ça va tellement mieux. Je peux enlever l'oxygène quelques heures par jour c'est merveilleux. (Marielle, Lachute, 2012)

2- Pour l'amour de ses proches

J'ai gagné. J'ai fait le choix parce que j'ai été malade de pneumonies régulièrement depuis 5 ans. J'suis papa depuis un an, j'veux montrer l'exemple. Une fois que le choix est fait, c'est facile d'arrêter. Faut juste savoir qu'on est plus forts qu'on pense. Merci la vie. (Marc-André, Québec, 20130)

Une promesse a ma fille. Un soir je me suis couchée et réfléchit au genre d'environnement que je voulais pour ma fille cette nuit la en silence j'ai promis secrètement que c'était la dernière fois je fumais une promesse que je savais que je ne pourrais jamais rompre (Sandra, Montréal, 2012)

Voici ma motivation [photos d'elle posant avec ses deux jeunes enfants] et ma raison de vivre plus longtemps ce sont mes deux amours que j'adore plus que tout au monde. (Sylvie, Terrebonne, 2012)

C'est le temps! Depuis 12 ans la cigarette faisait partie de ma vie...Maintenant j'ai décidé quelle en sortirait! J'ai déjà deux enfants et je suis maintenant enceinte de ma troisième. Je veux absolument allaiter ce que j'ai pas fait aux deux autres....et en fumant je me disais que j'allais avoir vraiment l'air idiote! Alors voici la motivation première à mon arrêt de fumer. Mais aussi car j'ai une mère jeune de 48 ans qui a eue des problèmes cardiaques...première cause la cigarette, ça fait réfléchir!!!! (Maude, Sainte-Lucie-De-Beauregard, 2012)

Pour l'amour de ma fille. Moi j'ai arrêté de fumer le 4 janvier dernier. Ma décision c'est prise à Noël 2011 quand j'ai demandé à ma fille de 11 ans qu'est-ce qu'elle voulait pour Noël comme cadeaux et elle m'a répondu : "je veux comme cadeau de Noël que tu arrêtes de fumer car je veux garder ma maman le plus longtemps possible avec moi" ça m'a tellement touché que j'ai décidé d'arrêter de fumer. (Lysanne, Montréal, 2012)

b. Changer sa vie

1. *Deuxième chance*

Quel beau cadeau. [...] si des fois il y a des bas et des hauts je ne regrette rien et me sens libre à nouveau et confiant pour le futur car ça ne peut qu'aller mieux davantage (Régent, St-Jérôme, 2012)

Ça a été le défi ultime et je sais maintenant que j'ai le dessus sur la cigarette. C'est moi qui ai gagné ! (Geneviève, Terrebonne, 2013)

Même au 13eme jour je sens déjà le positif d'être un non-fumeur. (Raynald, St-Amable, 2012)

Transformation d'une personne. (Donald, Lac-Saint-Charles, 2013)

La nouvelle Diane! Je suis comme avec un nouveau corps, je pète le feu. (Diane, Gatineau, 2012)

Merci la vie de me donner une chance de faire attention une deuxième fois a mes poumons! (Marie-Claude, Montréal, 2013)

2. *Une amélioration sensible*

C'est bon de plus être essoufflé. (Jocelyn, Montréal, 2012)

Réussite et fierté !! moi j'ai arrêté le 8 février et je tiens toujours bon pas toujours facile mais je tiens mon état de fatigue à mon réveil a considérablement changé beaucoup plus en forme et que dire de mon odorat alors là je capote excusez l'expression mais c'est quelque chose maintenant je comprend quand quelqu'un me disait tu pues oh que oui c'est affreux toutes les odeurs que je ne sentais pas et que maintenant oui c'est hallucinant vraiment je suis très contente de m'avoir fait ce cadeau félicitation à moi-même. (Constance, st-Jérôme, 2013)

C'est fini! Après 7 mois sans cigarette, voici ce à quoi j'ai dit adieu : la toux grasse et un peu répugnante du matin, l'haleine fétide de cendrier mouillé, le teint gris, les dents brunes, la bouche plissée. Une mention également au parfum toujours mêlé de notes de mégots froids. À tous les fumeurs qui ne sont pas encore rendus là : c'est peut-être le moment d'arrêter avant que ça arrive. (Dominique, Montréal 2010)

La santé va beaucoup mieux, je ne tousse plus, je respire mieux et beaucoup plus énergie qu'avant. (Pierre, Saint-Jérôme, 2012)

Le fait d'arrêter de fumer est absolument formidable je suis fier de moi, je ne tousse plus, je ne sile plus lorsque je dors, et aussi je ne pue plus, après 45 ans de fumée rendu à 3 paquets par jour imaginez les nouvelles senteurs que je découvre et aussi les nouveaux goûts *hummmmmmm* quelle saveur.... (Guy, Rouyn-Noranda, 2012)

Déjà je vois une différence, j'ai l'impression que mon odorat et mon goût se sont développés depuis le 1er janvier. Je suis fière de moi. (Marie-Claude, Montréal, 2012)

Les bénéfices sont merveilleux et je continue sur cette lignée d'une vie sans fumée!!! (Pierrette, Montréal, 2012)

Il est vrai que l'on remarque les effets positifs, il me semble que ma peau a meilleure mine et j'ai un meilleur souffle aussi :) J'ai toujours eu du plaisir lorsque je fumais, mais ma santé est beaucoup plus importante. (Audrey, Tring-Jonction, 2013)

3. *La fierté d'être non-fumeur*

Je suis très fière de moi, particulièrement face à mes petits-enfants Je suis également très contente de ne pas avoir à « geler » dehors après un bon repas au resto. (Poussinette50, Warwick, 2010)

Fierté. C'est dur en crime, mais je suis tellement fière de moi jusqu'à maintenant. (Louise, Saint-Hubert, 2012)

Je me sens tellement bien et empreint d'une belle fierté tout comme le sont mes fils qui depuis plus de 20 ans ne cessaient de me demander de cesser cette mauvaise habitude. Je vous souhaite de briser cette crainte de ne pas être capable et de constater qu'en bout ligne le succès est à votre portée. (Patrick, Montréal, 2013)

Hourra! Voilà plus de 8 mois maintenant! Mes envies passagères ne font pas le poids face aux bienfaits et surtout à la fierté d'avoir vaincu ma dépendance. Je suis libérée! (Caroline, Sept-Îles, 2010)

50 jours sans fumer. Adieu toux, étouffement et me réveiller la nuit pour fumer...Je travaille fort pour réussir à changer 38 ans de ma vie avec plus de 35 cigarettes par jour! (Diane, St Bruno, 2012)

4. *La liberté retrouvée*

Je suis tellement contente d'avoir réussi toute seule et sans l'aide de médicaments ou autres. Juste avec ma bonne volonté. Cela vaut la peine, je me sens beaucoup mieux et j'ai plus de temps à faire autre chose. Avant je perdais au moins 15 à 20 minutes à chaque fois que j'avais envie de fumer. Pour moi ça représentait presque 2 heures de perte par jour. Quelle libération de ne plus avoir à dépendre de cette mauvaise habitude que de fumer. (Elda, Pierrefonds, 2012)

Enfin je me sens libérée de cette mauvaise habitude, je sens bon, j'ai une belle peau et j'ai de l'énergie à revendre!!! (Sylvie, St-Basile-le-Grand, 2012)

Finis l'esclavage.....yé. Enfin, vive la liberté je m'en suis finalement débarrassée de cette mauvaise habitude. (Linda, Québec, 2013)

Objectif non-fumeur atteint! Yes! Très heureuse d'avoir relevé le défi avec mon conjoint. Nous sommes très fiers de nous. Un sentiment de liberté extraordinaire ! :-) (Patricia, Lac-à-la-Tortue, 2013)

Enfin libre, je n'ai pu à traîner mon paquet de cigarettes. Je respire mieux et les autres aussi. Je fumais 3 paquets de cigarettes par jour. Je me sens calme en plus. Je me surprends moi même. (Christiane, Trois-Rivières, 2013)

Je me sens tellement bien !! 88 jours aujourd'hui sans fumer!! J'ai l'impression d'avoir le contrôle de moi-même c'est merveilleux!!! (Cyndie, Saint-Omer, 2013)

Fierté. Je suis fière de ne plus être dépendante de la cigarette (Suzan, St-Jérôme, 2012)

Liberté!!! Cesser la cigarette a été le plus beau cadeau de ma vie. Ça a été un bon combat, parfois très difficile, mais j'en suis sortie gagnante, j'ai réussi à mettre K.O. la cigarette. [...] Tout goûte meilleur, tout sent plus bon!!! Je suis LIBRE!!!! (Katy, St-Michel-des-Saints, 2012)

5. *Un nouveau mode de vie*

J'ai commencé à m'entraîner et je surveille mon alimentation et tout va très bien et je suis vraiment fière de moi!!!!!!!!!! (Nadia, La Baie, 2010)

J'en suis très fière malgré ma prise de poids. Là je vais au gym à tous les 2 jours et ça va super bien. (Josée, St-Jean-sur-Richelieu, 2012)

J'ai arrêté lors du défi de l'an passé, il s'est écoulé 461 jours sans fumée!! J'y pense encore parfois, mais maintenant que ces envies sont contrôlées, on s'occupe du corps! Course à tous les 2 jours, marche à tous les jours parce que: *Mens sana in corpore sano* (Erick, Saint-Dominique, 2012)

Cela faisait 40 ans que je fumais je suis si fière de moi, je bouge maintenant (marche rapide) (exercices avec des amies) très bon pour garder la ligne, je suis heureuse. Je me suis inscrite pour la marche contre le cancer, Relais pour la vie, à Boucherville. Félicitation à tous ceux qui ont arrêté. (Carole, Varennes, 2013)

7 mois sans fumer! Mon mari et moi avons finalement cessé de fumer après 20 ans de dépendance! Nous nous sommes achetés deux vélos en récompense. Vive l'activité physique! (Geneviève, Pointe-Claire, 2010)

Je me sens beaucoup mieux. Le prochain défi est de se mettre en mouvement et perdre un bon 20 lbs. J'ai commencé cet hiver avec le ski de fond, [...] et je vais me remettre à faire du vélo. (André, Ste-Mélanie, 2013)

C'est incroyable l'effet quasi immédiat sur notre corps, ça fait tellement du bien! Prochaine étape, amélioration de la condition physique: bouger plus, manger mieux!!:) (Isabelle, La Tuque, 2013)

Une bonne motivation. J'ai commencé une diète et j'ai recommencé le gymnase 4 fois semaine et 45 minutes de cardio par jour et aujourd'hui je peux courir avec mon bébé sans problème J'ai commencé à 202 livres et aujourd'hui je suis à 187 mon but et 178 pour le 1 mai (Yvan, Loi, 2013)