

Université de Montréal

Promouvoir des mesures législatives en vue de réduire le tabagisme : une analyse  
de la contribution du système de santé publique à l'adoption de la *Loi sur le tabac*  
du Québec

Par  
Eric Breton

Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph.D.)  
en Santé publique  
option Promotion de la santé

Septembre, 2005

© Eric Breton, 2005



WA  
5  
U58  
2005  
V.015

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :  
Promouvoir des mesures législatives en vue de réduire le tabagisme : une analyse  
de la contribution du système de santé publique à l'adoption de la *Loi sur le tabac*  
du Québec

présentée par :

Eric Breton

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Potvin  
président-rapporteur  
et représentante du doyen de la Faculté des études supérieures

Lucie Richard  
directrice de recherche

France Gagnon  
codirectrice

Nicole Bernier  
membre du jury

Michel O'Neill  
examineur externe



## Résumé

Depuis plusieurs décennies, les chercheurs et praticiens en promotion de la santé plaident pour des stratégies d'intervention qui favorisent l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Toutefois, si on s'entend sur la nécessité d'intégrer à la pratique professionnelle l'action sur les pouvoirs publics, le recours aux modélisations théoriques du processus de changement des politiques publiques demeure rare.

Cette recherche qualitative vise à démontrer, par l'étude du cas d'une politique provinciale sur le tabac, comment l'application d'un modèle d'analyse de politique publique peut améliorer la capacité de décoder les processus de changement des politiques et incidemment contribuer à améliorer la pratique d'action publique en promotion de la santé.

Cette thèse vise deux objectifs spécifiques : 1° décrire les conditions et dynamiques à la source de l'adoption par le gouvernement du Québec de la *Loi sur le tabac* de 1998 et 2° décrire la contribution des organisations du réseau gouvernemental de santé publique (ORGSP) à cet égard.

Les données analysées proviennent d'entrevues semi-structurées (n=39), d'articles de journaux (n=569) et de documents (n>200) émanant des ORGSP, d'organisations non gouvernementales, de l'Assemblée nationale et d'opposants aux mesures. Le modèle de Sabatier et Jenkins-Smith (1999) du changement des politiques publiques ainsi que la théorisation de Lemieux (1998) de la structuration des coalitions ont guidé l'ensemble de la démarche. Une perspective temporelle de plus de douze années a permis de suivre l'évolution des visions du problème du tabac et d'apprécier l'impact de différents événements sur l'évolution de cette politique.

Quatre ensembles de facteurs expliquent l'adoption de la loi: (1) l'évolution de certains paramètres structurant les discours des acteurs de la politique tabac (par ex.

la dépendance à la nicotine), (2) l'impact d'une série d'événements sur la légitimité des solutions au problème du tabac des promoteurs des mesures et sur leur capacité à intervenir dans le débat politique (par ex. la crise de la contrebande du début des années 90), (3) l'expertise en tabac et la détermination du ministre de la Santé et (4) les interventions des promoteurs des mesures auprès des décideurs et journalistes.

Nos analyses font ressortir le rôle central d'une coalition de ORGSP dont les ressources ont 1° amélioré la capacité d'analyse politique alimentant la stratégie d'action publique, 2° permis de répondre aux préoccupations des opposants à l'égard des impacts économiques de la loi et 3° fourni les moyens de dénoncer les allégations et pratiques de l'industrie du tabac et de ses alliés tout en se prémunissant des attaques de ces derniers.

Le recours au modèle de Sabatier & Jenkins-Smith et à la théorisation de Lemieux a permis de dégager un portrait détaillé des facteurs et processus à l'œuvre dans l'adoption d'une politique favorable à la santé ainsi qu'une compréhension plus fine des enjeux organisationnels de l'action publique pour les ORGSP. En permettant d'aller au-delà d'une simple recension de facteurs et interventions, ces modèles permettent d'appréhender davantage la dynamique des processus en cause. Leur utilisation apparaît donc prometteuse pour l'amélioration de la pratique d'action publique en promotion de la santé.

Mots clés : Promotion de la santé, Politique publique, Tabac, Législation, Québec, Étude qualitative.

## Summary

For decades, health promotion researchers and practitioners have been advocating for intervention strategies that support the adoption of so-called “healthy public policies”. However, while the importance of integrating advocacy interventions into professional practice is well recognized, policy-analysis models are still rarely brought into play.

This qualitative research aims to demonstrate, using the case of a provincial tobacco act, the benefits of applying policy-analysis models for improving our understanding of the policy change process and therefore improving the practice of advocacy intervention in public health.

This thesis has two specific objectives. First, it aims to describe the factors and processes underpinning the adoption of the province of Quebec’s *Tobacco Act* in 1998. Second, this thesis aims to describe the role played by the actors within the provincial public health system agencies (PPHSAs).

Data were collected through semi-structured interviews (n=39), newspapers articles (n=569) and documents (n>200) from the PPHSAs, non-governmental organizations, Quebec National Assembly, and opponents of the legislative measures (e.g., the tobacco industry). Data collection and analysis were based on Sabatier and Jenkins-Smith’s Advocacy Coalition Framework (1999) and Lemieux’s theorization of coalition structuring (1998). Data were traced over a twelve-year period to describe how visions of the tobacco problem and its solutions evolved in relationship to key events.

Four main sets of factors were found to explain the adoption of the Tobacco Act: (1) the evolution of key parameters framing the actors’ political discourse on tobacco (e.g. nicotine’s addictive properties) (2) the impact of key events on the legitimacy of the tobacco legislative measures and on the capacity of their advocates to participate in the policy debate (e.g. the tobacco contraband crisis of

the early 90s), (3) the tobacco expertise and commitment of the province's Minister of Health, and (4) interventions by the promoters of legislative measures to win support from policy-makers and the media.

Our analysis highlights the key role played by a coalition of PPHSAs in leveraging resources: first, to improve policy analysis capabilities supporting the advocacy strategy; second, to answer concerns raised by opponents of the law regarding its economic impact; and third, to provide the means to denounce the allegations and practices of the tobacco industry and its allies while thwarting attacks from them.

Applying Sabatier & Jenkins-Smith's model and Lemieux' theorization has generated a detailed picture of the factors and processes underpinning the adoption of a healthy public policy. Our approach also yielded key insights into the challenges facing PPHSAs advocating for public policy. By moving beyond the mere inventory of factors and interventions, these models contributed to a better grasp of the dynamic behind the policy-change process. Their application appears promising for improving advocacy intervention within the health promotion field.

Key words: Health promotion, Public policy, Tobacco, Advocacy, Quebec, Qualitative research

## Table des matières

Résumé .....	iii
Summary .....	v
Table des matières .....	vii
Liste des tableaux .....	xiv
Liste des figures .....	xv
Liste des sigles, abréviations et acronymes.....	xvi
Remerciements .....	xix
Avant-propos .....	xxii
Chapitre 1 Introduction .....	1
1.1 L'analyse du cas de l'adoption de la Loi sur le tabac du Québec .....	4
1.2 Des entretiens préliminaires .....	5
1.3 Le choix d'un cadre conceptuel.....	6
1.4 Le caractère sensible des résultats de la thèse .....	9
1.5 Le déroulement de l'exposé de la thèse.....	11
Chapitre 2 Recension des écrits .....	13
2.1 L'action de santé publique sur les politiques de santé .....	13
2.2 L'étude du changement des politiques en lien avec la problématique du tabac.....	20
2.2.1 Les stratégies des acteurs pro et anti-législation .....	21
2.2.2 Les facteurs de succès associés aux changements de politiques .....	22
2.2.3 Considérations sur la littérature en réduction du tabagisme.....	26

2.3	Les sciences politiques et l'étude des changements de politique.....	28
2.3.1	Définir les politiques publiques.....	29
2.3.2	Les acteurs du changement.....	30
2.3.3	Les processus en lien avec les politiques publiques.....	31
2.3.4	Quelques leçons spécifiques tirées de l'analyse des politiques publiques.....	35
2.4	Conclusion sur la littérature.....	39
Chapitre 3 Le cadre conceptuel.....		41
3.1	Un modèle de changement de politiques publiques.....	41
3.1.1	La dynamique de changement interne au sous-système politique.....	43
3.1.2	Les dynamiques externes au sous-système politique.....	48
3.2	Une théorie des coalitions.....	50
3.3	Les propositions de recherche.....	56
Chapitre 4 Méthode.....		60
4.1	Devis de recherche.....	60
4.2	La collecte des données.....	62
4.2.1	Les documents écrits.....	62
4.2.2	Les entrevues individuelles.....	64
4.3	Le traitement et l'analyse des données.....	66
Chapitre 5 L'État québécois et le tabac : un bref historique.....		69
5.1	Le partage des responsabilités provinciales-fédérales en matière de santé et l'organisation du réseau gouvernemental de la santé publique québécois.....	70
5.1.1	Le gouvernement fédéral et la mission de santé publique.....	70
5.1.2	Le gouvernement du Québec et la mission de santé publique.....	71
5.1.3	Les paliers de gouvernements locaux et régionaux.....	73

5.2	Genèse de l'intervention de l'État québécois sur le tabac (1908 à 1994)	74
5.2.1	Les mesures fiscales sur le tabac .....	77
5.2.2	Les mesures de restriction des usages du tabac dans les lieux publics	78
5.2.3	L'intervention des ORGSP dans la problématique du tabagisme .....	81
5.3	La question du tabac portée au devant de la scène : la crise de la contrebande des cigarettes de 1992-1994.....	84
5.3.1	Affrontement de deux visions du problème de la contrebande et de ses solutions.....	86
5.3.2	Le dénouement de la crise .....	92
5.4	De la défaite du 8 février 1994 à la victoire du 17 juin 1998.....	95
5.4.1	L'élection d'un nouveau gouvernement.....	95
5.4.2	Le débat sur l'interdiction de la publicité de commandite par le gouvernement fédéral .....	99
5.4.3	Des élections provinciales et une fin de session parlementaire imminente .....	102
5.4.4	Conclusion du chapitre .....	104
Chapitre 6	L'évolution sur douze années du traitement de la question du tabac au Québec.....	105
6.1	Introduction .....	105
6.2	Sur le tabac et la santé .....	108
6.2.1	Sur la létalité du tabagisme.....	108
6.2.2	Autres dimensions sanitaires du problème du tabac au Québec.....	114
6.2.2.1	Le tabagisme : un problème en déclin.....	114
6.2.2.2	Les propriétés addictives de la nicotine.....	115
6.2.2.3	Le tabagisme : un problème chez les jeunes.....	116
6.3	De la légitimité de l'État à intervenir sur la problématique du tabac....	119

6.4	Sur les principales mesures associées aux aspects sanitaires du tabac..	123
6.4.1	Les mesures restreignant les usages .....	123
6.4.1.1	La préoccupation pour les droits des fumeurs et le degré de coercition des mesures.....	124
6.4.1.2	L'objectif des mesures de restriction des usages du tabac .....	125
6.4.1.3	L'applicabilité et la portée des mesures sur les usages du tabac ...	127
6.4.2	Les mesures de réduction de l'accessibilité du produit .....	129
6.4.3	Les mesures de restriction de la promotion du tabac.....	130
6.4.4	Autres mesures .....	135
6.5	Sur l'industrie du tabac.....	136
6.6	Conclusion du chapitre .....	139
Chapitre 7	L'impact de différents événements sur les ressources des promoteurs de mesures législatives en tabac.....	141
7.1	Introduction .....	141
7.2	L'adoption de la LPNF.....	142
7.3	La crise de la contrebande .....	144
7.3.1	Les ressources des acteurs antitabac avant la crise de la contrebande .....	145
7.3.2	L'impact de la crise de la contrebande sur les ressources des promoteurs de mesures législatives de réduction du tabagisme .....	146
7.4	Les élections provinciales de 1994.....	151
7.5	Le jugement de la Cour suprême du Canada sur les restrictions sur la promotion du tabac de la loi fédérale de 1988 .....	153
7.6	Autres événements importants .....	154
7.7	Conclusion du chapitre .....	158



Chapitre 8	Les alliances et interventions des acteurs de la coalition antitabac pour favoriser l'adoption de la <i>Loi sur le tabac</i> .....	160
8.1	Introduction .....	160
8.2	Le premier temps des efforts des promoteurs de la Loi sur le tabac (1994-1996) .....	161
8.2.1	Une lecture du contexte des interventions .....	161
8.2.2	L'organisation et le déploiement des interventions dans le premier temps des efforts .....	164
8.2.2.1	Une alliance entre les membres du Conseil des directeurs de santé publique .....	165
8.2.2.2	Le recrutement d'un nouveau partenaire : l'Association pour la santé publique du Québec .....	168
8.2.2.3	Le recrutement des ONG santé .....	169
8.3	Le deuxième temps des efforts de la santé publique pour favoriser l'adoption de la Loi sur le tabac (1997-1998) .....	172
8.3.1	Une seconde lecture du contexte des interventions .....	172
8.3.2	Une reformulation de la stratégie et l'injection de nouvelles ressources (1997-1998) .....	173
8.3.3	L'organisation des interventions des opposants au projet de Loi sur le tabac .....	179
8.4	Conclusion du chapitre .....	181
Chapitre 9	Expliquer l'adoption de la Loi sur le tabac et la contribution des ORGSP .....	183
9.1	Les éléments externes au sous-système tabac .....	184
9.1.1	Les paramètres relativement stables du problème du tabac .....	184
9.1.2	L'impact des événements sur les ressources et contraintes des acteurs du sous-système de la politique tabac .....	188

9.2	La stratégie d'action publique des promoteurs de la Loi sur le tabac ...	192
9.2.1	La question de la capacité d'intervention des promoteurs de la loi...	193
9.2.2	Les interventions pour promouvoir la Loi sur le tabac.....	195
9.2.3	l'impact des interventions des promoteurs de la Loi sur le tabac.....	198
9.3	Synthèse des résultats .....	201
9.3.1	Premier objectif : expliquer l'adoption de la Loi sur le tabac .....	201
9.3.2	Second objectif : décrire la contribution des organisations du réseau gouvernemental de santé publique .....	205
	Conclusion .....	208
	Résultats de l'étude du cas de l'adoption de la Loi sur le tabac.....	209
	Quelques enseignements tirés du cas de la Loi sur le tabac.....	211
	L'apport des modèles de l'analyse politique.....	217
	Les limites de la démarche .....	219
	Références .....	223
	Documents du corpus de données .....	238
	Appendices .....	xxiv
	Appendice 1.....	xxv
	Hypothèses du modèle des coalitions plaidantes .....	xxv
	Appendice 2.....	xxvii
	Le système de croyances et de valeurs du modèle des coalitions plaidantes .....	xxvii
	Appendice 3.....	xxix
	Critères d'exclusion et d'inclusion pour la sélection des textes de la presse écrite .....	xxix
	Les périodes examinées pour la revue de presse .....	xxix
	Le nombre de textes de la presse écrite éligibles par période .....	xxx

Appendice 4.....	xxxii
Grille générale d’entrevue .....	xxxii
Appendice 5.....	xxxiv
Formulaire de consentement .....	xxxiv
Appendice 6.....	xl
Thèmes et sources de données découlant des propositions de recherche.....	xl
Appendice 7.....	xliii
Lettre de sollicitation de certains répondants clés à l’opération de validation des résultats.....	xliii
Appendice 8.....	xlvi
Principaux événements en lien avec la question du tabac au Québec de 1994 à 1998 .....	xlvi

## Liste des tableaux

Tableau I Caractéristiques propres aux coalitions plaidantes et stratégiques .....	51
Tableau II Les propositions de recherche .....	57
Tableau III Résumé des principales mesures figurant dans les lois du Québec de 1986 et 1998 .....	61
Tableau IV Nombre d'entrevues réalisées par catégories d'acteurs.....	65
Tableau V Événements clés de l'évolution de la politique tabac du Québec de 1908 à 1998 .....	75
Tableau VI Les visions des problèmes et solutions mises de l'avant durant la crise de la contrebande.....	88
Tableau VII Résumé des mesures du plan conjoint Ottawa-Québec de lutte contre la contrebande de cigarettes du 8 février 1994.....	94
Tableau VIII Éléments clés de l'évolution du traitement de la question du tabac de 86 à 98 .....	107
Tableau IX Stratégie et capacité d'action de l'industrie et réponse du réseau de la santé publique.....	163
Tableau X Conditions et barrières pour contrecarrer les interventions de l'industrie du tabac.....	166
Tableau XI Examen des forces et faiblesses des acteurs antitabac en 1996 .....	173

## Liste des figures

Figure 1 Représentation schématique du modèle de Sabatier .....	43
Figure 2 La structure du système de croyances.....	44
Figure 3 Exemple d'évolution de la structure d'une coalition .....	55
Figure 4 Représentation schématique des propositions de recherche .....	58
Figure 5 Alliances pour la promotion de la loi (1994-1996).....	164
Figure 6 Interventions de promotion de la loi (1994-1996).....	171
Figure 7 Alliances pour la promotion de la loi (1997-1998).....	175
Figure 8 Interventions de promotion de la loi (1997-1998).....	177
Figure 9 Les éléments modelant les contraintes et occasions des acteurs du sous- système en 1998 .....	187
Figure 10 Modélisation des actions des acteurs du sous-système sur la politique tabac en 1998 .....	199

## Liste des sigles, abréviations et acronymes

ADA : Association des détaillants en alimentation du Québec

ADNF : Association pour les droits des non-fumeurs

ASPQ : Association pour la santé publique du Québec

Com-com : Comité des communications

CCFPT : Conseil canadien des fabricants des produits du tabac

CQTS : Conseil québécois sur le tabac et la santé

CQCT : Coalition québécoise pour le contrôle du tabac

DGSP : Direction générale de la santé publique (une direction du MSSS)

DSC : Département de santé communautaire

DSP : Direction de santé publique (une direction des RRSSS)

FOQUSS : Fonds québécois pour la culture, le sport et la santé

FTE : Fumée de tabac dans l'environnement

FTQ : Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

LPNF : Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics

MATRAC : Mouvement pour l'abolition des taxes réservées aux cigarettes

MSSS : Ministère de la Santé et des services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONG santé : Organisation non gouvernementale oeuvrant sur des questions liées à la santé

ORGSP : organisations du réseau gouvernemental de santé publique

PLC : Parti libéral du Canada

PLQ : Parti libéral du Québec

PQ : Parti québécois

RRSSS : Régie régionale de la santé et des services sociaux

SCC : Société canadienne du cancer

*À Maryse, Masha, Victor et...*

*aux artisans de la lutte contre le tabac au Québec*



## Remerciements

Par tradition, on attribue la paternité d'une thèse à une seule et unique personne. Sans pouvoir corriger totalement cette distorsion de la réalité, j'aimerais remercier dans ce qui suit ceux qui m'ont appuyé dans cette aventure.

Sans contredit, mon comité de thèse a joué un rôle central dans l'atteinte de ce résultat. J'ai eu le privilège de bénéficier d'un comité extrêmement dévoué qui a su m'appuyer tout au long de ce douloureux processus. Merci à Lucie Richard, que je côtoie depuis déjà neuf ans, qui m'a initié à la recherche en santé publique, ouvert le chemin vers le doctorat et su me communiquer son enthousiasme pour la recherche. Sans sa préoccupation constante pour les conditions matérielles de ses étudiants, nul doute que j'aurais tôt fait de laisser tomber. Merci aussi à France Gagnon, ma co-directrice, qui a gentiment accepté de m'appuyer dans ce périple. Je lui dois de m'avoir patiemment guidé en cette *terra incognita* qu'était pour l'anthropologue que je suis l'analyse des politiques publiques.

La qualité de mon environnement de recherche a été déterminante à la rédaction de cette thèse. C'est pour cette raison que je me dois de remercier les responsables et collègues du *Séminaire du vendredi* de l'équipe FCAR sur les *Approches communautaires en promotion de la santé* avec qui j'ai eu des discussions passionnantes et le goût d'explorer différentes questions. Plus largement, mes remerciements vont à l'ensemble de mes collègues. Ce fut un privilège de vivre en leur compagnie cette expérience d'apprentissage et aussi de partager l'angoisse des fins de session, de l'examen de synthèse qui approche et de la rédaction qui n'avance pas. Plusieurs d'entre eux sont maintenant des ami-e-s sans qui mes études doctorales auraient été bien fades. J'espère avoir la chance de les côtoyer encore longtemps.

Sincères remerciements au personnel du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) : Francine Auger qui dès le printemps 2000 et dans un contexte de pénurie de locaux m'a déniché un espace bureau au pavillon

Marguerite d'Youville, condition essentielle au travail de thèse; Jean-Guy Bouchard qui m'a de nombreuses fois sauvé du pétrin avec mon ordinateur (sauf une fois quand mon disque dur a grillé!); Diane Crevier; Gilles Langlois; Josée Tessier qui m'a si souvent pris par la main dans la gestion des fonds; Lorraine Trudeau et Joseph Smigielski.

Durant les étapes de collecte, d'analyse et de rédaction, j'ai aussi bénéficié des commentaires et critiques forts appréciés de Marie Jacques et Pierre Bergeron de l'Institut national de santé publique du Québec. Les nombreux échanges avec eux m'ont permis de mieux comprendre la perspective des professionnels de santé publique et d'affiner ma lecture du cas du Québec.

Remerciements aussi à Louise Potvin qui à Melbourne, en avril 2004, m'a mis en contact avec ma future superviseure de stage postdoctoral et du même coup offert un puissant incitatif pour finir la rédaction.

Merci aussi à Camille Boinot qui a participé à l'indexation et à la collecte des documents et à Solange Bergevin qui a patiemment transcrit nos entrevues.

Pour le commun des mortels, les études doctorales sans soutien financier sont inconcevables; merci donc encore une fois aux responsables de l'équipe FCAR qui m'ont aidé le temps d'obtenir une bourse et merci aux Instituts de recherche en santé du Canada pour ladite bourse. Pour la collecte et l'analyse des données, j'ai aussi bénéficié de l'appui financier de l'équipe de recherche de Lucie Richard, subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) par l'entremise de l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme et aussi par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Je remercie également le GRIS de l'Université de Montréal pour ses bourses d'appui à la diffusion des résultats. Je suis aussi reconnaissant à l'équipe FCAR et à la Faculté des études supérieures (programme de bourses pour fin de rédaction) qui ensemble m'ont offert le dernier coup de pouce financier pour atteindre la ligne d'arrivée.

Enfin, je souhaite exprimer haut et fort toute ma gratitude à l'égard des personnes qui m'ont généreusement accordé un entretien pour me raconter leur expérience de la lutte contre le tabac. Sans elles et surtout sans leur désir de voir la santé publique tirer des enseignements de leurs efforts, cette recherche n'aurait pas été possible.

## Avant-propos

La formulation du sujet de recherche de cette thèse découle d'une série d'entrevues conduites en 1998 avec des professionnels de la santé publique. À cette époque, j'occupais un poste d'agent de recherche dans le cadre du projet de Richard *et al.* intitulée : *Les facteurs facilitant l'implantation de l'approche écologique dans la programmation de réduction du tabagisme de deux directions de santé publique* (PNRDS # 6605-5256-002).

Parmi les professionnels rencontrés, plusieurs étaient étroitement impliqués dans les efforts pour favoriser l'adoption par l'Assemblée nationale du Québec de la *Loi sur le tabac*. Comme justement les entrevues ont été conduites au moment même où faisait rage le débat public sur la loi, les professionnels ne pouvaient s'empêcher de m'entraîner sur ce sujet. Or, ces témoignages se sont avérés passionnants. Les quelques éléments de la stratégie de la santé publique québécoise que j'ai pu rassembler, ont suffi à me convaincre de l'intérêt de tirer des enseignements de cette expérience professionnelle d'action publique en réduction du tabagisme. Par ailleurs, l'idée même que le réseau de santé publique avait été en mesure de mettre en oeuvre une stratégie d'appui au projet de la loi, et ceci en dépit de sa proximité avec les structures de l'État, laissait entrevoir des possibilités importantes pour favoriser la santé et le bien-être des populations.

J'amorce donc, en janvier 2000, mes études doctorales avec la ferme intention d'étudier le cas de la *Loi sur le tabac* du Québec. En 2002, j'ai la chance de m'associer à Lucie Richard, France Gagnon, Marie Jacques et Pierre Bergeron pour développer un protocole visant spécifiquement l'étude de ce cas. Notre protocole est soumis la même année et reçoit un accueil favorable de la part du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH : *Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme*) et de l'Institut national de santé publique du Québec. Le financement obtenu m'a ainsi permis d'avoir accès aux ressources nécessaires pour mener à terme cette recherche.

En m'appuyant sur la problématique et l'appareil conceptuel développés en parallèle pour mon protocole de recherche doctorale et pour le protocole déjà évoqué, j'ai ainsi pu mener de front toutes les étapes — de la préparation de la stratégie de collecte des données jusqu'aux étapes d'analyse — permettant de produire le rapport de recherche et la thèse. De leur côté, les membres de l'équipe du projet de recherche m'ont continuellement fait bénéficier de leurs critiques et commentaires à l'égard des choix méthodologiques, des stratégies d'analyse et des orientations adoptées pour l'exposé des résultats. Inutile de dire que l'expertise et la capacité de travail réunies dans cette équipe ont joué un rôle essentiel dans la réalisation de cette entreprise.

« Contrairement à d'autres dossiers, je pense aux virus, là, je pense que le dossier tabac a cette particularité d'avoir une industrie qui est super riche, qui est totalement contre nous, dont la job est contrairement à l'opposé de ce qu'on essaye de faire » (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

## Chapitre 1 Introduction

Les gouvernements peuvent jouer un rôle fondamental dans la modification des déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé des populations (Giles-Corti, *et al.*, 2004). Nombre de politiques gouvernementales ont été identifiées comme susceptibles d'améliorer les conditions de logement (Krieger & Higgins, 2002), d'emploi (Lavis, Farrant & Stoddart, 2001), de pratique de l'activité physique (Sallis, Bauman & Pratt, 1998; Sparling, *et al.*, 2000), d'accessibilité à des produits alimentaires de qualité (Glanz, *et al.*, 1995) ou encore d'aménagement des environnements urbains (Geller, 2003; Perdue, Stone & Gostin, 2003), soit autant de déterminants de la santé susceptibles de réduire la prévalence des maladies cardio-vasculaires et autres maladies chroniques (Hann, *et al.*, 2004).

Mais pour opérer de tels changements, il apparaît essentiel que les professionnels et organisations oeuvrant à la promotion de la santé s'impliquent à convaincre les décideurs des différentes instances gouvernementales à aller dans ce sens (Brown, 1997; Goodhart, 2002; Hann, *et al.*, 2004; Jacobson & Wasserman, 2001). D'ailleurs depuis plus de vingt ans, l'action publique (*advocacy*)<sup>1</sup> comme moyen de favoriser l'adoption et la mise en œuvre de politiques favorables à la santé est défendue comme un élément essentiel des stratégies d'amélioration de la santé des populations (Beaglehole, *et al.*, 2004; Breslow, 1998; Hancock, 1985; Institute of

---

<sup>1</sup> Nous préférons l'emploi du terme « action publique » à celui de « advocacy » couramment employé dans la littérature anglophone.

Medicine. Committee for the Study of the Future of Public Health, 1988; Kickbusch, 1986; Milio, 1987). Qui plus est, les tenants du mouvement de promotion de la santé ont fait de l'action publique un des piliers centraux de leur plate-forme d'action pour la santé (WHO, 1986; 1988).

Toutefois, l'examen des articles publiés ces dix dernières années dans les principales revues de santé publique et de promotion de la santé indique que cette volonté d'intervenir sur les politiques publiques se heurte à plusieurs barrières de taille. On constate d'abord le manque de formation (Baum & Sanders, 1995; Caira, *et al.*, 2003; Goodhart, 2002; Hann, *et al.*, 2004; Richard, Breton, *et al.*, 1999; Schwartz, Goodman & Steckler, 1995) et de familiarité des promoteurs de la santé quant au rôle qu'ils peuvent jouer au niveau des politiques publiques (Rains & Barton-Kriese, 2001). On souligne également que les professionnels éprouvent certaines réserves à intervenir sur le terrain des politiques de peur d'être blâmé d'avoir transgressé la ligne tracée entre le champ d'action légitime de la santé publique et le politique (Chapman & Wakefield, 2001; Hann, *et al.*, 2004). On attribue aussi la difficulté d'orienter les politiques publiques à l'insuffisance du niveau de coordination des interventions entre les organisations de santé publique impliquées (Bero, *et al.*, 2001; Jacobson & Wasserman, 2001). Mentionnons également le fait que malgré l'intérêt exprimé pour l'action publique, ce thème a encore pris peu de place dans la production scientifique en santé publique, notamment en éducation à la santé (Galer-Unti, Miller & Tappe, 2004).

Au-delà des carences ci-haut mentionnées, force est de constater que le traitement réservé à la stratégie d'action publique souffre, dans la majorité des cas, de l'absence d'une vision globale et de modèles qui permettrait de mieux appréhender le processus qui se déploie de l'élaboration de la politique publique à sa mise en œuvre. Ce constat déjà formulé ailleurs (de Leeuw, 1998; 2001; Dievler & Cassady, 1998; Frattaroli, 2003; Hawe, Wise & Nutbeam, 2001) devient évident lorsqu'on examine par exemple la littérature sur le « *media advocacy* » (Chapman & Dominello, 2001; Russell, *et al.*, 1995; Smith & Wakefield, 2005) comme stratégie d'action publique. Il ressort en effet que non seulement cette stratégie est

traitée sans l'apport d'une vision plus large du processus politique mais qu'en plus on tend à considérer les acteurs gouvernementaux/politiques comme une catégorie de cibles d'action qui ne se distingue en rien des autres cibles habituellement visées par les éducateurs de la santé (Goodhart, 2002). En effet, l'action publique auprès des gouvernements ressort régulièrement comme une forme spéciale d'éducation à la santé qui se distingue des autres interventions d'éducation uniquement par la catégorie d'acteurs ciblés et le type de gains recherchés (acteurs politiques vs. acteurs communautaires, changement dans les connaissances, choix et comportements vs. changement de politique publique). Certains auteurs vont même jusqu'à transposer les modèles cognitifs de prise de décisions employés habituellement pour expliquer l'adoption ou la non-adoption de comportements favorisant la santé aux législateurs (Gottlieb, *et al.*, 2003) faisant une fois de plus abstraction de tout le processus qui sous-tend les politiques publiques.

Cette situation ne manque pas d'étonner. Il est raisonnable de penser que l'application de modèles du processus politique serait susceptible d'améliorer la compréhension des promoteurs de la santé à l'égard des processus et facteurs à la base de la décision d'un gouvernement d'intervenir ou de modifier son approche d'un problème. Une décision qui peut s'exprimer par l'adoption de programmes, des mesures législatives spécifiques ou plus largement de politiques publiques globales dictant les orientations des différents organes gouvernementaux.

Pourtant de tels modèles sont disponibles. Depuis près d'un demi-siècle, l'étude des processus et facteurs de changement des politiques publiques constitue l'un des thèmes centraux du programme de recherche de la science politique (deLeon, 1999; Lasswell, 1956). On retrouve d'ailleurs au sein de la littérature en promotion de la santé un certain nombre de chercheurs qui ont puisé dans les contributions de cette science sociale pour travailler sur la question des politiques publiques (de Leeuw & Polman, 1995; Milewa, 1996; Signal, 1998).

Cette thèse s'inscrit dans la lignée des travaux visant à améliorer la pratique d'action publique dans le champ de la promotion de la santé (Bryant, 2002;



de Leeuw, 2001; Goumans & Springett, 1997; Milewa, 1996; Milio, 1991; O'Neill, Gosselin & Boyer, 1997). Notre objectif premier est de démontrer qu'un tel transfert de modèles vers la promotion de la santé est souhaitable puisqu'il peut nous aider à améliorer notre compréhension des enjeux et barrières à l'adoption par les gouvernements de politiques favorables à la santé. Cette thèse nous la défendons en analysant un cas récent d'action publique.

### **1.1 L'analyse du cas de l'adoption de la Loi sur le tabac du Québec**

Notre intérêt pour la pratique professionnelle d'action publique nous a incité à opter pour un cas d'intervention impliquant des organisations de santé publique rattachées à un gouvernement. Le cas sélectionné est celui de l'adoption, le 17 juin 1998, par l'Assemblée nationale du Québec du projet de loi 444 dit *Loi sur le tabac* (Province de Québec, 1998). Par son large train de mesures législatives visant à réduire le tabagisme et protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac environnemental (FTE), cette loi confirmait l'adoption d'une stratégie globale d'intervention sur les déterminants sociaux et environnementaux en amont du problème du tabac.

L'analyse d'un cas d'action publique sur le problème du tabac présente deux avantages marqués. D'une part, l'efficacité des mesures de modification de l'environnement des fumeurs et des jeunes pour réduire le tabagisme et protéger les non-fumeurs de l'exposition à la FTE fait l'objet d'un large consensus (WHO Tobacco Free Initiative, 2004). Ainsi les différentes stratégies pour réduire l'accessibilité des produits du tabac (Jason, *et al.*, 1999; Kaplan, *et al.*, 2001; Leverett, *et al.*, 2002; Stead & Lancaster, 2005; Waller, *et al.*, 2003), en restreindre leur usage dans les lieux publics (Brownson, *et al.*, 1997; Farrelly, Evans & Sfekas, 1999; Serra, *et al.*, 2001) et leur promotion (Garner, 1996; Hodge & Eber, 2004; Holman, *et al.*, 1997; Lovato, *et al.*, 2005) occupent déjà depuis plusieurs années une place importante dans la littérature et les guides de pratiques en santé publique (Anonyme, 2000; Lantz, *et al.*, 2000). Le large consensus sur l'efficacité des

mesures de modification des environnements par la mise en œuvre des pouvoirs des gouvernements de pair avec l'important corpus d'expériences d'interventions en faveur de mesures antitabac à travers le monde nous apparaissaient susceptibles de renforcer la légitimité de nos résultats. En effet, démontrer l'intérêt d'appliquer des modèles du changement des politiques publiques dans un domaine d'intervention et de recherche aussi bien prospecté que celui du tabac suffirait à convaincre du potentiel d'une telle approche dans le cadre d'autres problèmes de santé publique.

Pour ce qui est du deuxième avantage que confère à notre démarche l'analyse d'un cas d'action publique en lien avec le problème du tabac, il découle de la difficulté largement reconnue de convaincre les gouvernements de se doter de mesures rigoureuses pour lutter contre l'épidémie du tabagisme et protéger les non-fumeurs. Encore ici, la littérature en réduction du tabagisme (*tobacco control*) nous offre un nombre important d'analyses d'actions publiques de ce type (Cady, 1998; Drope & Glantz, 2003; Heiser & Begay, 1997; Macdonald & Glantz, 1997; Stebbins, 1997; Traynor & Glantz, 1996). Nombre de compte-rendus font part de demi-succès (Novotny & Siegel, 1996; Tsoukalas & Glantz, 2003a) et d'échecs (Givel & Glantz, 2000b; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993; McKinlay & Marceau, 2000a; Nicholl, 1998) à obtenir les politiques publiques désirés. Il ressort donc clairement qu'il existe encore, et ceci malgré toute l'expérience développée en santé publique, des occasions d'améliorer les pratiques d'actions publiques en tabac en les appuyant notamment sur une meilleure compréhension du processus de changement des politiques publiques.

## **1.2 Des entretiens préliminaires**

En préparation de cette étude, nous avons conduit des entretiens préliminaires auprès de professionnels de santé publique impliqués dans les interventions pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac*. Les témoignages recueillis nous ont fourni quelques indications sur la nature et le contexte des actions pour favoriser l'adoption de cette loi. Il ressortait, par exemple, que l'intervention du gouvernement du Québec dans le problème du tabac remontait à plusieurs années et

que si d'une part, on constate une évolution vers un train de mesures législatives à la fois plus contraignant et plus diversifié que d'autre part, le parcours emprunté par le gouvernement du Québec avait aussi été ponctué de reculs dans la lutte contre le tabagisme. La baisse de la taxe spécifique sur le tabac de février 1994, décrétée en réponse à l'augmentation marquée des activités de contrebande de cigarettes, est un exemple probant de recul du gouvernement sur le front de la lutte contre le tabagisme.

Les personnes rencontrées ont également témoigné de l'influence de l'industrie du tabac sur la nature des débats entourant les mesures de réduction du tabagisme et de protection des non-fumeurs. On nous a notamment signalé le recours, par les fabricants de produits du tabac, à des interventions pour dévier le débat public vers des considérations autres que celles liées à l'amélioration de la santé.

Enfin, ces professionnels nous ont confié que les directions régionales de santé publique (DSP) avaient joué un rôle central dans l'adoption de la loi en mettant en commun leurs ressources et en coordonnant leurs actions pour appuyer le ministre de la Santé qui parrainait le projet de loi.

### ***1.3 Le choix d'un cadre conceptuel***

Ces premières informations sur le cas de l'adoption de la *Loi sur le tabac* nous ont incités à appliquer un modèle de changement des politiques publiques prenant à la fois en compte les valeurs des acteurs de ce changement et l'évolution dans le temps de l'intervention du gouvernement sur le problème du tabac. Nous avons ainsi opté pour le modèle des coalitions plaidantes<sup>2</sup> développé par Paul A. Sabatier et son collègue Hank C. Jenkins-Smith (Sabatier, 1986; 1988; 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999), un modèle qui jouit d'une certaine notoriété dans le champ de l'analyse politique (Bergeron, Surel & Valluy, 1998; Howlett & Ramesh, 1998; Mintrom & Vergari, 1996; Schlager & Blomquist,

1996; Surel, 2000). Afin de mieux cerner les enjeux et difficultés de la coopération organisationnelle soulevés par la mise en commun des ressources et une action concertée entre différentes directions régionales de la santé publique, nous avons complété notre appareil conceptuel par la théorisation de la structuration des coalitions développée par Vincent Lemieux (1998).

Deux objectifs ont guidé notre étude du cas de l'adoption de la *Loi sur le tabac*.

- (1) Décrire les conditions et les dynamiques à la source des transformations ayant conduit à l'adoption, en 1998, de la *Loi sur le tabac* au Québec;
- (2) Décrire la contribution des organisations du réseau gouvernemental de santé publique (ORGSP) dans l'adoption de cette loi.

Ces objectifs sous-tendent l'adoption d'un double regard, c'est-à-dire d'une part, d'un regard sur des éléments socio-politiques et économiques (éléments macro) permettant d'appréhender les conditions et processus larges dans lesquels s'inscrivent les choix, préférences et décisions des acteurs du changement de la politique publique. D'autre part, nous devons aussi porter notre regard sur des éléments micro, c'est-à-dire, liés aux faits et gestes de ces acteurs. Étant donné les limites en termes de ressources disponibles pour mener à bien cette étude, nous avons dû faire un compromis entre ces deux perspectives de sorte à réduire l'ampleur de notre entreprise. Nous nous sommes donc limités, d'un côté, à faire ressortir les éléments macro les plus significatifs aux yeux des acteurs tout en évitant, d'un autre côté, de tomber dans une description outrancière des interventions effectuées par ces derniers. Il faut dire aussi que la littérature en réduction du tabagisme comportait déjà plusieurs descriptions d'interventions pour favoriser l'adoption de politiques tabac (Cady, 1998; Drope & Glantz, 2003; Heiser & Begay, 1997) ce qui rendait moins critique la poursuite d'une telle entreprise.

---

<sup>2</sup> Nous employons ici les termes « coalitions plaidantes » suggérés par Lemieux (1998) comme traduction du « *Advocacy Coalition Framework* ».

Outre ce compromis dans l'intégration des éléments macro et micro, notre approche se caractérise par l'adoption de la perspective des promoteurs de la *Loi sur le tabac* et plus précisément de celle des acteurs des organisations du réseau gouvernemental de santé publique (ORGSP). Cette perspective cadre davantage avec notre objectif de contribuer à l'amélioration à moyen terme de la pratique d'action publique de la santé publique. Concrètement, nous avons épluché une abondante documentation (notamment des articles de la presse écrite, des transcriptions des débats de l'Assemblée nationale et des documents gouvernementaux) et récolté différents témoignages. Ces multiples sources de données nous ont permis non seulement d'examiner les décisions prises à la lumière des informations qui étaient alors accessibles aux promoteurs de la loi mais aussi de prendre en considération leur point de vue. L'abondante documentation consultée nous a également permis de dégager les positions des différents opposants aux mesures de la *Loi sur le tabac*. Il faut noter toutefois que nous ne nous sommes pas enquis auprès des opposants des motifs fondant leurs choix, préférences et actions. Par conséquent, il est clair qu'en restreignant ainsi notre corpus de données, nous avons dû mettre une croix sur une stratégie d'analyse qui nous aurait permis de tendre vers une vision holistique des choix, préférences et actions de tous les acteurs impliqués. Mais à nos yeux, ceci était ni utile ni réaliste puisque dans le contexte normal de la pratique professionnelle et aussi de la recherche en santé publique une vision aussi large et approfondie des enjeux est difficilement accessible. Par exemple, on imagine difficilement les fabricants de produits du tabac dévoiler candidement leurs stratégies d'action publique, ni les politiciens décliner dans les moindres détails l'ensemble des enjeux qui balisent leurs décisions d'agir ou non sur le problème du tabac.

Mais en dépit de ce choix délibéré pour la perspective des acteurs de la santé publique, nous avons tenté de poser un regard aussi détaché que possible sur les données recueillies. Sur la base du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith, nous avons analysé les différentes visions du problème du tabac et de ses solutions défendues par les acteurs impliqués dans le processus d'adoption de la loi. Il ne s'agissait pas pour nous de juger ces discours en fonction de leur adéquation à une réalité ou des

faits jugés objectifs mais plutôt d'observer leur efficacité à convaincre les décideurs politiques et à orienter l'intervention du gouvernement sur le problème du tabac. Cette approche nous permet ainsi de démontrer aux lecteurs que lors du dénouement de la crise de la contrebande de cigarettes en 1994, le discours des promoteurs de mesures antitabac était nettement désavantagé face aux arguments en lien avec les préoccupations économiques et de maintien de l'ordre public de leurs opposants. Cette précision faite, il est clair que la contribution de cette thèse s'inscrit dans un objectif à moyen terme d'amélioration des actions publiques des promoteurs de la santé contre le tabac et plus largement pour des politiques favorables à la santé. C'est donc en tenant compte des préférences et choix signalés ici que la valeur de cette thèse devrait, à notre avis, être appréciée.

#### ***1.4 Le caractère sensible des résultats de la thèse***

La nature des données traitées dans le cadre de cette thèse mérite que nous nous attardions brièvement sur les enjeux de leur collecte et analyse. Signalons que notre recherche s'est déroulée dans un contexte où nous avons dû tenir compte des inquiétudes exprimées par différents répondants quant à l'impact de la divulgation de nos résultats sur la capacité des organisations du réseau gouvernemental de santé publique à intervenir dans l'avenir sur la politique tabac. Certains intervenants antitabac se sont dits inquiets que les fabricants de tabac s'approprient nos résultats afin de discréditer les interventions de la santé publique. Il aurait été en effet concevable que les fabricants ou leurs alliés fassent un scandale de la stratégie d'action publique financée par des organisations gouvernementales. Cette inquiétude était fondée. Des accusations de lobbying illégal ont déjà été formulées à l'endroit d'organisations gouvernementales de santé publique (Bialous, Fox & Glantz, 2001). En Nouvelle-Zélande, par exemple, le ministre de la Santé a dû répondre des décisions de son ministère de financer, à partir de fonds publics, des interventions menées par des organisations non gouvernementales afin de convaincre les membres du parlement d'appuyer un projet de loi antitabac (Anonyme, 2003a; b).

Cela dit, pour la majorité des personnes rencontrées, la divulgation de l'expérience du système de santé publique québécois ne soulevait pas de véritables enjeux. Règle générale, on considérait que le contexte n'était plus favorable aux fabricants et qu'ils n'étaient pas dans leur intérêt de soulever cette question. Rendre publique cette histoire n'aurait selon eux que fait ressortir encore plus clairement l'isolement des fabricants dans leur opposition aux mesures antitabac. On était également d'avis que suffisamment de temps avait passé depuis l'adoption de la loi, soit près de quatre années, pour qu'un quelconque tort soit causé à qui que ce soit. Enfin, on soulignait que l'industrie avait largement perdu son ascendance sur le gouvernement.

Nous avons donc effectué cette recherche tout en envisageant la possibilité de censurer une partie des résultats. Ce scénario n'a heureusement pas eu à être mis en branle puisque suite à la lecture d'une version préliminaire des sections résultats de cette thèse, les répondants qui avaient signalé leur inquiétude ont tous donné leur accord pour la diffusion. Il faut dire qu'entre le moment où nous avons amorcé cette recherche et celui où nous avons transmis une version préliminaire de nos résultats, le contexte politique avait changé. En effet, à l'automne 2004, le gouvernement du Québec a agréablement surpris la communauté antitabac en mettant sur la table un projet de loi visant à renforcer la *Loi sur le tabac* de 1998 (Province de Québec, 2005). Cette annonce a, en quelque sorte, confirmé la volonté du nouveau gouvernement Libéral, successeur du Parti québécois qui avait parrainé la loi précédente, de lutter contre le tabagisme et le déclin de l'ascendance de l'industrie du tabac sur les orientations de la politique tabac du Québec.

Mais ce feu vert donné par nos répondants ne nous a pas amené à négliger le caractère sensible des résultats. Bien qu'il soit pour ainsi dire exclu que leur divulgation puisse causer quelque préjudice que ce soit à nos répondants ou aux organisations pour lesquelles ils oeuvrent; le fait est que le groupe d'acteurs du secteur de la santé qui a pris part aux interventions pour favoriser la *Loi sur le tabac* comporte peu d'individus. Il nous est donc apparu nécessaire de prendre des précautions additionnelles qui se reflètent dans le mode de présentation des

résultats. Ainsi, alors que la plupart des études qui font appel à des témoignages de répondants vont citer leurs sources soit par un code d'entrevue (par exemple : entrevue #1) ou même par le nom du répondant, nous référons plutôt aux auteurs des extraits de témoignages par de larges catégories d'acteurs tel *un professionnel d'organisation du réseau gouvernemental de la santé publique*. À nos yeux, ce mode de référence est moins susceptible de trahir l'identité de nos répondants que ne l'aurait été un code. Ce choix explique également pourquoi, tout en faisant abondamment référence à nos sources documentaires, nous avons retiré toute mention à nos répondants. L'avoir fait, il aurait alors été relativement aisé d'identifier, par déduction, nos répondants en compilant pour chacun des codes d'identification la nature des aspects documentés.

### **1.5 Le déroulement de l'exposé de la thèse**

Nous amorçons l'exposé de cette thèse par un état des connaissances sur notre problème de recherche. Nous décrivons ensuite notre appareillage conceptuel, ce qui nous permettra de démontrer la nécessité de recourir à deux corpus théoriques, ceci afin de tirer l'essentiel de la richesse de l'expérience québécoise d'action publique en réduction du tabagisme.

Le processus sous-jacent à l'adoption de la loi présenté dans cette thèse est complexe. C'est pourquoi, après avoir présenté les éléments méthodologiques qui ont guidé cette recherche, nous présenterons dans le chapitre 5 un bref récit des événements qui ont ponctué l'histoire de l'intervention du gouvernement du Québec dans la problématique du tabac. Le portrait d'ensemble qui se dégagera de ce récit permettra au lecteur de mieux saisir les aspects spécifiques abordés dans les chapitres suivants. Ainsi, dans le chapitre 6, nous examinerons l'évolution de certains éléments du discours en lien avec le problème du tabac de divers acteurs encadrant la formulation des politiques tabac. Dans le chapitre 7, nous nous intéresserons aux ressources de ces acteurs. Ces ressources seront appréhendées à travers une série d'événements susceptibles d'en avoir affecté le niveau.



Suite à la lecture de ces trois premiers chapitres de résultats, le lecteur disposera des principaux éléments qui lui permettront de saisir le contexte dans lequel s'inscrivent les choix et préférences des promoteurs de la *Loi sur le tabac*. Le chapitre 8 traite ainsi de l'organisation des efforts entrepris pour favoriser l'adoption de la loi en examinant tout particulièrement les alliances entre les différents acteurs. Nous terminons cet exposé des résultats par une synthèse qui appelle à une réflexion globale sur le processus de changement de la politique tabac du Québec et sur la capacité d'intervention des promoteurs de mesures de réduction du tabagisme. Enfin nous concluons la thèse par une discussion générale sur les leçons à tirer de l'application de notre cadre conceptuel au cas de l'expérience québécoise.

## **Chapitre 2 Recension des écrits**

Notre état des connaissances se structure selon trois axes. Dans le premier, nous examinerons le traitement accordé à la question des politiques publiques par la santé publique et plus précisément par le Mouvement de promotion de la santé. Suivra, dans le deuxième axe, un examen de la littérature sur les actions législatives en réduction du tabagisme. Nous serons ainsi en mesure d'identifier les lacunes dans les études réalisées jusqu'à maintenant sur la question des politiques touchant le tabac et seront mieux à même de faire ressortir le mérite d'un recours à des approches davantage rigoureuses sur le plan conceptuel. Le troisième axe portera sur la modélisation du changement dans les politiques publiques par les théoriciens des sciences politiques. L'examen de ces travaux nous permettra d'apprécier les occasions pour les acteurs de santé publique de se doter de meilleurs outils conceptuels pour appréhender la question de l'action publique.

### ***2.1 L'action de santé publique sur les politiques de santé***

Depuis la publication de la théorie des germes de Pasteur en 1878, les efforts pour améliorer et préserver la santé des populations ont été dominés par un important courant de médicalisation des pratiques (Freedman, 1999). En effet, la perspective de pouvoir agir directement sur les agents pathogènes et de se protéger ainsi plus efficacement des épidémies a détourné l'attention des autorités de santé publique des approches privilégiant l'action sur les conditions socio-environnementales en amont de causes plus directes de la maladie. Sans délaisser les stratégies misant sur des interventions axées sur les caractéristiques délétères des milieux de vie (par

exemple les grands travaux d'ingénierie civile pour assurer l'approvisionnement en eau potable et évacuer les eaux usées), les autorités de santé publique vont s'intéresser de plus en plus à la mise en oeuvre de stratégies davantage axées sur les individus telles la vaccination et le développement d'un système de soins curatifs; stratégies qui ont eu pour corollaire une centralisation des efforts dans un cadre médico-clinique.

Après la deuxième guerre mondiale, l'émergence des maladies chroniques et l'identification d'une série de facteurs de risque comportementaux (tabagisme, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires) aura pour effet d'accentuer le processus de médicalisation des efforts de santé publique (Kickbusch, 1986). Dès lors, au cours des années 60-70, plusieurs programmes viseront l'action sur les facteurs de risque par la modification de caractéristiques individuelles telles les connaissances, attitudes et habiletés. Ces programmes s'avèreront souvent décevants. Les grands programmes américains de prévention des maladies cardiovasculaires contribueront notamment à mettre en évidence l'impact limité des stratégies psycho-comportementales mises de l'avant (Schwab & Syme, 1997; Stokols, 1996; Winkleby, 1994). Qui plus est, ces stratégies apparaissent engendrer des effets pervers. On observe, par exemple, une répartition inégale des effets obtenus dans les différentes strates des populations ciblées. Les individus appartenant aux classes socio-économiques moyennes et supérieures ressortent ainsi plus enclins à adopter des habitudes de vie plus saines que ceux des classes défavorisées (Green & Kreuter, 1999; Green & Richard, 1993); une situation qui contribue à accroître les inégalités sociales de santé. Plusieurs auteurs (Becker, 1986; McLeroy, *et al.*, 1988; Minkler, 1989) critiquent également ces stratégies de modifications des caractéristiques individuelles sur la base qu'en ne s'attaquant pas aux déterminants socio-économiques et environnementaux plus larges se sont les individus que l'on pointe du doigt. Ce qui implique qu'on tend à blâmer pour leurs maux des personnes dont les conditions d'existence restreignent précisément les occasions d'adopter des habitudes de vie plus saines.

À compter de la fin des années 1970, cette remise en cause des approches psycho-comportementales pour prévenir la maladie, portée par le Mouvement de promotion de la santé, a donné corps à un projet alternatif dont les principaux éléments sont présentés dans la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (WHO, 1986). La Charte souligne le rôle fondamental que jouent les déterminants socio-économiques et environnementaux comme conditions préalables à la santé des populations. Ce document qui demeure encore aujourd'hui une référence clé des promoteurs de la santé pose l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé comme l'un des piliers de la stratégie d'action du mouvement. L'importance d'agir par l'entremise de politiques publiques favorables à la santé va être réitérée deux ans plus tard dans le cadre de la Deuxième conférence internationale sur la promotion de la santé (WHO, 1988)

« Healthy public policy is characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and by an accountability for health impact. The main aim of health[y] public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes health choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environments health-enhancing. In the pursuit of healthy public policy, government sectors concerned with agriculture, trade, education, industry, and communications need to take into account health as an essential factor when formulating policy. These sectors should be accountable for the health consequences of their policy decisions. They should pay as much attention to health as to economic considerations » (WHO, 1988)

Pour Milio (1991) l'impact d'une politique publique saine sur la santé de la population s'explique par le fait qu'une telle politique :

« sets the range of possibilities for the choices made by public and private organizations, commercial and voluntary enterprises, and individuals. [...] Public policy then becomes a prime approach to creating the conditions and relations that can nurture health [...] policies should make healthful choices easy (less costly in various ways) and damaging choices difficult (high in monetary and other costs) to the chooser, whether a corporate body or individual ». (pp. 8-9)

La mise en place de politiques publiques favorables à la santé ne va pas sans difficultés. La littérature fait état de plusieurs barrières auxquelles sont susceptibles de se heurter les acteurs des organisations gouvernementales de santé publique qui

voudraient agir en ce sens. On rapporte par exemple que ces acteurs ne se sentent pas outillés pour ce type d'action (Badovinac, 1997; Baum & Sanders, 1995; O'Neill, 1989; Richard, Breton, *et al.*, 1999; Schwartz, Goodman & Steckler, 1995).

La nature des connaissances sur lesquelles se fondent les actions de la santé publique est également pointée du doigt en raison de son caractère jugé inadéquat dans le contexte de la prise de décision politique (Bleakley & Ellis, 2003; Bryant, 2002; Lavis, 2002; Lavis, Farrant & Stoddart, 2001). Des pistes de solutions ont été avancées notamment avec le développement récent du *health impact assessment*, c'est-à-dire, une pratique évaluative qui vise à informer les choix des décideurs dans l'élaboration des politiques en établissant leurs impacts présents et potentiels sur la santé des populations (Kemmm, 2001; Mittelmark, 2001). Le *health impact assessment* se veut également un outil pour informer sur les différentes options qui s'offrent aux décideurs (Kemmm, 2001).

Un certain nombre de chercheurs reconnaissent toutefois que les choix malheureux des décideurs à l'égard de la santé des populations ne peuvent s'expliquer uniquement par une carence en information. On reconnaît ainsi l'existence d'un fossé entre l'idéologie et les valeurs prônées par le mouvement de promotion de la santé et celles portées par les décideurs (Bleakley & Ellis, 2003; Bryant, 2002; Milewa, 1996; Mittelmark, 1999; O'Neill & Pederson, 1992; Scott, Thurston & Crow, 2002). Faire face à cette barrière requiert donc de sensibiliser les décideurs aux valeurs du mouvement (Mittelmark, 1999).

« Of the health promotion actions mentioned above, perhaps the most central, and the most challenging, is the building of healthy public policies in many sectors of society. The special challenges for health promotion are to find ways to instill health promotion values in policy arenas where such values are not usually acknowledged and to better understand the human dimension in policy-making processes. It is not easy to change people's fundamental ideas about society, policy, and health. Assignment of responsibility to the health sector and victim-blaming are difficult to defeat ». (p. S27) (Mittelmark, 1999)

Bryant (2002) qui tire des sciences sociales sa perspective de l'analyse des politiques voit également une difficulté en ce sens et met en garde les promoteurs de la santé contre ce qu'elle qualifie de paradigme politique dominant.

« Health promoters should be aware of the current dominant policy paradigm and the barriers to change that it may present. For example, it may be difficult to persuade a government of the value of the social determinants of health in developing policy when the dominant paradigm in health policy is the biomedical approach. The dominant advocacy coalition in the health policy community may be institutions such as hospitals, health professions and the pharmaceutical industry, all of whom benefit from the biomedical approach and have the ears of government. Similarly, neo-liberal governments will not be receptive to knowledge concerning the important role of income inequality upon population health, whatever the empirical evidence may be ». (p. 97) (Bryant, 2002)

On souligne aussi que les promoteurs peuvent être confrontés à des gouvernements dont les positions idéologiques s'expriment par des politiques prônant les responsabilités individuelles au détriment des causes structurelles de la maladie (Leichter, 1991; Milewa, 1996). Dans un même ordre d'idées, les organisations gouvernementales détenant un mandat de santé publique peuvent se voir imputer un rôle marginal dans la gestion des affaires de l'État (O'Neill, 1989) et voir leurs préoccupations occultées par les aspects liés aux services curatifs (Florin, 1998).

Le caractère multisectoriel des politiques publiques favorables à la santé est également identifié comme une barrière à l'adoption et à la mise en oeuvre de ces politiques (Delaney, 1994; O'Neill, *et al.*, 1997; Schwartz, Goodman & Steckler, 1995). En outre, l'intérêt de la santé publique pour les politiques d'autres secteurs, n'est pas toujours bien accepté et lui mérite parfois d'être accusée d'avoir des visées impérialistes (Glouberman, 2000).

On note enfin qu'il existe de grandes variations entre les régimes politiques dans leur propension à mettre en place des politiques susceptibles de promouvoir la santé et le bien-être de leurs populations (Navarro & Shi, 2001). De plus, selon McKinlay et Marceau (2000a) le rôle de l'État, loin d'être statique, semble évoluer d'une manière qui pourrait s'avérer encore plus problématique pour la mise en place

de politiques publiques favorables à la santé: «*The state appears to be losing some of its ability to act on behalf of and protect the public health: its primary allegiance is shifting, and this will profoundly shape the content and politicoeconomic context of public health in the new millennium* » (p. 52).

Il y a donc plusieurs barrières à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Milio (1991) mentionne quelques conditions qui faciliteraient l'action de la santé publique en faveur de ce type de politiques. Du nombre, citons: un leadership politique en haut lieu, un découpage clair des responsabilités institutionnelles, un mécanisme qui facilite la collaboration, d'une part, entre les organisations gouvernementales et, d'autre part, entre les organisations, groupes non-gouvernementaux et États et, enfin, des ressources suffisantes. La mise sur pied de coalitions regroupant une variété d'organisations et d'individus est également un moyen présenté comme prometteur pour apporter des changements aux politiques de santé (Butterfoss, Goodman & Wandersman, 1996; Butterfoss, *et al.*, 1998; O'Neill, *et al.*, 1997).

Outre les différentes barrières à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé, notre recension des écrits fait ressortir le rare recours au corpus de connaissances développé par les sciences sociales et particulièrement par les sciences politiques. Cette situation, soulevée à quelques reprises (de Leeuw, 1998; 2001; Dievler & Cassady, 1998; Hawe, Wise & Nutbeam, 2001), est pour le moins singulière considérant que les sciences politiques ont, comme nous le verrons plus loin, fait des politiques publiques et des processus dans lesquelles elles s'inscrivent des objets centraux de leur programme de recherche. Abstraction faite des rares chercheurs qui ont eu recours à ces contributions théoriques (Bryant, 2002; de Leeuw, 2001; de Leeuw & Polman, 1995; Goumans & Springett, 1997; Lavis, 2002; Lavis, Farrant & Stoddart, 2001; Signal, 1998), la plupart des contributions en promotion de la santé négligent de se pencher sur ce processus ou, s'ils le font (Brownson, Newschaffer & Ali-Abarghoui, 1997; Christoffel, 2000), l'inscrivent dans un schéma de planification stratégique qui fait abstraction des barrières et

enjeux auxquels sont confrontés les acteurs politiques. Une situation qui n'a pas manqué d'être déplorée (de Leeuw, 1998; 2001; Dievler & Cassady, 1998).

« Although health education and health promotion professionals and academics often tend to pay lip service to policy development, their understanding of the intricacies of policy-making is generally naive, and does not take account of the wealth of theory development in the realm of political and policy science ». (p. 187) (de Leeuw, 2001)

Cette situation a également pour corollaire la quasi-absence de débat et incidemment de consensus sur ce que constitue une politique publique soit-elle qualifiée de favorable à la santé ou pas. La définition pré-citée de l'OMS de 1988 (qui parle de formulation des politiques et de décisions émanant des différentes entités gouvernementales) réfère au rôle de l'État mais sans qu'il soit possible de réellement distinguer ce qui constitue une politique publique de ce qui ne l'est pas. Pour ce qui est des auteurs qui font une recension des politiques envisageables, on constate que de manière implicite c'est à des mesures législatives qu'ils font référence (Green, Nathan & Mercer, 2001; Spiegel & Yassi, 2004). Cette conception étroite de la politique publique contraste fortement avec celle offerte en 1992, par O'Neill & Pederson pour qui : « *Public policy is the broad framework of ideas and values within which decisions are taken and action or inaction is pursued by governments in relation to some issue or problem* ». Ou encore de celle de Milio (2001) pour qui la politique publique « *is a guide to government action to alter what would otherwise occur* » (p. 367).

Dans l'optique de cette thèse, il faut aussi signaler que la plupart des contributions des chercheurs en promotion de la santé portent sur des interventions effectuées aux niveaux local (Williams & Labonte, 2003) et régional notamment par l'entremise du programme *Villes et villages en santé* de l'Organisation mondiale de la santé (Goumans & Springett, 1997; Milewa, 1996; O'Neill, Gosselin & Boyer, 1997). Pour ce qui est des rares analyses des politiques publiques de santé au niveau des États (de Leeuw & Polman, 1995; Milewa, 1996; Signal, 1998), (une rareté qui contraste avec l'intérêt manifeste des politologues pour le champ des politiques de soins de santé (Maioni, 1998; Tuohy, 1999)) bien que d'un intérêt certain, ces



contributions offrent toutefois peu d'outils qui permettraient aux organisations gouvernementales de santé publique d'améliorer leurs interventions sur les politiques.

## ***2.2 L'étude du changement des politiques en lien avec la problématique du tabac***

Notre recension des écrits sur l'action en matière de politiques visant la réduction du tabagisme et la protection des non-fumeurs fait ressortir trois types de contributions. Un premier type consiste en des travaux rendant compte de l'expérience d'acteurs individuels et organisationnels qui ont tenté, avec ou sans succès, de faire adopter une mesure législative par leur gouvernement (Cady, 1998; Heiser & Begay, 1997; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993; Macdonald & Glantz, 1997; Nicholl, 1998; Stebbins, 1997; Traynor & Glantz, 1996). Ces expériences sont transmises sous la forme de récits faisant état des différentes étapes du processus. Les auteurs y joignent également leur analyse des facteurs de succès/échec ce qui permet d'en tirer des leçons susceptibles d'appuyer d'autres actions de ce genre. Un deuxième type d'écrits traite de la mise en oeuvre de lois nouvellement adoptées (Bal, *et al.*, 1990; Begay & Glantz, 1997; Givel & Glantz, 2000a; Goldman & Glantz, 1999; Macdonald & Glantz, 1997; Novotny & Siegel, 1996). La structure et les objectifs de ces écrits sont sensiblement les mêmes que les précédents. Enfin, dans le troisième type, nous retrouvons des travaux faisant part d'analyses d'un facteur précis (p. ex. les préférences et intentions des politiciens) ou d'un ensemble de facteurs ayant concouru aux succès des interventions pour légiférer certains aspects liés au tabagisme (Alexander, *et al.*, 1997; Austin-Lane, Girasek & Barbour, 2004; de Guia, *et al.*, 1998; Flynn, *et al.*, 1998; Gibson, 1997; Glantz, Fox & Lightwood, 1997; Goldstein & Bearman, 1996; Goldstein, *et al.*, 1997; Gray, 1997; Shillis, *et al.*, 2003). Les auteurs basent leurs analyses sur l'examen d'un cas unique de politique ou recourent à une analyse comparative (Jacobson, Wasserman & Raube, 1993; Nicholl, 1998).

La littérature sur la réduction du tabagisme comporte peu de descriptions détaillées et d'analyses en profondeur des interventions favorisant l'adoption de lois (Studlar, 2002). Les lois examinées, essentiellement des lois d'États américains, visent principalement à restreindre le tabagisme dans les endroits publics (Macdonald & Glantz, 1997; Stebbins, 1997), à augmenter le prix du produit à travers des mesures fiscales (Heiser & Begay, 1997; Nicholl, 1998; Novotny & Siegel, 1996; Traynor & Glantz, 1996) et à limiter le droit des compagnies de promouvoir leur produit soit par la publicité ou la commandite (Borland, 1997; Holman, *et al.*, 1997).

### **2.2.1 Les stratégies des acteurs pro et anti-législation**

Les stratégies des acteurs promouvant des lois antitabac s'appuient fréquemment sur la formation d'une coalition leur permettant de coordonner leurs actions et leurs ressources. Ces coalitions tentent de susciter un débat public (Heiser & Begay, 1997) en s'appuyant sur des actions visant à sensibiliser la population par l'entremise des médias d'informations et de messages publicitaires (Cady, 1998). Une partie de leur travail consiste à construire un risque crédible aux yeux de la population (Nathanson, 1999; Stebbins, 1997) et cela au moyen d'un message clair et succinct (Cady, 1998). Elles doivent également s'assurer que les politiciens disposent d'une information claire<sup>3</sup> (Flynn, *et al.*, 1998).

De leur côté, les différentes corporations du tabac se regroupent elles aussi pour défendre et promouvoir leurs intérêts. Pour empêcher les organisations antitabac de réaliser leurs objectifs, l'industrie, en demeurant autant que possible dans l'ombre (Cady, 1998; Givel & Glantz, 2001; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993), agit sur les décideurs politiques par le biais de contributions aux caisses électorales des partis (Alexander, *et al.*, 1997; Givel & Glantz, 2001; Goldstein & Bearman, 1996; Gray, 1997) et par l'entremise de ses lobbyistes (Goldstein & Bearman, 1996; Gray,

---

<sup>3</sup> Une autre stratégie déployée surtout aux États-Unis et que nous n'aborderons pas dans ce document est celle des poursuites légales contre les fabricants de tabac sous la forme de recours collectifs (Glantz, Fox & Lightwood, 1997; Parmet & Daynard, 2000).

1997; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993). L'industrie met également sur pied des organisations de façade défendant les soi-disant intérêts d'un secteur économique (petits marchands, restaurants, bars, etc.) des impacts néfastes d'une loi sur le tabagisme (Givel & Glantz, 2001). La véritable fonction de ces organisations est toutefois de réorienter le débat vers des considérations autres que la santé (Cady, 1998; Givel & Glantz, 2001; Gray, 1997; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993; Menashe & Siegel, 1998; Traynor & Glantz, 1996; Tsoukalas & Glantz, 2003b). Cette stratégie est essentielle alors que les dangers du tabagisme sont bien connus, scientifiquement appuyés et que les risques ne sont plus uniquement portés par les fumeurs mais aussi par les gens qui partagent leur environnement (Nathanson, 1999). Les fabricants peuvent enfin tenter de modifier le contenu des lois pour y insérer des clauses préemptoires. Ces clauses, adoptées dans plusieurs États américains, interdisent aux entités juridiques inférieures (entités municipales, régionales) d'adopter des mesures plus restrictives que celles statuées dans la loi de l'État. Certaines populations ont ainsi vu leurs réglementations municipales sur le tabagisme révoquées au profit d'une nouvelle loi d'État moins restrictive (Gorovitz, Mosher & Pertschuk, 1998).

Il faut noter que la résistance de l'industrie à la réglementation du tabagisme se poursuit au-delà de l'adoption des mesures législatives. Plusieurs auteurs signalent ses actions de neutralisation de l'impact des lois (Macdonald & Glantz, 1997) soit en influençant leur contenu ou en affectant la mise en oeuvre de ces mesures en agissant par exemple sur les budgets qui leur sont dédiés (Balbach & Glantz, 1998; Malone, 2002; Tsoukalas & Glantz, 2003b). Par conséquent, l'adoption d'une loi ne peut être considérée comme une fin en soi; sa mise en oeuvre n'étant pas nécessairement assurée.

### **2.2.2 Les facteurs de succès associés aux changements de politiques**

La littérature fait également part de différents facteurs susceptibles de favoriser l'adoption de mesures législatives de réduction du tabagisme ou de protection des

non-fumeurs. Nous les présentons en les classant arbitrairement en deux catégories soit: les facteurs associés à l'action des acteurs et les facteurs dits conjoncturels.

L'ensemble des descriptions et analyses consultées insiste sur l'importance que les promoteurs s'organisent à l'intérieur d'une coalition bien établie.(Balbach & Glantz, 1998; Balbach, Traynor & Glantz, 2000; Bero, *et al.*, 2001; Cady, 1998; Jacobson & Wasserman, 2001; Macdonald & Glantz, 1997; Nicholl, 1998; Traynor & Glantz, 1996). En fait, la mise sur pied d'une telle organisation apparaît comme la seule condition véritablement nécessaire au succès des efforts. Cette coalition doit disposer d'une direction ferme pour imprimer une orientation solide à la stratégie (Cady, 1998; Heiser & Begay, 1997), s'assurer de la collaboration d'experts sur les plans légal et politique (Cady, 1998; Nathanson, 1999; Nicholl, 1998) et appuyer sa stratégie sur la conduite de sondages de l'opinion publique et de groupes de discussion (Cady, 1998; Nicholl, 1998). Plusieurs auteurs insistent également sur la nécessité de disposer d'un financement suffisant (Cady, 1998; Nicholl, 1998; Traynor & Glantz, 1996).

L'organisation des efforts au sein d'une coalition peut poser certaines difficultés. Par exemple, Macdonald & Glantz (1997) documentent des problèmes de consensus sur le contenu de la loi, alors que Traynor et Glantz (1996) témoignent des difficultés des membres d'une coalition de s'entendre sur le partage des avantages tirés de la mise en oeuvre de la loi ainsi que sur les contributions en ressources exigées de ceux-ci. Ces mêmes auteurs font également état de la défection de l'une des organisations membres de la coalition.

Sur la question du financement des efforts, il est utile de préciser que l'enjeu pour une coalition n'est pas d'investir autant dans la campagne politique que l'industrie du tabac peut le faire. Traynor & Glantz (1996) nous offrent un aperçu des sommes investies. Ainsi, en Californie, l'action en faveur de la «Proposition 99» s'est gagnée avec un investissement de 1,6 millions \$US des antitabac contre 21,4 millions de l'industrie; pour la «Question 1» au Massachusetts, c'est 885 000\$ contre 7 millions, 1,2 millions contre 5 au Michigan et 1,9 millions contre 5,8 en

Arizona. Les auteurs signalent cependant le cas du Colorado où la coalition antitabac a été défaite alors qu'elle n'avait investi que 225 000\$ et l'industrie 5,4 millions.

L'action de la coalition antitabac sera plus efficace si elle peut s'allier à celle de différents partenaires. Ainsi le parrainage de l'action législative par un membre de la législature constitue un atout de taille dans la mesure où il pourra faire profiter la coalition de ses contacts avec les autres politiciens et avec les représentants de différents secteurs d'activité (Jacobson, Wasserman & Raube, 1993; Macdonald & Glantz, 1997). De manière générale, l'appui d'un nombre important d'organisations (Cady, 1998; Nathanson, 1999) de différentes sphères d'activités (élus, agences gouvernementales, groupes d'intérêts, chercheurs) (Balbach & Glantz, 1998; Dievler & Cassady, 1998), incluant des partenaires présents sur le terrain (Balbach, Traynor & Glantz, 2000; Cady, 1998) est susceptible de favoriser l'adoption d'une politique.

À ces facteurs, il faut ajouter des éléments plus conjoncturels. À prime abord une population défavorable au tabagisme (Heiser & Begay, 1997; Stebbins, 1997) et qui appuie dans une large proportion l'adoption d'une politique de réduction du tabagisme constitue un facteur de réussite essentiel (Nicholl, 1998; Traynor & Glantz, 1996). La popularité de la loi auprès du public est également un élément important. Par exemple, l'affectation d'une partie des revenus de la taxe générée par la *Proposition 99* à des programmes d'éducation et de prévention du tabagisme s'est avérée une mesure populaire (Traynor & Glantz, 1996). Il va sans dire qu'une couverture médiatique favorable aux arguments des promoteurs de la loi ainsi que l'impopularité de l'industrie du tabac sont des facteurs non négligeables (Cady, 1998; Nicholl, 1998; Traynor & Glantz, 1996). Il faut toutefois signaler qu'un tel appui ne constitue pas une condition suffisante; des campagnes pour l'adoption de lois ont échoué malgré le respect de cette condition (Cady, 1998; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993).

Le soutien des élus à la mesure est également important (Balbach & Glantz, 1998; Goldstein, *et al.*, 1997; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993; Stebbins, 1997), mais ce soutien requiert d'emblée que les politiciens soient convaincus de la popularité de la loi chez les citoyens (Flynn, *et al.*, 1998; Gray, 1997), de la gravité du problème et de l'efficacité des mesures de lutte (de Guia, *et al.*, 1998). Il apparaît également qu'un représentant politique d'une région productrice de tabac sera moins enclin à appuyer les acteurs antitabac à moins que ne soit prévu dans la loi des mesures d'aide aux agriculteurs (Goldstein & Bearman, 1996). Les contributions de l'industrie aux caisses électorales des partis (Alexander, *et al.*, 1997; Givel & Glantz, 2001; Gray, 1997; Luke & Krauss, 2004) et l'idéologie du parti auquel appartient le politicien (Cohen, *et al.*, 2000; de Guia, *et al.*, 2003; Flynn, *et al.*, 1998; Gottlieb, *et al.*, 2003) constituent aussi des explications données à la résistance des élus à appuyer l'adoption de nouvelles lois. Ces barrières peuvent toutefois être contournées grâce à l'existence, au niveau de l'État, d'un mécanisme de démocratie directe tel que l'initiative populaire<sup>4</sup>. Ce mécanisme apparaît représenter un net avantage lorsqu'il s'avère nécessaire de déjouer l'inaction des membres de la législature (Heiser & Begay, 1997; Nicholl, 1998).

Enfin, on signale également comme facteur susceptible de favoriser l'adoption de mesures législatives de réduction du tabagisme le fait que des municipalités du territoire réglementent déjà cet aspect (Cady, 1998; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993). Une situation que Macdonald & Glantz (1997) expliquent par l'occasion qu'offrent les règlements locaux d'éduquer la population aux dangers du tabagisme.

---

<sup>4</sup> Nicholl (1998) signale que seulement 50% des États des États-Unis offrent à leurs citoyens la possibilité d'initier un vote référendaire.

### 2.2.3 Considérations sur la littérature en réduction du tabagisme

Plusieurs constats se dégagent de ce deuxième axe de notre recension des écrits portant sur l'action publique en matière de réduction du tabagisme.

Les analyses se font strictement sous l'angle des intérêts des différents acteurs impliqués. Cette situation confère une perspective manichéenne aux analyses, i.e. l'industrie du tabac et une partie des acteurs politiques y apparaissant exclusivement préoccupés par les enjeux économiques. Quelques chercheurs semblent toutefois adopter une autre approche en s'interrogeant sur les attitudes et convictions idéologiques des politiciens et à leurs perceptions des priorités auxquelles doit répondre leur mandat (Cohen, *et al.*, 2002; Cohen, *et al.*, 2000; de Guia, *et al.*, 1998; de Guia, *et al.*, 2003; Flynn, *et al.*, 1998; Goldstein, *et al.*, 1997; Gottlieb, *et al.*, 2003; Nathanson, 1999; Studlar, 2002).

Dans la très grande majorité des cas, l'action sur les politiques est analysée sur une courte période, soit de deux à trois années de la création de la coalition à l'adoption de la disposition législative. Quelques études s'intéressent également aux années suivant la mise en oeuvre. On trouve cependant une exception notable chez Nathanson (1999) qui analyse le cas des politiques tabac américaines à travers l'historique des mouvements sociaux qui les ont portées.

Les descriptions de campagnes pour promouvoir l'adoption des politiques ne sont pas guidées par des modèles théoriques. Elles se présentent pour la plupart sous la forme de récits faisant état des stratégies mises de l'avant de part et d'autre des protagonistes. De tous les récits examinés, seuls Studlar (2002), Nathanson (1999) et Sato (1999) s'appuient véritablement sur des conceptualisations des processus. De plus, il faut signaler que nous n'avons pas trouvé d'outil de planification des actions à l'égard des politiques tabac. Studlar (2002) note d'ailleurs que les sciences politiques ont presque totalement ignoré la problématique du tabac laissant la conduite de ce type de recherche aux chercheurs en santé publique.

Autre constat, la contribution des organisations gouvernementales de santé publique dans les politiques tabac est décrite comme absente ou très modeste se limitant à quelques conférences de presse (Jacobson, Wasserman & Raube, 1993), une situation qui contredit l'importance stratégique que les analystes accordent aux témoignages d'appui de ces organisations et des autres organisations du monde de la santé aux projets de loi (Brown, 1997; Cady, 1998; Hann, *et al.*, 2004; Ibrahim, Tsoukalas & Glantz, 2004; Jacobson & Wasserman, 2001; Jacobson, Wasserman & Raube, 1993; Traynor & Glantz, 1996; Tsoukalas & Glantz, 2003b). On retrouve quelques pistes d'explication de l'absence de cet acteur; la plupart se résumant au problème du contrôle politique. Par exemple, Balbach (1998) explique l'inaction de la santé publique d'un état américain par le fait qu'à sa tête figure un acteur désigné par le gouvernement. Ainsi, la relative indépendance des organisations gouvernementales de santé publique face au pouvoir politique serait susceptible de favoriser leur contribution au niveau des politiques tabac (Nathanson, 1999).

Enfin, les analyses portent majoritairement sur des cas provenant des États-Unis. Ceci pose un problème évident de généralisation des leçons aux contextes canadien et québécois. Les quelques analyses canadiennes de changement de politique consultées, portent le plus souvent sur les règlements municipaux (Andersen, Begay & Lawson, 2003; Brigden, Peck & Coy, 1993; Drope & Glantz, 2003; Fleiszer, Leroux & Mee, 1996; Pederson, Bull & Ashley, 1996; Pipe, 1998; Ying, Abernathy & Choi, 1995) et moins sur les efforts visant les politiques tabac au niveau provincial ou fédéral (Alexander, *et al.*, 1997; Gray, 1997; Rathjen, 1997; Studlar, 2002).

À la lumière des lacunes identifiées dans la littérature, il est impératif que les acteurs de la santé publique s'interrogent davantage sur les facteurs et stratégies susceptibles de favoriser l'adoption de mesures législatives plus à même d'agir sur les habitudes tabagiques des populations. Ce besoin pressant du champ de la santé publique est d'ailleurs formulé par Jacobson, Wasserman et Anderson (1997). Allant dans le même sens, Mckinlay & Marceau (2000b) voient dans l'expérience



de l'échec des efforts de 1998 à l'égard du Tobacco Control Bill une occasion d'avancer la pratique en santé publique:

« US public health has an opportunity to gain some advantage from the tobacco episode—the event provides a vivid case study of the politics of public health. All of the major players were on the field of battle and publicly exposed. We know what levels of financial support were received, from which interest groups, and with what results. We know who teamed with whom in pursuit of what strategies. What the US public health learns from its recent encounter with the tobacco establishment will prove helpful in future encounters with other such groups—for example, the gun lobby, the automobile and food industries, and private health insurance. » (p. 760)

Or, pour tirer de véritables leçons des actions publiques conduites par les organisations de santé publique gouvernementales, il faudra faire appel à des théories et modèles conceptuels qui permettront de mieux appréhender les dynamiques et enjeux en cause. Dans la prochaine section, nous explorerons les différentes contributions des sciences politiques en cette sphère ; un exercice qui nous permettra de sélectionner un modèle pour guider notre recherche.

### ***2.3 Les sciences politiques et l'étude des changements de politique***

Depuis les travaux de Lasswell qui dans les années 50 a en quelque sorte fondé le champ de l'analyse politique (deLeon, 1999), les travaux d'analyse des politiques publiques se sont multipliés pour offrir une image de plus en plus complexe des facteurs et dynamiques en cause. Dans cette dernière section de notre recension des écrits, nous allons aborder les principaux enjeux auxquels sont confrontés les analystes des politiques publiques, ce qui nous permettra de tirer une perspective de ce champ d'analyse applicable aux fins de cette recherche. Dans ce qui suit, trois enjeux apparaissent particulièrement saillants soit : (1) la définition de l'objet d'étude, (2) la délimitation du groupe d'acteurs et (3) la perspective adoptée pour analyser le processus en lien avec les politiques publiques.

Nous terminerons cette section en examinant quelques contributions des politologues à l'égard de la compréhension des facteurs en lien avec l'émergence et le changement des politiques publiques.

### 2.3.1 Définir les politiques publiques

Une première difficulté de l'analyse des politiques publiques tient dans la définition de cet objet d'étude. Cette difficulté est visible lorsqu'on prend connaissance de la très grande diversité de définitions données aux politiques publiques. Par exemple, Anderson (1990) les définit comme: « *A purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter of concern* » en précisant que celles que l'on qualifie de publiques: « *are those policies developed by governmental bodies and officials* » (p. 5). Gerston (1997) parle d'une: « *combination of basic decisions, commitments, and actions made by those who hold or affect government positions of authority* » (p. 7). Howlett & Ramesh (1995) citent la définition de Dye (1972): « *anything a government chooses to do or not to do* » (p. 4) puis celle de Jenkins (1978): « *a set of interrelated decisions taken by a political actor or group of actors concerning the selection of goals and the means of achieving them within a specified situation where those decisions should, in principle, be within the power of those actors to achieve* » (p. 5) pour ensuite y aller de la leur: « *public policy is a complex phenomenon consisting of numerous decisions made by numerous individuals and organizations. It is often shaped by earlier policies and is frequently linked closely with other seemingly unrelated decisions* » (p. 7).

Cette diversité des définitions découle essentiellement du parti pris théorique respectif à chacun des auteurs. Lemieux (1995) montre d'ailleurs qu'il est possible de classer les différentes définitions selon que leurs auteurs mettent davantage l'accent sur les activités, les acteurs, les problèmes ou les solutions.

### 2.3.2 Les acteurs du changement

Une seconde difficulté de l'analyse des politiques publiques relève de la délimitation du groupe d'acteurs à la base des politiques. Un certain nombre de perspectives ont été mises de l'avant qu'il est possible de classer en fonction des catégories d'acteurs prises en compte. Considérées sur un spectre, on retrouve à une de ses extrémités les perspectives élitistes du groupe d'acteurs, c'est-à-dire, qui circonscrivent de manière très restreinte le groupe d'acteurs en cause. Au contraire, à l'autre extrémité, on retrouve les perspectives dites pluralistes qui souscrivent à une conception très large du groupe d'acteurs. Selon la perspective élitiste, les acteurs qui détiennent le pouvoir pour mettre en œuvre le changement de politique publique occupent des positions clés dans l'appareil politique qui contrôle le gouvernement ainsi que dans les institutions de l'État. Ce groupe d'acteurs compte aussi des représentants de groupes d'intérêt détenant des entrées dans le gouvernement. De leur côté, les tenants des perspectives dites pluralistes posent le changement comme résultant de l'action d'un très large groupe d'acteurs évoluant non seulement à l'intérieur du gouvernement (Mény & Thoenig, 1989; Muller, *et al.*, 1996), mais également dans les différentes institutions et organisations de la société civile.

Ces deux perspectives générales des acteurs à la base de la formulation des politiques publiques ont été l'objet de critiques. On le devine, les perspectives élitistes (parfois désignées *State-centred approach*) ont été critiquées parce qu'elles posaient l'État comme une entité détachée de la société civile (Hall, 1993; Jobert, 1985). On critique également la vision *top-down* du pilotage du changement des politiques publiques (Litfin, 2000) en arguant entre autres que les bureaucraties peuvent faire obstacle à la mise en œuvre des politiques (Bergeron, Surel & Valluy, 1998) et que les règles ne sont pas toujours définies par les autorités à la tête de l'État (Heckathorn & Maser, 1990). Heckathorn et Maser (1990) vont même plus loin en affirmant que les: «*coercive functions of the state derive from the demands of the polity, not from the intentions of the governors*» (p. 1104). Bref, autant d'éléments contestés qui font dire à certains auteurs que les études

centrées sur les élites politico-administratives sont de portée limitée (Muller, *et al.*, 1996)

À l'autre extrême, les perspectives pluralistes du changement des politiques publiques n'échappent pas pour autant aux critiques. On leur reproche principalement le fait qu'elles reconnaissent peu d'initiative aux décideurs qui œuvrent au sein du gouvernement (Walt, 1994) et que leurs tenants négligent le fait que certains groupes d'acteurs jouissent d'une ascendance plus grande sur le processus décisionnel que d'autres (Curtis & Taket, 1996).

Au cours des dernières années, les confrontations entre ces deux visions opposées des acteurs à la base du changement des politiques publiques, ont donné lieu à différentes tentatives de conciliation des perspectives élitistes et pluralistes (Hall, 1993; Hecl, 1974; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). De manière générale, ces contributions reconnaissent l'influence d'un large groupe d'acteurs individuels et institutionnels (journalistes, représentants de groupes d'intérêts, fonctionnaires et politiciens) actifs au sein et à l'extérieur de l'État tout en reconnaissant que ces acteurs ne jouissent pas de la même capacité d'influence.

### **2.3.3 Les processus en lien avec les politiques publiques**

Enfin, une troisième difficulté soulevé par l'analyse des politiques publiques découle de la modélisation du processus en lien avec les politiques. Sur la base des travaux fondateurs de Lasswell (deLeon, 1999; Lasswell, 1956; 1971), ce processus était traditionnellement analysé par l'entremise d'une succession d'étapes (ex. mise à l'agenda du problème, formulation, adoption, mise en œuvre et évaluation de la politique (Studlar, 2002)) permettant ainsi de suivre une politique publique de ses premiers balbutiements à son abandon. Cette approche dite séquentielle<sup>5</sup> (ou *Stage heuristic*) a largement dominé le champ des sciences politiques (deLeon, 1999) et cela au moins jusqu'à la fin des années 70.

---

<sup>5</sup> Nous empruntons ici le terme utilisé par Bergeron et al (1998).

L'approche séquentielle pose que les choix et préférences des acteurs suivent un modèle rationnel de prise de décision. Lasswell (1977) qui utilise le postulat de la maximisation des bénéfices soutient que les acteurs sont principalement motivés par la poursuite de leurs intérêts personnels. Bien que cette approche a le mérite de permettre un découpage du processus derrière les politiques publiques, elle a bientôt fait de montrer ses limites. Ainsi, on lui reproche son schéma trop linéaire (deLeon, 1999; Studlar, 2002), (les étapes ne se succèdent pas toujours dans cet ordre (Litfin, 2000; Muller, 2000)) le risque qu'elle fait courir de perdre de vue la globalité du processus (deLeon, 1999) et sa propension à conférer au processus un caractère davantage rationnel que ce qui est observé sur le terrain (Studlar, 2002). Ainsi, les acteurs en poursuivant leurs intérêts devraient s'inscrire dans une volonté de maximisation de leurs bénéfices; une position infirmée, par exemple, par l'analyse de Litfin (2000) du cas de l'évolution de la politique canadienne sur les changements climatiques. Par ailleurs, Kriesi et Jegen (2000) signalent que la rationalité instrumentale, c'est-à-dire s'appuyant sur un calcul coût-avantage, côtoie également une rationalité axée sur les valeurs et pour laquelle les coûts ne sont pas nécessairement pris en compte. D'autre part, la vision institutionnelle de cette approche, c'est-à-dire, étroitement inscrite dans les structures constitutionnelles de l'État et de son pilotage *top-down* des politiques publiques, lui a mérité essentiellement les mêmes critiques que celles adressées aux perspectives élitistes. En somme, le modèle n'apparaît pas rendre compte de la réalité de manière satisfaisante (Lemieux, 1995).

Ces dernières années, les sciences politiques ont été la scène de ce que certains qualifient de renouveau du champ de l'analyse politique (Muller, *et al.*, 1996). On a ainsi pu voir émerger une nouvelle perspective, qualifiée de post-positiviste (Fenger & Klok, 2001; Howlett & Ramesh, 1998), du changement des politiques publiques. Cette perspective a donné lieu au développement de différentes approches (Hall, 1993; Hecló, 1974; Sabatier, 1988) que l'on peut regrouper autour de certains éléments fondamentaux.

Un élément central est l'intégration du rôle des idées, des croyances et des variables normatives dans le processus (Surel, 2000). Les politiques ne sont pas des entités déterminées dans le sens positiviste du terme (Howlett & Ramesh, 1998). Elles sont des construits, des produits de discours encadrés par les normes sociales et les idéologies dominantes. Les acteurs par leurs discours construisent les politiques en définissant les problèmes, les priorités, les solutions et en suggérant ce qui est bien et mal, les actions qui seront récompensées, celles qui seront punies et qui aura autorité (Howlett & Ramesh, 1998).

« The essence of more recent "postpositivist" [...] approaches to the study of policymaking is a focus on the way in which the language of politics "constructs" public policy, since the language of politics is inscribed with interpretations of what a policy "problem" is ». (p. 467)(Howlett & Ramesh, 1998)

Ces discours politiques s'agrègent en autant de coalitions d'acteurs qui entrent en compétition pour imposer leur vision du problème dans le domaine de la politique publique en cause. L'enjeu pour une coalition est en quelque sorte de renforcer l'idéologie qu'elle prône. La politique publique ressort non plus comme une fin en soi mais plutôt comme un élément d'une stratégie globale et à plus long terme pour imposer les croyances d'un groupe d'acteurs à un domaine politique donné. La politique apparaît en fait comme un ajustement dans un schème de gouvernance plus large (Ellison, 1998). Cette perspective a pour corollaire que le processus à la base des politiques publiques n'est plus traité comme un processus délimitable dans le temps, c'est-à-dire, auquel on reconnaît un début et une fin au sens strict. Cette position est renforcée par le constat maintes fois formulé à l'effet que chaque politique porte en elle des reliquats de politiques passées (Hall, 1993; Hecló, 1974; Howlett & Ramesh, 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999; Surel, 2000). Hecló (1974), dans son étude comparative de l'évolution des politiques sociales en Grande-Bretagne et en Suède, conclut que : « *even the most innovative creations are decisively shaped by the content of previous politics* » (p. 5).

L'adoption de cette perspective de l'analyse politique a conduit les chercheurs à s'intéresser tout particulièrement au rôle des idées dans le changement des

politiques. Les acteurs apparaissent impliqués dans un processus d'apprentissage orienté vers la réalisation de leurs objectifs dans le domaine politique. Cet apprentissage est alimenté par les informations, connaissances et par l'expérience qu'ils acquièrent de leurs interventions et de celles de leurs opposants. La littérature comporte plusieurs travaux sur ce processus d'apprentissage (Bennett & Howlett, 1992; Hall, 1993; Jenkins-Smith & Sabatier, 1993; Knoepfel & Kissling-Naf, 1998). Hall (1993) qui s'intéresse, dans son analyse du changement de la politique macro-économique de la Grande-Bretagne, à l'influence des médias et d'un large groupe d'acteurs de la société civile et de l'État parle de *social learning*. De leur côté, Sabatier et Jenkins-Smith (1999) formulent le concept de *policy-oriented learning* qui découle de leur préoccupation à l'égard des systèmes de croyances et de valeurs des acteurs. Pour ces politologues, les croyances et valeurs des acteurs filtrent les informations qui alimentent le processus d'apprentissage.

Notons enfin, qu'avec cette perspective émergente, l'étude de la politique publique se transporte de l'analyse des étapes d'un processus à l'analyse d'un domaine politique (deLeon, 1999; Forest, 1997; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Qui plus est, la compréhension du domaine politique suppose l'adoption d'une perspective temporelle suffisamment longue (Bergeron, Surel & Valluy, 1998; Muller, *et al.*, 1996; Sabatier, 1993; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Pour Muller (1996), il importe de se doter d'une vision de l'action des acteurs à court et à long terme. Le court terme permettrait de « *mettre en lumière les marges de jeu dont disposent les acteurs, en raison précisément des limites cognitives qui caractérisent les systèmes de décision* » (p. 98). Alors que la perspective sur le long terme révélerait les structures de causalité relativement stables.

### 2.3.4 Quelques leçons spécifiques tirées de l'analyse des politiques publiques

Au-delà des différents enjeux liés à l'analyse des politiques publiques, la littérature en science politique compte également un certain nombre d'enseignements sur les facteurs en lien avec la formulation et le changement des politiques.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux facteurs qui expliquent qu'un problème particulier va éventuellement figurer à l'agenda gouvernemental (Kingdon, 1984; Portz, 1996; Stone, 1989). Par exemple, Stone (1989) soutient que la transformation d'un problème en problème politique, repose sur la formulation d'une théorie des liens de causalité qui sous-tendent ce problème. Ainsi, Stone signale que la mise à l'agenda du problème (*agenda setting*) requiert d'emblée que sa théorie sous-jacente suggère qu'il se prête à une intervention humaine. Il est également nécessaire que le problème soit formulé de manière à en faire ressortir des liens de causalité simples et facilement assimilables par la population. De son côté, Portz (1996) identifie trois facteurs susceptibles de rendre proéminent un problème, soit : la visibilité dont jouit ce dernier, le fait qu'il bénéficie du soutien des décideurs politiques et, enfin, l'existence de solutions viables.

Pour ce qui est des facteurs qui influencent la formulation des politiques, Schneider et Ingram (1993) signalent la question de la construction sociale de la population ciblée. Pour ces chercheurs, cette construction sociale influe autant sur la mise à l'agenda politique que sur la nature de la politique mise de l'avant. Si les membres d'un groupe (par ex. les prestataires de l'assistance sociale) sont dépeints négativement, on peut envisager des difficultés à promouvoir une politique pour leur bénéfice notamment parce que cette politique ne suscitera pas une participation et un appui significatif de la société civile.

« The social construction of target populations refers to the cultural characterizations or popular images of the persons or groups whose behavior and well-being are affected by public policy. These characterizations are normative and evaluative, portraying groups in



positive or negative terms through symbolic language, metaphors, and stories ». (p. 334) (Schneider & Ingram, 1993)

La nature de la communauté politique est également identifiée comme un facteur susceptible d'influencer le changement des politiques publiques. Howlett et Ramesh (1998) soutiennent que les communautés font preuve d'une capacité variable à accueillir dans leurs rangs de nouveaux membres porteurs d'idées innovatrices. Examinant différentes caractéristiques des communautés et réseaux politiques (type d'acteurs dominants, diversité des points de vue et des membres), ces chercheurs soutiennent que certaines combinaisons de types de réseaux et de communautés politiques s'avèrent moins propices à des changements majeurs de politique. Certaines combinaisons auraient ainsi tendance à ne consentir que des ajustements mineurs et graduels de politiques publiques.

La nature de la politique en cause est aussi susceptible de favoriser ou au contraire de rendre plus difficile le changement de politique. Sharp (1994) qui utilise la typologie des situations politiques de Wilson (1989) démontre qu'il existe un lien entre le type de politique publique et (1) le caractère du conflit et (2) les incitatifs à porter le conflit au niveau de l'opinion publique. L'auteur soutient qu'il peut s'avérer nécessaire d'agir sur l'opinion publique et donc de porter le conflit au-delà de la sphère des experts et représentants des groupes d'intérêts dans une situation dite d'*entrepreneurial politics*. C'est-à-dire, une situation où les bénéfices de la politique proposée sont distribués de manière diffuse dans la société (par exemple les bénéfices d'une politique d'assainissement de l'air) alors que ses coûts seraient au contraire supportés par un groupe restreint d'acteurs (par exemple les industries polluées). L'auteur explique que dans une telle situation de bénéfices distribués de manière aussi diffuse :

« ... unorganized beneficiaries have no incentive to push for the policy issue. Hence a policy entrepreneur must awaken the silent beneficiaries and overcome the intensely organized opposition by turning the conflict into something like a moral crusade ». (p. 922) (Sharp, 1994)

La notion de *policy entrepreneur*, mentionnée dans ce dernier extrait, est centrale au sein de la littérature sur le changement de politique publique. À la base, un *policy entrepreneur* est un acteur du domaine politique qui contribue principalement à introduire un problème dans l'agenda politique des décideurs (Kingdon, 1984; Portz, 1996). À l'affût des changements de conjoncture (Howlett & Ramesh, 1998; Lemieux, 1994), le *policy entrepreneur* peut contribuer : à identifier les problèmes (Mintrom, 1997), et besoins non comblés (Mintrom & Vergari, 1996), à introduire de nouvelles idées dans le domaine politique (Howlett & Ramesh, 1998) et à façonner les termes du débat sur le problème (Mintrom, 1997). Pour arriver à ses fins, il peut travailler au réseautage des acteurs politiques et mettre sur pied une coalition (Mintrom, 1997). Il peut aussi faciliter la résolution des problèmes que pose l'action collective (Mintrom & Vergari, 1996).

« Policy entrepreneurs can be thought of as being to the policy-making process what economic entrepreneurs are to the marketplace. [...] Policy entrepreneurs are able to spot problems, they are prepared to take risks to promote innovative approaches to problem solving, and they have the ability to organise others to help turn policy ideas into government policies ». (p. 740) (Mintrom, 1997)

Ainsi, le *policy entrepreneur* est prêt à assumer les risques (financiers ou à l'égard de sa réputation) de son entreprise (Mintrom, 1997) et à y investir ses ressources (Kingdon, 1984). Ses motivations sont diverses et peuvent, selon le cas, répondre à des ambitions de carrière (Howlett & Ramesh, 1998; Schlager & Blomquist, 1996), à la poursuite de gains matériels (Kingdon, 1984), politiques (Schlager & Blomquist, 1996), ou encore, viser des retombées de nature sociale (Kingdon, 1984).

Soulignons enfin, que Kingdon (1984) identifie trois qualités centrales à cet entrepreneur : « 1) *the person has some claim to a hearing (expertise, ability to speak for others, an authoritarian decision-making position)* 2) *the person is known for his political connections or negotiating skill*, 3) *they are persistent* » (pp. 189-90).

Autre facteur important : les coalitions peuvent également jouer un rôle clé dans le changement de politiques publiques puisqu'elles permettent à leurs membres de réunir les ressources nécessaires pour intervenir dans le domaine politique. Cela dit, les coalitions formées à propos des politiques publiques<sup>6</sup> n'ont pas fait l'objet de beaucoup de recherche (voir Fenger & Klok, 2001 pour un exemple; Heckathorn & Maser, 1990) ; une situation que Vincent Lemieux (1998) attribue à la difficulté de mesurer leurs actions et par le fait qu'elles apparaissent sous des formes très variables.

Dans son célèbre article de 1961, Gamson définit ce qu'il entend par coalition : « *Coalitions are temporary, means oriented, alliances among individuals or groups which differ in goals* » (p. 374). À la base, deux motifs semblent inciter les organisations qui composent ces entités à mettre en commun une partie de leurs ressources pour les investir dans une stratégie d'actions: (1) améliorer leur capacité à résister aux prétentions d'un groupe qui menace de dominer le domaine politique et (2) mettre à profit une occasion d'imprimer à un domaine politique sa vision des problèmes et des solutions (Fenger & Klok, 2001; Lemieux, 1998).

Mais en dépit des avantages réels que confère la mise sur pied d'une coalition, ce mode d'action collective soulève plusieurs difficultés. Heckathorn & Maser (1990) identifient trois catégories de problème de coopération (ceux relevant de la coordination, de la division et de la défection) et soutiennent que pour surmonter ces difficultés, les organisations doivent disposer de ressources de transactions suffisantes. Plus spécifiquement, ces auteurs énumèrent sept facteurs pouvant contraindre la capacité des organisations à contracter des ententes entre elles. Il y a le nombre de joueurs centraux, la dispersion spatiale des joueurs, la distribution temporelle des coûts et bénéfices, les mésententes quant au niveau de risque acceptable, la non-transférabilité des coûts et bénéfices, l'instabilité des relations contractuelles et l'hétérogénéité du groupe. L'hétérogénéité est également identifié

---

<sup>6</sup> Nous empruntons cette désignation à Lemieux (1998).

comme un facteur par Schlager (1995) et par Lemieux (1998). Schlager et Blomquist (1996) identifient le problème de la défection, ainsi que celui de la distribution temporelle des coûts et bénéfices et signalent également l'hétérogénéité des opinions sur les stratégies à employer et sur le choix de la politique à soutenir. De son côté, Staggenborg (citée par Lemieux, 1998) soulève la question des problèmes inhérents à la coopération entre des organisations dont la lourdeur des structures organisationnelles faites de multiples niveaux constitue une barrière à une prise de décision conjointe. La même chercheuse signale enfin que des conflits sont susceptibles d'émerger entre les organisations centrées sur une cause unique et celles qui épousent plus d'un mandat.

Pour ce qui est des conditions susceptibles de favoriser le bon fonctionnement des coalitions, Schlager (1995) mentionne la nécessité que ses bénéficiaires soient clairement identifiés, que les bénéfices obtenus soient à la hauteur des contributions de chacun et que les membres disposent de forums locaux accessibles et peu coûteux pour résoudre leurs conflits.

## ***2.4 Conclusion sur la littérature***

Cet examen des connaissances concernant l'analyse des politiques publiques a permis de faire ressortir trois aspects centraux. Premièrement, les chercheurs en santé publique se sont peu penchés sur la question de l'action sur les politiques publiques et ceci malgré l'importance que l'on reconnaît à ce type d'actions et le besoin exprimé pour des guides d'intervention. Deuxièmement, malgré la place centrale qu'occupent depuis plusieurs années les actions sur les politiques publiques dans les stratégies de réduction du tabagisme et de protection des non-fumeurs, l'analyse de ces interventions demeure largement athéorique. Cette situation pose une barrière importante à la capacité des acteurs de la santé publique à exercer un transfert des expériences tirées des actions sur les politiques tabac à d'autres problématiques de santé. Enfin, troisièmement, notre recension des écrits en science politique a permis d'identifier un certain nombre d'enjeux dans le choix

des modèles d'analyse des politiques publiques et de faire ressortir des facteurs favorisant ou entravant l'adoption des politiques.

Dans ce qui suit, nous présenterons les deux modèles qui guideront notre étude. Le premier, qui jouit d'une notoriété et d'une légitimité importante dans le champ de la recherche (Bergeron, Surel & Valluy, 1998; Howlett & Ramesh, 1998; Lemieux, 1998; Mintrom & Vergari, 1996; Schlager & Blomquist, 1996; Surel, 2000), est le modèle des coalitions plaidantes développé par Sabatier & Jenkins-Smith (Sabatier, 1988; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Ce modèle s'inscrit directement dans les efforts contemporains de renouvellement des théories du changement de politiques publiques (Forest, 1997; Howlett & Ramesh, 1998; Muller, *et al.*, 1996), entre autres par sa conciliation des perspectives pluraliste et élitiste des politiques publiques. Nous l'emploierons pour décrire les conditions et dynamiques à la base de l'adoption de la loi québécoise sur le tabac et pour décrire la contribution des organisations gouvernementales de santé publique à cet égard.

Nous poursuivrons ensuite avec la théorisation de la structuration et de la pérennité des coalitions développée par Vincent Lemieux (1998), une contribution dont l'intégration au modèle précédent, constitue une réponse au plaidoyer de Mintrom & Vergari (1996) sur la nécessité de compléter le modèle des coalitions plaidantes par l'ajout d'un cadre conceptuel sur la structuration des coalitions et sur les problèmes de l'action collective.

## **Chapitre 3 Le cadre conceptuel**

### ***3.1 Un modèle de changement de politiques publiques***

C'est en 1986 que le modèle des coalitions plaidantes a fait l'objet d'une première publication (Sabatier, 1986). Depuis, Sabatier et Jenkins-Smith ont publié une série de travaux visant à préciser cette formulation théorique initiale et à répondre aux critiques émises à son endroit (Sabatier, 1988; 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Le modèle est aujourd'hui un appareil conceptuel bien défini dont les relations entre les éléments sont décrites par plus d'une douzaine d'hypothèses. Ces hypothèses (voir Appendice 1) sont regroupées en trois blocs: le premier explique la cohésion et le maintien des coalitions dites plaidantes, le deuxième pose les conditions du changement de politique alors que le troisième décrit les débats entre coalitions. Pour les fins de cette recherche, nous nous sommes concentrés sur le premier et le deuxième bloc, lesquels sont plus directement liés à nos objectifs de recherche.

Le modèle de Sabatier s'appuie sur deux principales prémisses. Le premier est qu'un changement de politique ne peut véritablement être intelligible que si l'on adopte une perspective temporelle relativement longue. Les auteurs suggèrent d'examiner au minimum les dix années précédant le changement de politique. Le second postulat est que l'unité d'analyse la plus appropriée pour comprendre les changements de politique n'est pas une politique donnée mais plutôt le sous-système d'acteurs duquel émerge cette politique, désigné le sous-système politique.

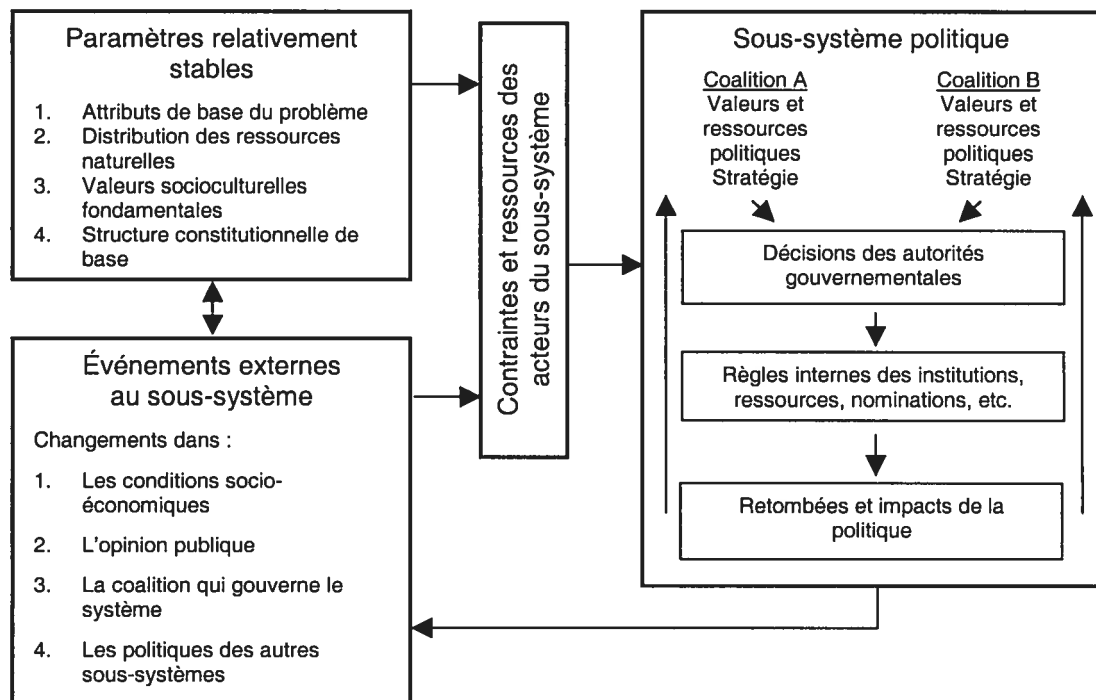
Pour Sabatier & Jenkins-Smith (1999), le sous-système politique: « *consists of those actors from a variety of public and private organizations who are actively concerned with a policy problem or issue, such as air pollution control, and who regularly seek to influence public policy in that domain* » (p. 119). Précisons que le sous-système n'est pas une entité statique. Sa composition évolue au gré des politiques en jeu, des définitions données aux problèmes et des solutions envisagées. La littérature compte plusieurs travaux s'appuyant sur le modèle des coalitions plaidantes et qui documentent des sous-systèmes tel celui du contrôle des drogues dures (Kübler, 2001), de l'exploitation des forêts (Lertzman, Rayner & Wilson, 1996), de l'éducation publique pour les Franco-ontariens (Mawhinney, 1993) et pour ce qui nous intéresse ici du contrôle du tabagisme (Sato, 1999).

En examinant le modèle schématisé dans la Figure 1, on peut voir que le changement des politiques publiques procède de deux dynamiques distinctes mais inter-reliées. D'une part, ce changement est fonction des efforts des différents groupes d'acteurs interpellés par un problème public pour imprimer au sous-système politique leur vision quant aux problèmes, aux solutions et aux bénéfices d'une politique publique donnée. La politique publique est définie ici comme le produit de systèmes de croyances en compétition et dont l'élaboration procède par de multiples confrontations/négociations entre différents groupes d'acteurs. Ces groupes font la promotion de visions des problèmes et des solutions qui divergent et peuvent parfois s'avérer incommensurables (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

D'autre part, le processus de changement est lié aux événements ou perturbations qui surviennent à l'extérieur du sous-système, une crise économique par exemple, et qui ont pour conséquence d'affecter/de contraindre les ressources, les perceptions et les solutions avancées par les acteurs. Notons que ces deux dynamiques de changement, l'une interne et l'autre externe au sous-système politique, sont contraintes par un ensemble de paramètres très stables dans le temps soit: les attributs fondamentaux du problème (p. ex. la dépendance engendrée par la nicotine), la distribution des ressources naturelles, les valeurs socioculturelles de la

société et les caractéristiques de base de la structure constitutionnelle de l'État. Autant de variables sur lesquelles il est difficilement concevable d'influer à court et à moyen terme.

**Figure 1 Représentation schématique du modèle de Sabatier**



Adapté de Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. The Advocacy Coalition Framework. An Assessment. In: Sabatier PA, ed. Theories of the policy process. Boulder: Westview Press 1999: p. 117-66.

Dans ce qui suit, nous examinons la dynamique de changement des politiques internes au sous-système. Nous poursuivrons ensuite avec l'examen des événements et perturbations externes.

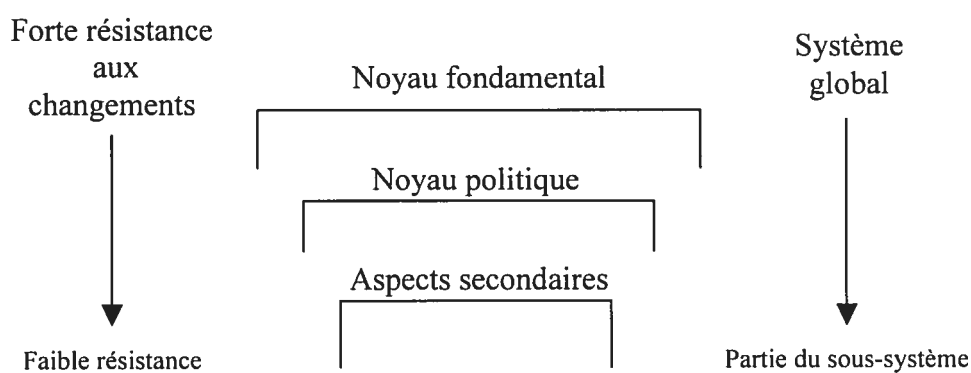
### **3.1.1 La dynamique de changement interne au sous-système politique**

Selon Sabatier et Jenkins-Smith, le nombre d'acteurs actifs dans un sous-système politique peut être considérable et comprendre des dizaines, parfois des centaines d'organisations, agences et ministères. Aussi ces auteurs suggèrent de simplifier



l'analyse en les regroupant en un nombre limité d'agrégats de systèmes de croyances. Ces entités abstraites, désignées « coalitions plaidantes », rassemblent des acteurs qui: (1) partagent un ensemble de croyances normatives et ontologiques de base et (2) sont impliqués dans des activités présentant un certain degré de coordination dans le but essentiellement de concrétiser leur vision du monde et leurs valeurs à travers des programmes, politiques, lois ou institutions (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

**Figure 2 La structure du système de croyances**



Sabatier et Jenkins-Smith ont conceptualisé cette vision du monde des acteurs en un système de croyances et de valeurs structuré en trois niveaux hiérarchiques (voir la Figure 2). Le niveau le plus englobant est celui du noyau des valeurs et croyances fondamentales. C'est celui des positions sur la nature humaine et les valeurs qui guident les choix et préférences dans toutes les facettes de la vie des acteurs (par exemple la prédominance des lois du marché sur l'interventionnisme de l'État). Ce noyau fondamental s'applique à l'ensemble du système dans lequel prend place le sous-système politique. Le second niveau est celui des croyances et valeurs du noyau politique. Il s'agit des prises de positions, croyances et valeurs qu'un acteur affiche dans le cadre particulier d'un sous-système politique afin de concrétiser les croyances et valeurs de son noyau fondamental. Enfin, le troisième niveau est celui des aspects secondaires au noyau politique, c'est-à-dire, les préférences liées aux préoccupations instrumentales pour la mise en oeuvre du

noyau politique. De tous ces noyaux, le noyau des valeurs fondamentales est le plus stable alors que les aspects secondaires sont les plus susceptibles de changer dans le temps. Le lecteur trouvera en Appendice 2 une description un peu plus détaillée du système de croyances et de valeurs.

Il est important de noter que c'est principalement autour d'un certain nombre d'éléments communs du noyau politique que se forment les coalitions plaidantes. Les deux politologues vont même jusqu'à qualifier le noyau politique comme constituant rien de moins que le substrat autour duquel s'agglutinent les coalitions (Sabatier, 1998; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). « *The ACF assumes that policy core not deep core beliefs are the fundamental glue of coalitions because they represent basic normative and empirical commitments within the domain of specialization of policy elites* » (p. 122) (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). De ce fait, c'est autour du noyau politique que se formeront les consensus alors que des conflits seront toujours susceptibles d'éclater autour des aspects secondaires du système de croyances. « *Coalition Hypothesis 2: Actors within an advocacy coalition will show substantial consensus on issues pertaining to the policy core, although less so on secondary aspects* » (p. 124) (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

Les acteurs d'une coalition peuvent provenir de différentes organisations publiques ou privées ainsi que de différents niveaux de l'appareil gouvernemental. Au sein de ce que Sabatier et Jenkins-Smith décrivent comme l'élite politique, on trouvera, selon les cas, des représentants de groupes d'intérêts, des responsables d'agences gouvernementales, des législateurs, des chercheurs et des journalistes. Le modèle reconnaît que certains intervenants pourront n'être associés à aucune des coalitions plaidantes mais leur nombre restera limité et avec les années la plupart disparaîtront ou seront éventuellement intégrés à une coalition (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Chose certaine, lorsque l'on envisage le sous-système sur une période relativement longue, le modèle confère une très grande stabilité à la composition des coalitions. Ceci est d'autant plus plausible lorsque le

sous-système d'une politique donnée est la scène d'une sérieuse controverse comme le suggère l'hypothèse 1 sur les coalitions.

« Coalition Hypothesis 1: On major controversies within a mature policy subsystem, when policy core beliefs are in dispute, the lineup of allies and opponents tends to be rather stable over periods of a decade or so ». (p. 124)(Sabatier & Jenkins-Smith, 1999)

Au sein d'un sous-système mature, (i.e. qui existe depuis au moins une décennie<sup>7</sup>) on pourra, dans la plupart des cas, identifier de deux à quatre coalitions<sup>8</sup>. L'une de ces coalitions sera dominante et imprimera au sous-système et incidemment aux institutions, règles et politiques publiques sa propre vision du monde, des problèmes, des causalités en jeu et des solutions. Bien que minoritaires, les autres coalitions réussiront parfois, et à des degrés très divers, à laisser leur marque sur le sous-système politique (Schlager & Blomquist, 1996). L'hypothèse 1 sur le changement de politique traduit bien cette idée:

« Policy Change Hypothesis 1: The policy core attributes of a governmental program in a specific jurisdiction will not be significantly revised as long as the subsystem advocacy coalition that instituted the program remains in power within that jurisdiction except when the change is imposed by a hierarchically superior jurisdiction ». (p. 124)(Sabatier & Jenkins-Smith, 1999)

Maintenant que nous avons décrit la structure du système de valeurs et de croyances encadrant les choix et préférences des acteurs, nous pouvons aborder la question des facteurs de changements découlant des transactions entre les acteurs du sous-système.

---

<sup>7</sup> Voir Sabatier & Jenkins-Smith (1999) pour une description des critères permettant de distinguer un sous-système mature d'un sous-système émergent.

<sup>8</sup> Sabatier (1998) reconnaît qu'il pourrait y avoir, pour un même sous-système, plus de coalitions que ne l'ont laissé entrevoir ses analyses qualitatives menées antérieurement. La prise en compte, dans une étude quantitative sur la politique des eaux de la Baie de San Francisco, du critère relatif à la coordination des activités en fait ressortir quatre au lieu de deux.

Le modèle conçoit au sein du sous-système politique deux sources de changements. La première découle simplement de la modification de la composition des coalitions soit par mutation ou par attrition (décès, prise de la retraite) de certains acteurs. La deuxième source est liée à l'action des idées sur l'élaboration des politiques. Sabatier et Jenkins-Smith, qui s'inspirent des travaux de Hecló (1974), définissent l'apprentissage politique (*policy-oriented learning*) comme un processus de recherche et d'adaptation continué dans lequel s'inscrivent les acteurs d'une coalition pour réagir aux nouvelles informations et menaces que pose la coalition concurrente à la réalisation de ses objectifs (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). L'apprentissage politique se manifeste lorsque l'une ou l'autre des coalitions modifie les aspects secondaires de son système de croyances ou plus rarement des éléments de son noyau politique. Cet apprentissage peut s'exercer, entre autres, à la lumière du succès ou de l'échec d'une stratégie ou des retombées d'une politique précédente. Le sous-système est donc traversé de processus récursifs, comme l'indiquent les flèches de la figure 1, page 43, qui cheminent des retombées et impacts des politiques jusqu'aux coalitions.

Pour Sabatier et Jenkins-Smith (1988; 1993; 1999) cet apprentissage est instrumental en ce sens que les acteurs s'inscrivent dans ce processus afin de faire progresser leurs objectifs politiques. Et ils résisteront aux informations qui contrediront leur position (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). Les deux politologues formulent d'ailleurs l'hypothèse que: « *An actor (or coalition) will give up secondary aspects of his or her (its) belief system before acknowledging weaknesses in the policy core* » (p. 124) (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

Les changements de politiques sont donc liés aux confrontations des coalitions lesquelles, à travers l'apprentissage politique, tentent d'ajuster leurs stratégies à la menace que pose pour eux la ou les coalitions rivales. Plus prosaïquement et se référant à la Figure 1, page 43, on constate que l'enjeu de cet apprentissage est de modifier les positions du gouvernement et de ses institutions. Sabatier et Jenkins-

Smith (1999) énumèrent un certain nombre de stratégies susceptibles d'être adoptées par les acteurs pour parvenir à cette fin.

« The means (guidance instruments) at their disposal include (1) seeking to influence legislatures to alter the budgets and the legal authority of administrative agencies through testimony and campaign contributions; (2) trying to change the incumbents of various positions, whether they be agency political appointees, agency civil servants, or elected legislators and chief executives; (3) trying to affect public opinion (a potentially powerful exogenous factor) via the mass media; (4) attempting to alter target group behavior via demonstrations or boycotts [...]; and (5) trying to gradually alter the perceptions of a variety of actors through research and information exchange ». (p. 142)

Il faut souligner qu'une coalition minoritaire sera difficilement en mesure de modifier le noyau politique d'un programme ou d'une politique publique si elle ne devient pas elle-même la coalition dominante. Autrement dit, tant qu'une coalition minoritaire gardera ce statut, elle ne pourra jamais affecter autre chose que les aspects secondaires d'une politique, à moins bien sûr que le changement soit imposé par une instance supérieure ce qui pourrait alors être considéré comme une intervention émanant de l'extérieur du sous-système, éventualité soutenue par la première hypothèse du changement de politique.

### **3.1.2 Les dynamiques externes au sous-système politique**

Bien qu'occupant une place plus modeste dans les travaux de théorisation des processus de changement des politiques, les événements et perturbations externes au sous-système sont considérés comme les facteurs de changement les plus puissants dans le modèle. L'étude de Kübler (2001) sur la politique des drogues de la Suisse, illustre bien l'impact d'un événement externe, l'épidémie d'infections au VIH, sur la coalition prohibitionniste jusque là dominante.

L'impact d'une crise économique, l'accroissement du nombre de sans-emploi, l'assainissement des dépenses de l'État et le changement d'un gouvernement à la suite d'élections sont autant d'événements qui peuvent affecter les acteurs du sous-

système. Ces impacts s'observent au niveau des ressources, dites politiques, disponibles (p. ex. l'accès à des forums ou à des décideurs, à du financement pour organiser, communiquer, rechercher) et aussi par l'apparition/disparition de contraintes comme par exemple l'impossibilité de mettre en œuvre une solution jugée jusqu'alors applicable parce qu'elle entre désormais directement en conflit avec une politique adoptée dans un autre sous-système. Suivant l'hypothèse 2 du changement de politique, les événements externes sont une condition nécessaire mais non suffisante pour les changements de politique de cet ordre. Une coalition plaidante doit être en mesure de reconnaître l'occasion qui se présente à elle et avoir la capacité de traduire l'événement externe en une nouvelle politique.

Nous avons retenu le modèle de la coalition plaidante de Sabatier et Jenkins-Smith comme modèle explicatif du changement des politiques parce qu'il répond à plusieurs des critiques exercées à l'endroit de l'approche séquentielle (deLeon, 1999; Litfin, 2000; Muller, 2000; Studlar, 2002). Tout d'abord, le modèle prend ses distances d'une conception strictement rationnelle des actions et choix des acteurs en intégrant dans le processus le rôle des idées, des croyances et des variables normatives (Surel, 2000). Ensuite, la stratégie d'analyse par le découpage du processus en une série d'étapes linéaires et détachées de leur contexte plus large (Bergeron, Surel & Valluy, 1998) est révisée pour une analyse du domaine politique en cause (deLeon, 1999). Aussi, le modèle de Sabatier et Jenkins-Smith adopte une vision plus large des acteurs du changement des politiques en intégrant au cercle restreint des politiciens, hauts fonctionnaires et lobbyistes, la contribution des journalistes, experts et universitaires. Enfin, cette perspective envisage la politique publique non pas comme une fin en soi mais plutôt comme un élément d'une stratégie dynamique plus large et à plus long terme pour imposer les croyances d'un groupe d'acteurs sur le domaine de la politique (Ellison, 1998).

Mais si le modèle de Sabatier et Jenkins-Smith est utile pour réfléchir sur le contexte général dans lequel prend place un changement de politique (Mintrom & Vergari, 1996) et sur les processus à la base de ce changement, l'intérêt exclusif qu'il porte au système de croyances comme élément rassembleur des acteurs des

coalitions, le conduit à négliger les enjeux de l'action collective et de ses problèmes inhérents (Mintrom & Vergari, 1996; Schlager, 1995; Schlager & Blomquist, 1996). Sabatier reconnaît d'ailleurs que : « *obtaining major policy change usually requires that an advocacy coalition augment its resources by developing 'coalitions of convenience' [...] with a variety of other groups.* » (pp. 118-119)(Sabatier, 1998).

Il est donc nécessaire d'adjoindre au modèle de Sabatier et Jenkins-Smith une autre contribution théorique qui a le mérite de permettre d'appréhender l'organisation interne d'une coalition oeuvrant pour un but spécifique (ici une législation tabac) et d'expliquer : « *why actors holding similar beliefs form coalitions to collectively press their policy goals, how coalitions maintain themselves over time, or the strategies coalitions adopt to pursue policy goals* »(Schlager, 1995) (p. 244). Pour ce faire nous nous inspirons des travaux de Vincent Lemieux (1998).

### **3.2 Une théorie des coalitions**

Ainsi, le modèle de Sabatier et Jenkins-Smith pose les événements externes au sous-système comme une condition nécessaire mais non suffisante à un changement significatif de politique publique. Or ces événements sont insuffisants puisque les membres de la coalition plaidante doivent être en mesure de profiter des conditions nouvelles engendrées par ces événements. Cela laisse entière la question à savoir comment ces acteurs de la coalition plaidante peuvent saisir ces occasions en mettant à profit les impacts des événements sur leurs ressources. Par ses travaux théoriques sur la structuration des coalitions, Lemieux est l'un des rares chercheurs (voir Staggenborg, 1986 pour une autre contribution) à s'être penché sur les alliances entre différents types d'acteurs dans le but d'agir sur les politiques publiques.

Pour distinguer clairement les coalitions au sens de Lemieux de celles de Sabatier et Jenkins-Smith nous les désignerons par le vocable « coalitions stratégiques » alors que nous continuerons d'utiliser le terme « coalitions plaidantes » pour celles plus larges de Sabatier et Jenkins-Smith.

**Tableau I Caractéristiques propres aux coalitions plaidantes et stratégiques**

	<i>Coalition plaidante</i>	<i>Coalition stratégique</i>
Composition	Construit théorique agrégé autour d'un système de croyances et de valeurs et doté d'un certain niveau de coordination.	Une entité composée de membres concertés. La plupart des membres sont associables à une coalition plaidante.
Objectifs/finalités	Visé à implanter sa vision du monde dans le sous-système de la politique en cause.	Visé un objectif précis, par exemple, l'adoption d'une loi, le financement d'un programme gouvernemental ou l'élimination d'une menace aux intérêts des coalisés.
Durée	Perdure dans le temps parfois durant plusieurs décennies.	Temporaire. Se démantèle dès que les objectifs sont atteints.

Il importe d'insister sur ce qui distingue les deux types de coalitions dont il est ici question (voir Tableau I). L'examen de la définition que Lemieux donne à ses coalitions permet d'en faire ressortir les principaux éléments :

« des ensembles concertés et temporaires d'acteurs individuels ou collectifs qui ont des rapports de coopération et de conflit, à la fois, pour ce qui est de leurs liens, de leurs transactions et de leurs contrôles, et qui cherchent par une structuration du pouvoir appropriée à prédominer sur leurs adversaires de façon à ce que les coalisés obtiennent ainsi des avantages plus grands que s'ils n'avaient pas fait partie de la coalition ». (p. 35)(Lemieux, 1998).

Signalons d'abord que la coalition stratégique s'inscrit à l'intérieur d'une coalition plaidante plus large. Les coalitions stratégiques constituent des ensembles concertés alors que les coalitions plaidantes, même si Sabatier et Jenkins-Smith leur confèrent un certain degré de coordination, apparaissent plutôt comme des construits théoriques agrégés autour de systèmes de croyances et de valeurs. Les coalitions stratégiques constituent des entités temporaires ce qui les distingue des coalitions plaidantes qui elles sont stables dans le temps. Notons enfin, que les coalitions stratégiques ont des visées précises (par exemple l'adoption d'une mesure législative donnée) alors que les coalitions plaidantes aspirent à une fin plus large qui est d'implanter leurs valeurs politiques dans le sous-système de la politique en cause. Cette distinction faite, examinons maintenant plus en détail la contribution de Lemieux.



S'inspirant des travaux de Gamson (1961). Lemieux postule que les décisions et actions des acteurs découlent directement de la lecture que font ces derniers de leur environnement externe spécifique. Cette lecture de l'environnement dicte en quelque sorte la nécessité pour les acteurs de se donner une structuration du pouvoir ainsi qu'un niveau de ressources suffisant pour qu'ils puissent parvenir à leurs fins; par exemple, maintenir le *statu quo* ou encore obtenir un changement de leur environnement conforme à leurs attentes et intérêts.

S'appuyant sur la loi de la variété indispensable de Ashby (1958), Lemieux pose que pour « *qu'un système puisse contrôler son environnement externe spécifique, il doit disposer d'une plus grande variété, c'est-à-dire de plus de ressources que celles de l'environnement.* » (p. 61) (Lemieux, 1998). Ce principe ouvre la porte à l'idée qu'il existe un niveau minimal de variété auquel une coalition doit tendre. Ce niveau, que Lemieux désigne par « *seuil effectif de prépondérance* », met en jeu non seulement le niveau de ressources requises mais également le niveau minimal de contrôle que la coalition doit être en mesure d'exercer sur son environnement interne. C'est en atteignant ce seuil que la coalition peut espérer parvenir à subordonner son environnement externe à ses choix et préférences. Plus précisément :

« Une coalition atteint le seuil effectif de prépondérance quand elle arrive, à propos des enjeux qu'elle vise, à dominer ses adversaires en conformant les décisions à ses options propres et non aux leurs. Cette atteinte du seuil effectif de prépondérance dépend du contrôle exercé dans l'environnement interne. [...] Nous dirons qu'une coalition atteint seule ou avec d'autres acteurs le seuil effectif de prépondérance quand son action exprimée par ses votes, ses prises de position ou à la limite sa force est telle que les adversaires actuels ou éventuels estiment ou font l'expérience qu'ils ne peuvent s'y opposer avec succès. On peut parler d'une coalition qui n'est plus opposable pour désigner cette atteinte du seuil effectif de contrôle ». (pp. 73-4)(Lemieux, 1998).

Dans le cadre des coalitions formées entre partis politiques afin de diriger un gouvernement, il est possible de quantifier et d'apprécier objectivement les contributions de chaque parti (leur apport respectif en sièges requis pour gouverner) et les gains qu'un parti peut obtenir de son alliance avec un autre parti (ex.

l'obtention de postes de ministre). Pour les partis politiques, le seuil effectif de prépondérance peut donc être aisément déterminé puisqu'il découle directement du résultat d'un scrutin et a pour enjeu, par exemple, de réunir le nombre minimal de députés nécessaires pour gouverner l'État. Par opposition, l'analyse des coalitions formées dans le but d'influencer l'élaboration de politiques publiques pose un défi plus grand. La contribution de chacun des coalisés, leurs motifs à coopérer et la nature et le niveau du seuil effectif de prépondérance apparaissent des paramètres plus difficiles à apprécier, une situation qui s'explique principalement par le fait que l'environnement externe est en continuel changement ce qui fait que les coalisés doivent composer avec un niveau élevé d'incertitude.

Malgré cette difficulté, l'application de la perspective de Lemieux au cas d'une coalition mise sur pied pour favoriser l'adoption de mesures de réduction du tabagisme demeure utile puisqu'on peut évaluer le succès de ce type de coalition à la lumière de différents éléments tels la concomitance entre les gains obtenus par la coalition (exemple l'adoption d'une loi) et les intentions formulées par ses membres. Il sera cependant difficile d'estimer si le niveau de ressources rassemblées et de contrôle de la variété de l'environnement interne de la coalition a été porté à un point plus élevé que nécessaire. Une limite que nous avons dû accepter au sein de notre démarche.

Cela dit, l'appréciation par les membres d'une coalition de l'état de leur environnement externe va déterminer trois dimensions de l'environnement interne que Lemieux considère fondatrices du système social que constitue une coalition. De pair avec les notions d'environnement externe et de seuil effectif de prépondérance, ces dimensions nous ont servi d'appareillage conceptuel pour guider notre examen de la coalition mise sur pied par les promoteurs de la *Loi sur le tabac*. Ces dimensions sont celles des transactions, des liens et des contrôles.

La dimension des transactions se rapporte aux bénéfices et avantages recherchés par les coalisés; bénéfices et avantages considérés à la lumière des ressources investies (coûts). Pour Lemieux, la « *coalition ne se formera ou ne se maintiendra*

*que si ses membres estiment, en tenant compte de l'environnement externe, que les bénéfices actuels ou éventuels reliés à l'action de la coalition sont plus grands, compte tenu des coûts nécessaires pour les obtenir, que ceux qui peuvent être obtenus à l'extérieur de la coalition » (p. 72).* Cet avantage qui confère une valeur ajoutée aux ressources lorsqu'elles sont investies dans la coalition réfère en fait à la qualité dite d'additivité d'une coalition. Comme les ressources investies sont considérées entre autres à la lumière du seuil de prépondérance, une élévation soudaine de ce seuil pourrait faire en sorte que des coalisés cessent d'investir des ressources dans une alliance vouée à l'échec. La distribution des gains obtenus ou à venir entre les membres est aussi un important élément de la dimension des transactions et par le fait même un facteur potentiel de discorde. Un coalisé qui juge que l'avantage que son organisation tire de sa participation à la coalition ne reflète pas suffisamment sa contribution pourrait alors décider de cesser ou de limiter drastiquement sa participation à celle-ci.

La deuxième dimension, celle des liens entre les acteurs sur lesquels se fonde leur coopération, réfère au fait que les acteurs sont plus enclins à s'associer s'ils partagent certaines affinités affectives ou idéologiques. Des acteurs qui partagent une longue histoire de collaboration auront plus de facilité à se coaliser que d'autres qui auront cumulé plusieurs épisodes de conflits. Si des conflits peuvent éclater entre les membres, la coalition doit être en mesure de les régler ou du moins d'en gérer les conséquences de manière à préserver la coalition. Lemieux signale que la cohésion des coalisés peut se trouver renforcé par les rapports hostiles qu'ils entretiennent avec les acteurs de l'environnement externe.

Enfin, la dimension des contrôles réfère à la capacité des coalitions à exercer un pouvoir, que ce soit entre eux ou sur leurs adversaires, qui leur permettra de conformer les aspects critiques de leur environnement externe à leurs préférences. Pour atteindre le seuil de prépondérance, une coalition doit se donner une structure de pouvoir qui lui permet de mobiliser et de mettre à contribution l'ensemble de ses ressources. C'est ce que Lemieux désigne, la variété contrôlée.

Comme la coalition est une forme d'association libre entre acteurs, il est peu probable qu'un coalisé soit, au départ, enclin à laisser à une autorité de la coalition la prérogative de décider de l'allocation des ressources qu'il a investies dans celle-ci. On peut donc s'attendre à une structuration collégiale du pouvoir de type réseau. Autrement dit une structuration pour laquelle tous les coalisés détiennent la même prérogative dans la coalition. Cependant, si la menace que pose l'environnement externe s'accroît, il est alors possible que pour atteindre le seuil de prépondérance et donc pour que la coalition puisse contrôler son environnement externe qu'elle doive se structurer de manière à mieux contrôler sa variété. Dans une telle situation, la structure de la coalition évoluera vers la forme de quasi-réseau (voir Figure 3). Par exemple, il peut arriver que pour faire échec aux tentatives d'un adversaire de contrôler l'environnement, qu'une capacité de réaction rapide soit essentielle. Les membres de la coalition peuvent alors estimer ne pas avoir d'autre choix, pour faire face aux prétentions de l'adversaire, que de donner à un coordonnateur, au prix de leur implication directe dans toutes les décisions, une certaine latitude dans les décisions. Ce faisant, le coordonnateur sera en mesure d'affranchir la coalition d'un processus décisionnel jugé trop laborieux. Cette forme de structuration du pouvoir n'implique pas pour le coalisé de renoncer totalement à son autorité. Il s'agit plutôt d'augmenter la prérogative d'une autorité centrale plus à même de contrôler la variété de la coalition et de la mettre à profit pour subordonner l'environnement externe spécifique. Dans la Figure 3, on voit que l'acteur B se retrouve à jouer un rôle plus central dans la coalition.

**Figure 3 Exemple d'évolution de la structure d'une coalition**



Guidés par cette théorisation des coalitions, nous postulons qu'il nous sera possible de faire ressortir les stratégies de structuration des actions et des ressources des organisations coalisées dans le but de promouvoir une politique publique. Cet apport théorique nous semble également susceptible de mettre en relief les stratégies pour résoudre/prévenir les problèmes de coopération tels l'insuffisance des ressources de transaction entre les membres;(Heckathorn & Maser, 1990) le caractère hétérogène de la coalition;(Schlager, 1995) la défection; la distribution des coûts et bénéfices; et finalement les divergences d'opinions sur les stratégies à employer et sur le choix de la politique à soutenir (Schlager & Blomquist, 1996).

Cette contribution de Lemieux comble ainsi une lacune du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith. Lemieux (1998) décrit lui-même ce modèle des coalitions plaidantes comme « *particulièrement apte à traiter des affinités entre les acteurs et aussi des bénéfices qu'ils recherchent, mais [qui] a peu à dire sur l'organisation interne des coalitions et sur leurs tentatives pour atteindre le seuil effectif de prépondérance* » (p. 160).

### **3.3 Les propositions de recherche**

Dérivés des deux ensembles théoriques présentés plus haut, cinq propositions de recherche ont orienté la collecte et l'analyse des données. Ces propositions se divisent en deux groupes (voir Tableau II).

Le premier groupe constitué des propositions 1 et 2 explique le changement de politique par des facteurs externes au sous-système, c'est-à-dire par l'évolution des attributs du problème, notamment en ce qui a trait aux risques associés à la fumée de tabac environnementale (FTE); un risque identifié récemment dans l'histoire de la lutte au tabagisme (P1) et par trois événements externes au sous-système (P2). Ces événements externes sont : (P2A) un changement de l'opinion publique à l'égard de l'importance du problème, la nature des causes et les solutions appropriées; (P2B) l'arrivée d'acteurs plus enclins à intervenir sur le tabagisme; et (P2C) la diminution des taxes provinciale et fédérale sur le tabac de 1994, un événement identifié à partir de discussions préliminaires avec des professionnels

œuvrant en réduction du tabagisme et de données recueillies lors d'une précédente recherche (Richard, *et al.*, 2004; Richard, Lehoux, *et al.*, 1999). Pour ce qui est de la formulation de P2B, nous avons alors en tête les élections provinciales de 1994. En somme, nous posons que ces facteurs externes ont contribué à améliorer le niveau de ressources de la coalition promouvant la législation et augmenté sa capacité de gagner les autorités gouvernementales à sa vision du problème du tabagisme et des solutions à lui apporter.

**Tableau II Les propositions de recherche**

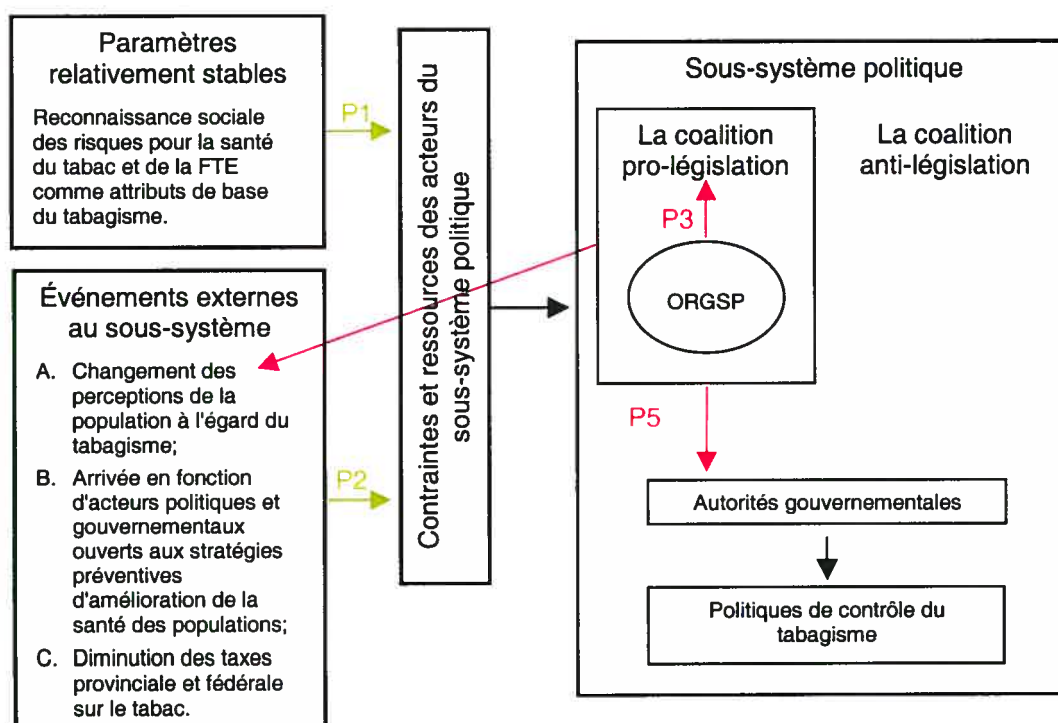
- 
- P1. Le risque pour la santé associé au tabagisme a évolué vers une reconnaissance de plus en plus répandue des dangers non seulement pour les fumeurs mais aussi de la fumée de tabac environnementale pour la santé des non-fumeurs, situation qui a posé une contrainte de taille à la coalition anti-législation et avantagé la coalition pro-législation.
- P2. Le changement de la loi sur le tabac résulte d'une série d'événements qui ont affecté les ressources et le niveau de contrainte des coalitions du sous-système. Ces événements sont:
- P2A un changement des perceptions de la population à l'égard du tabagisme (sur l'importance du problème, la nature des causes et sur les solutions appropriées);
- P2B l'arrivée en fonction d'acteurs politiques et gouvernementaux ouverts aux stratégies préventives d'amélioration de la santé des populations;
- P2C la diminution des taxes sur le tabac.
- P3 Sur la structuration de la coalition pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac*
- P3A. Les ORGSP ont constitué une coalition afin de mettre en action un niveau et une variété de ressources suffisants pour atteindre le seuil de prépondérance (i.e. contrôler l'environnement externe).
- P3B. Ces organisations ont recruté les partenaires de la coalition sur la base des ressources requises pour les efforts et en fonction des liens d'affinité existants.
- P3C. Pour éviter la défection des membres et l'éclatement de la coalition, ces organisations ont donné à cette entité une structure de pouvoir collégiale de type réseau et assuré aux membres l'obtention d'un avantage éventuel supérieur à leur non-participation.
- P4. La coalition pro-législation a axé ses efforts sur la modification des perceptions de la population à l'égard du tabagisme par des stratégies d'éducation et de sensibilisation mises en œuvre à travers ses différentes organisations et par l'utilisation des médias d'information pour diffuser sa vision du problème et des solutions.
- P5. La coalition pro-législation a œuvré à convaincre les autorités gouvernementales des causes/de la gravité du problème et des solutions disponibles.
- 

Les propositions appartenant au deuxième groupe posent le changement de la politique tabac comme le résultat des efforts des ORGSP. Nous considérons deux niveaux d'actions des organisations du réseau gouvernemental de santé publique.

Le premier niveau a trait à l'action des ORGSP au regard de la constitution d'une coalition pour promouvoir des mesures législatives de réduction du tabagisme. En nous basant sur la contribution théorique de Lemieux nous posons qu'une partie des efforts a visé à mettre sur pied et à structurer les pouvoirs à l'intérieur de la coalition pour en assurer la pérennité et sa capacité d'influer le sous-système politique (P3). Le second niveau d'action des ORGSP nous a été suggéré par Sabatier et Jenkins-Smith et renvoie à des interventions de changement des perceptions de la population (P4) et des autorités gouvernementales (P5) à l'égard du tabagisme.

Soulignons que toutes les propositions s'inscrivent dans le premier objectif de cette recherche qui est de décrire les conditions et les dynamiques à la source des transformations ayant conduit à l'adoption de la loi de 1998. Ce sont les propositions 3, 4 et 5 qui répondent plus spécifiquement au deuxième objectif de décrire et d'expliquer la contribution des ORGSP dans l'adoption de la loi. Le lecteur trouvera à la Figure 4 une représentation schématique des propositions de recherche.

**Figure 4 Représentation schématique des propositions de recherche**



Il est à noter que l'exposé de cette thèse est directement structuré par ces propositions de recherche. Le chapitre 6, sur l'évolution du traitement de la question du tabac au Québec, découle de nos efforts pour valider/infirmier la proposition 1. Le chapitre 7, sur l'impact des événements sur les ressources des promoteurs de mesures antitabac, découle de la proposition 2 et le chapitre 8, sur les alliances et interventions des acteurs de la coalition antitabac, des propositions 3, 4 et 5.



## Chapitre 4 Méthode

### 4.1 Devis de recherche

Cette recherche consiste en une étude de cas (Platt, 1999; Stake, 1994; Yin, 1994), c'est-à-dire le cas de l'adoption, par l'Assemblée nationale du Québec, le 17 juin 1998 du projet de loi 444 *Loi sur le tabac*. L'étude fait appel à deux niveaux d'analyse inter-reliés. Le premier niveau d'analyse est celui des facteurs de changement de politiques externes au sous-système (propositions 1 et 2). Afin de respecter la recommandation de Sabatier et Jenkins-Smith quant à la nécessité d'adopter un horizon temporel suffisamment long – au moins une décennie – pour comprendre les événements et processus en cause, nous avons délimité cette unité par la période s'étendant des cinq mois précédant l'adoption, en 1986, de la première loi provinciale réglementant les usages du tabac ( $t_0$ ) jusqu'à l'adoption de celle de 1998 ( $t_1$ ). Le lecteur peut se référer au Tableau III, page 61, pour un aperçu des mesures contenues dans chacune des lois. Cette période d'un peu plus de 12 années permet d'apprécier avec suffisamment de recul l'impact des facteurs externes sur les contraintes, occasions et ressources de la coalition promouvant les mesures antitabac et de celle de ses opposants. Par exemple, il nous était possible d'observer l'effet de l'élection en 1994 d'un nouveau gouvernement provincial (proposition 2B) sur le niveau de ressources investies dans la lutte au tabagisme et sur le discours gouvernemental à l'égard de ce problème.

**Tableau III Résumé des principales mesures figurant dans les lois du Québec de 1986 et 1998**

*Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics (projet de loi 84) adoptée le 18 juin 1986*

*Loi sur le tabac (projet de loi 444) adoptée le 17 juin 1998*

#### **Mesures de protection des non-fumeurs**

Interdiction de fumer dans les lieux occupés par un organisme gouvernemental, municipal, scolaire fréquentés par le public afin d'y recevoir des services et dans les lieux où se déroulent des activités religieuses, sportives etc.

La plus haute autorité d'un établissement touché par la loi peut dans la plupart des cas permettre l'aménagement de fumeurs ou encore désigner un espace où il est permis de fumer.

Interdiction de fumer dans la plupart des véhicules de transport public.

Interdiction de fumer dans un autobus interurbain dont le parcours s'effectue sur une distance de 300 km ou moins.

Une proportion minimale des sièges doit être réservée aux non-fumeurs dans les trains, traversiers et autobus interurbains.

Les municipalités peuvent renforcer davantage les restrictions dans les autres lieux publics.

Interdiction de fumer dans tous les lieux de travail fermés ou qui accueillent le public. Les bars et salles de bingo sont exemptés.

L'aménagement de fumeurs répondant à certaines normes est autorisé sauf dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire, les services de garde à l'enfance et les lieux où se déroulent des activités destinées aux mineurs.

Les aires fumeurs sont autorisées dans les centres commerciaux, casinos d'État, salles de jeux, gares ainsi que dans certains espaces spécifiques des établissements où sont présentés des activités sportives, de loisirs ou culturelles.

Les établissements de restaurations et d'hébergement doivent réserver au moins 60% de leurs places/chambres aux non-fumeurs. L'espace fumeur des restaurants doit être cloisonné et ventilé selon les normes.

Les municipalités ne peuvent aller au-delà des restrictions de la *Loi sur le tabac*.

#### **Mesures touchant la vente de tabac**

Interdiction de vendre du tabac aux mineurs.

Restrictions sur l'emplacement et l'accès aux distributrices automatiques de cigarettes.

Restrictions sur l'emplacement des points de vente du tabac (interdit de vente en pharmacie).

Interdiction de vendre des cigarettes autrement que dans un paquet en contenant au moins 20.

#### **Mesures touchant la promotion, la publicité et l'emballage des produits du tabac**

Interdiction des offres promotionnelles et remises en contrepartie de l'achat de tabac.

Interdiction de toute forme de publicité et de commandite associée à la promotion du tabac.

Habilitation du gouvernement à déterminer des normes relatives au contenant, à l'emballage et à la présentation du produit.

#### **Mesures encadrant la composition du tabac**

Habilitation du gouvernement à déterminer des normes relatives à la composition et aux caractéristiques des produits du tabac.

Le deuxième niveau d'analyse est celui des facteurs de changement de politique associés aux efforts des promoteurs de mesures législatives antitabac. Il s'agit ici de documenter les propositions de recherche 3, 4 et 5 et d'évaluer comment les occasions et ressources suscitées par les facteurs externes ont été mises à profit par les ORGSP et leurs partenaires. Les ORGSP considérées sont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et leurs directions de la santé publique (DSP) ainsi que les différentes entités qui permettaient aux représentants de ces organisations de coordonner leurs interventions ; par exemple, le Conseil des directeurs de santé publique et la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux.

## **4.2 La collecte des données**

Pour documenter les efforts des ORGSP et de leurs alliés, l'influence des facteurs externes au sous-système politique, ainsi que celui des paramètres relativement stables qui encadraient les orientations du sous-système, nous avons puisé dans deux corpus généraux de données soit des documents écrits et des témoignages recueillis auprès d'acteurs impliqués dans les législations tabac.

### **4.2.1 Les documents écrits**

Nos documents écrits proviennent de quatre sources.

La première source, et de loin la plus volumineuse, est composée de textes (n=569) de quatre quotidiens de langue française publiés au Québec soit *Le Devoir*, *Le Droit*, *La Presse* et *Le Soleil*. D'autres quotidiens, tels *The Gazette* et le *Journal de Montréal/de Québec* auraient pu être consultés mais comme leurs contenus n'étaient pas indexés au moyen d'une banque de données nous avons été contraints de les laisser tomber. Par ailleurs, étant donné le nombre considérable d'articles, de chroniques, d'éditoriaux et de lettres publiés entre  $t_0$  et  $t_1$ , nous avons limité notre examen aux textes publiés pendant quatre périodes distinctes. Ces périodes, d'une durée six mois chacune, correspondent à autant d'événements critiques en lien avec l'évolution du dossier de l'action législative en matière de réduction du tabagisme:

(1) l'adoption en 1986 de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*, (2) l'adoption en 1994 des plans québécois et canadien de lutte contre la contrebande (Gouvernement du Québec, 1994), (3) la consultation publique sur une législation québécoise contre le tabagisme (Québec. Direction générale de la santé publique, 1995) et (4) l'adoption en 1998 de la *Loi sur le tabac*. Ces périodes ont été sélectionnées sur la base de consultations tenues auprès d'experts en tabagisme au Québec. En incorporant les périodes de dépôt et d'adoption des projets de loi de 1986 et 1998, nous nous assurons de couvrir au moins un cycle de formulation-implantation-reformulation de la politique tel que prescrit par Sabatier et Jenkins-Smith (Sabatier, 1993; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

Un moteur de recherche (Biblio branché<sup>®</sup>) a été utilisé afin de répertorier les textes éligibles. La banque de données a été interrogée à partir des mots clés suivants : *Tabac, tabagisme, antitabac, antifumée, cigarette[s], cigare[s], fumeur[s], non-fumeur[s] et fumée secondaire*. La recherche des mots-clés a été effectuée dans le texte et dans ceux attribués par les gestionnaires de la banque de données. Dans le cas des textes publiés lors de la première période, seul le quotidien *La Presse* était indexé électroniquement. Il a donc fallu avoir recours à deux autres indexeurs soit le répertoire imprimé couvrant la période de janvier à juin 1986 de « l'Index de l'actualité » (Microfor, 1986) et un répertoire électronique le « Périodisc La Presse » (CEDROM Technologies, 1991).

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin de réduire le corpus de textes répertoriés. Les textes retenus devaient notamment avoir pour sujet central (ou parmi ses sujets centraux) l'intervention gouvernementale en tabagisme au Québec et au Canada ou la fumée de tabac environnementale. Le lecteur trouvera à l'Appendice 3 une description détaillée des périodes couvertes, des critères de sélection et du nombre de textes retenus par période. Notons que nous avons consulté d'autres articles publiés en dehors des quatre périodes afin de compléter l'information collectée et d'éclaircir des points précis soulevés en cours d'analyse.

Pour améliorer notre perspective historique du traitement de la problématique du tabac par le gouvernement du Québec, nous avons aussi examiné les titres des articles du journal *Le Devoir* publiés de 1966 à 1972 et répertoriés dans *L'index du journal Le Devoir (Université Laval. Centre de documentation, 1966-1972)*. Les titres du même quotidien et des journaux *La Presse* et *Le Soleil* répertoriés dans *L'Index de l'actualité* de 1973 à 1985 ont également été consultés (Université Laval. Service d'analyse et d'indexation, 1973-1985).

La deuxième source de données comprend des documents émanant des ORGSP et des partenaires de la coalition ( $n > 200$ ). Ces documents administratifs (et autres documents de la littérature grise) traitent du contrôle du tabagisme au Québec et des stratégies pour favoriser l'adoption de la loi sur le tabac (ex: plans d'actions, bilans d'activités, rapports annuels, etc.). Ces documents ont été identifiés à partir des informations contenues dans les autres sources de données, tout particulièrement à travers nos entretiens avec des informateurs clés.

Des mémoires sur les projets de loi de contrôle du tabagisme constituent notre troisième source de données. Ces mémoires avaient été déposés par différents organismes dans le cadre de la consultation publique de 1996 et de la commission parlementaire chargée, en 1998, d'étudier le projet de *Loi sur le tabac*.

Enfin, nous avons consulté les journaux des débats de l'Assemblée nationale et des Commissions parlementaires en lien avec les quatre événements critiques mentionnés précédemment.

#### **4.2.2 Les entrevues individuelles**

Une partie de nos données découle d'entretiens réalisés auprès de répondants susceptibles de documenter les conditions et dynamiques à la source de l'adoption de la loi. Ces entrevues nous permettent de reconstituer la coalition promotrice des mesures de réduction du tabagisme ainsi que les liens entre les acteurs qui la composent. En cela, notre approche se distingue de la stratégie de Zafonte et Sabatier (2004) qui s'appuient sur la conduite de sondages.

Tableau IV Nombre d'entrevues réalisées par catégories d'acteurs

	<i>Nb. de personnes interviewées</i>	<i>Nb. de sessions d'entrevue réalisées</i>	<i>Nb d'entrevues de validation</i>
Acteurs des instances politiques du gouvernement	2	2	1
Fonctionnaires du MSSS	3	4	3
Professionnels et décideurs des RRSSS et des anciens DSC	14	24	4
Organisations partenaires des ORGSP	7	7	2
Autres	2	2	0
Total	28	39	10

Un total de 39 entrevues ont été réalisées. Nous avons procédé à une sélection restreinte des acteurs impliqués dans les efforts pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac* (ou impliqués dans le dossier du tabac lors de l'adoption de la loi de 1986) en constituant un échantillon de type non probabiliste. Les personnes rencontrées (n=28) ont été identifiées à travers les sources de données pré-citées. Ces personnes (voir Tableau IV) œuvrent ou œuvraient au sein d'instances politiques du gouvernement, du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales de la santé et des services sociaux, des départements de santé communautaire et d'organisations partenaires des ORGSP. Nous avons également rencontré des personnes oeuvrant dans deux autres institutions gouvernementales. À l'exception d'une entrevue conduite par téléphone, toutes les entrevues ont été conduites en personne (par le candidat au doctorat) et sur un mode semi-directif, un mode jugé plus approprié pour la collaboration avec les professionnels et aussi plus à même de faire émerger des éléments non prédits par notre appareil conceptuel. L'interviewer était muni d'une grille d'entrevue couvrant les thèmes à documenter en lien avec les propositions de recherche ; par exemple, le discours sur la FTE et sur la législation du tabagisme. Des ajustements à la grille ont été apportés en fonction de la catégorie de répondant interviewé. De plus, certaines personnes ont dû être rencontrées à deux et même trois reprises afin de couvrir tous les aspects à documenter. Une version générique de la grille est présentée à l'Appendice 4.

Avec le consentement écrit des répondants (voir Appendice 5), les entrevues ont été enregistrées sur bande audio et ont fait l'objet d'une transcription verbatim. Seules trois entrevues n'ont pas été retranscrites verbatim, l'une parce qu'il n'a pas été utile de l'enregistrer étant donnée la nature très précise des informations à collecter et le fait que l'entrevue s'est déroulée par téléphone, une deuxième en raison de la piètre qualité de l'enregistrement sonore et une troisième en raison de la préférence du répondant. Dans les trois cas, un résumé écrit des informations collectées a été produit sur la base de notes détaillées rédigées par l'interviewer et des informations qu'il a été possible de récupérer sur la bande audio.

Notons que nous avons clos la collecte de données lorsque nous avons constaté que ce travail ne générerait plus de données susceptibles d'enrichir ou de contredire nos analyses (Laperrière, 1997).

### ***4.3 Le traitement et l'analyse des données***

Nous avons élaboré une grille de lecture des documents que nous avons adaptée à chacune des sources de données. Notre grille, définie à partir de nos propositions de recherche, abordait les thèmes suivants (voir Appendice 6 pour une description détaillée des items de la grille) :

- Le discours des acteurs de la coalition pro-législation sur le tabagisme, sur la FTE et sur la législation;
- Le discours des acteurs de la coalition anti-législation sur la FTE;
- Le discours des acteurs politiques et gouvernementaux sur la FTE et sur la législation;
- Les informations véhiculées par les médias écrits sur la FTE, sur la législation;
- Les perceptions de la population à l'égard du tabagisme (l'importance du problème, la nature des causes et sur les solutions appropriées);

- Les ressources gouvernementales en prévention/promotion et plus spécifiquement en tabagisme avant et après 1994 (année de l'élection provinciale et de la diminution des taxes);
- Les ressources (financières, humaines, etc.) et les occasions d'accès à des forums et aux médias de la coalition pro-législation;
- Les interventions de la coalition pro-législation pour changer les perceptions à l'égard du tabagisme de la population et des acteurs politiques et gouvernementaux.

Les verbatim d'entrevues et le résumé des articles de presse de la période I et les textes des articles de presse des trois périodes suivantes ont été stockés et traités à l'aide du logiciel de traitement des données qualitatives NVivo<sup>®</sup>. Nous avons résumé les textes de la période I étant donnée que ces documents n'existaient pas alors sous forme électronique. Tous les documents recueillis et consultés ont été répertoriés à l'aide d'un logiciel de gestion bibliographique (EndNote<sup>®</sup> version 6). En plus de faciliter sa consultation, le classement et l'archivage du matériel sur support électronique rendent possible son audit par un examinateur externe; une condition jugée essentielle pour assurer la fiabilité des résultats (Marshall & Rossman, 1999).

L'analyse du cas s'est appuyée sur les propositions du modèle conceptuel (voir Tableau II). La démarche adoptée s'inspire de Miles et Huberman (1994). Dans une première étape, nous avons réduit les données en codifiant le matériel à l'aide des thèmes (voir Appendice 6). Par la suite, le matériel codé sous chaque thème a fait l'objet d'une description détaillée rédigée sous la forme d'un récit. Ces récits nous ont permis d'établir la chronologie des événements, les liens entre ceux-ci et d'obtenir une description détaillée des différents aspects du phénomène étudié. Dans le cas spécifique des articles de la presse écrite, nous avons opéré un découpage additionnel des informations par catégories d'acteurs (acteurs du secteur de la santé, acteurs économiques, de l'industrie du tabac, des médias et acteurs politiques), ce qui nous a permis de dégager les principales divergences et



similitudes dans les visions des problèmes et solutions portés par chacun des groupes à l'égard de la problématique du tabac.

Ce travail de réduction des données complété, nous avons ensuite mis à l'épreuve les cinq propositions théoriques. Dans une logique d'appariement de modèle à la réalité, nous avons ainsi relié la base empirique aux propositions théoriques (Yin, 1994). Chacune des propositions a fait l'objet d'un travail d'explication des divergences et convergences entre les données et le modèle.

La validité de l'analyse fut assurée par trois types de stratégies. D'abord, nous avons eu recours à plusieurs sources de données. Nous avons effectué un travail de triangulation du matériel de manière à faire ressortir les écarts et contradictions observés entre les informations tirées des différentes sources. Ces divergences ont été examinées et au besoin documentées au moyen d'une cueillette additionnelle de données. Ensuite, nous nous sommes assuré du strict respect de la "chaîne d'évidences" en rendant explicite le raisonnement à la base de nos analyses, par exemple, en multipliant les références à la base de données. Enfin, pour valider les résultats obtenus, nous avons transmis une version préliminaire des huit premiers chapitres de cette thèse à des répondants clés interviewés lors de la collecte de données (n=14). Dix répondants ont bien voulu se prêter à cette opération de validation (voir Tableau IV, page 65). Par écrit (voir Appendice 7), ces personnes ont reçu l'instruction de prêter attention aux erreurs, interprétations fautives et anachronismes et aussi de nous indiquer les résultats susceptibles de nuire aux répondants ou à leurs institutions. Nous avons aussi sollicité leur collaboration pour nous fournir tout document susceptible d'améliorer les assises de nos résultats. Leurs réactions à nos résultats ont été recueillies, selon le cas, de vive voix, par téléphone, en personne ou par écrit. Leurs critiques, suggestions et commentaires ont permis de corriger certaines informations erronées, de préciser certains éléments recueillis et de collecter de nouvelles informations.

Le protocole de recherche a été approuvé par le *Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé* de l'Université de Montréal.

« L'Opposition [formée par le Parti libéral du Québec] était pour parce que, j'ai l'impression, en partie, ils croyaient au fond au dossier, mais aussi peut-être pour des raisons politiques. Je pense qu'ils étaient pas sûrs que le gouvernement irait de l'avant avec sa loi, et comme ils avaient senti que l'opinion publique en gros était d'accord avec la loi, si le gouvernement n'avait pas déposé son projet de loi, l'Opposition voyait une belle opportunité pour les blâmer. Et ça, ça vient probablement carrément de la lecture des sondages que les partis politiques ont faits ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

## **Chapitre 5 L'État québécois et le tabac : un bref historique**

Ce chapitre présente un récit des événements qui ont ponctué l'évolution de l'intervention des gouvernements du Québec et du Canada sur le problème du tabac. Il s'agit en fait de fournir au lecteur les éléments contextuels qui lui permettront d'apprécier l'exposé des résultats de nos analyses présentés dans les chapitres 6 à 9. Mais avant d'amorcer ce récit, nous présentons dans la première section un bref portrait de l'évolution des interventions en matière de santé des deux paliers de gouvernement. Cette section permettra au lecteur, peu familier avec l'intervention et l'organisation des services de santé publique au Québec et au Canada, d'être en mesure de mieux saisir les enjeux présentés dans les chapitres suivants et tout particulièrement dans le Chapitre 8.

## **5.1 Le partage des responsabilités provinciales-fédérales en matière de santé et l'organisation du réseau gouvernemental de la santé publique québécois**

Dès la fondation du Canada<sup>9</sup> en 1867 par la ratification de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*,<sup>(1)</sup> la santé a été inscrite comme un champ de juridiction et de compétence provinciale<sup>10</sup>. Cependant, à la lumière des interventions des gouvernements provincial et fédéral dans ce champ, il faut reconnaître qu'il existe un certain flou dans le découpage des responsabilités en matière de santé. Dans ce qui suit, nous donnons un bref portrait de l'évolution de l'implication de ces deux gouvernements dans la santé.

### **5.1.1 Le gouvernement fédéral et la mission de santé publique**

Dès les années 50, alors que la province de la Saskatchewan innovait en se dotant du premier régime universel d'assurance hospitalisation (1947) et d'assurance maladie (1962), le gouvernement fédéral usait de son pouvoir constitutionnel de dépenser pour financer une partie des coûts des programmes provinciaux.<sup>(2)</sup> Ainsi, par l'entremise la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957, la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, la *Loi canadienne sur la santé* de 1985<sup>(3)</sup> et du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*<sup>(4)</sup> (réformé et rebaptisé en 1995 *Transfert social canadien*<sup>(2)</sup>) le gouvernement fédéral a été en mesure d'influencer le développement des systèmes de santé provinciaux de manière à favoriser l'établissement d'une norme canadienne de prestation des services et des conditions qui les encadrent.<sup>(2)</sup>

---

<sup>9</sup> Le Canada, confédération de dix provinces et de deux territoires (Un troisième territoire a été créé en 1999) est doté d'un système parlementaire s'inspirant du modèle westminsterien britannique.

<sup>10</sup> Les numéros entre parenthèses se rapportent à la liste des documents du corpus de données.

Ce n'est toutefois qu'au cours des années 70, que le gouvernement fédéral a commencé à véritablement s'intéresser aux déterminants de la santé autres que celui des services de soins de santé<sup>(5,6)</sup> et à reconnaître que le système de soin de santé n'était pas le facteur le plus déterminant du statut de santé de la population.<sup>(5)</sup> Cet intérêt, qui n'était pas étranger à la volonté d'endiguer l'escalade des coûts des soins de santé,<sup>(7)</sup> a ainsi donné lieu à la publication en 1974, d'un livre blanc intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* et mieux connu sous le nom de Rapport Lalonde.<sup>(8)</sup> Ce document qui a reçu un large écho a en quelque sorte inauguré le rôle de promoteur de la santé de ce palier de gouvernement.<sup>(6)</sup> Cela dit, l'implication du gouvernement fédéral dans la prévention des maladies prend également d'autres formes. Par exemple, il assume un rôle de surveillance à l'égard des maladies<sup>(9)</sup> et use de son pouvoir de légiférer et réglementer pour endiguer certaines menaces à la santé de la population. La *Loi sur les produits dangereux*<sup>(10)</sup> qui régleme les produits susceptibles d'affecter la santé des citoyens n'est qu'un exemple d'interventions de ce type exercées au nom de la santé publique.

### **5.1.2 Le gouvernement du Québec et la mission de santé publique**

Au Québec, au début des années 70, l'organisation des interventions de santé publique fait l'objet d'une vaste réforme inspirée par les recommandations de la Commission Castonguay – Nepveu.<sup>(11)</sup> Les principaux éléments de la réforme qui vise principalement la ré-organisation du système de soins de santé sont balisés par l'adoption en 1971 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Douze conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) responsables d'autant de régions sont ainsi créés afin de mettre en branle une décentralisation administrative de la gestion du système de santé.<sup>(12,13)</sup>

L'organisation de la santé publique fait aussi l'objet d'une réorganisation dont on retrouve l'essence dans les recommandations du groupe de travail formé pour réfléchir sur cet aspect négligé par la Commission Castonguay-Nepveu.<sup>(14,15)</sup> Ainsi

en 1974, 32 départements de santé communautaire (DSC) sont mis sur pied afin de prendre la relève des unités de santé publique, créé dans les années 20,<sup>(16)</sup> et des départements municipaux de santé.<sup>(15)</sup> Chaque DSC relevait d'un hôpital avec pour objectif sous-jacent de favoriser l'intégration des services préventifs et curatifs.<sup>(12,15,17)</sup> Plus précisément, les DSC avaient pour mission d'identifier les besoins de santé de la population, de développer et assurer la mise en œuvre des programmes, de coordonner les efforts de la communauté pour réaliser les objectifs de santé et d'évaluer l'impact des programmes.<sup>(15,18)</sup> Une partie des interventions des DSC s'effectuait en collaboration avec les centres locaux de services communautaires CLSC.<sup>(12,18)</sup> Ces entités locales, créées également sous la réforme, offrent à la fois des services sociaux et de santé.<sup>(15)</sup> Comme le réseau des CLSC s'est avéré plus lent à se développer que celui des DSC (au début des années 80 on comptait une centaine de CLSC), les DSC vont également devoir s'impliquer dans l'offre de services directs à la population.<sup>(15)</sup>

Signalons que la création des DSC et CLSC marque une coupure de la santé publique traditionnelle fondée sur l'épidémiologie vers une nouvelle idéologie de la promotion de la santé, qualifiée à l'époque par Pineault<sup>(15)</sup> d'idéologie de la santé communautaire et dont on trouve des échos dans le Rapport Lalonde déjà mentionné.

À la fin des années 80, un autre vent de réforme souffle sur le système de santé québécois. En 1988, la commission Rochon recommande de décentraliser davantage la gestion du système de santé en remplaçant les conseils régionaux par des régies régionales dotées de pouvoirs accrus. Il s'agit d'aller au-delà de la simple décentralisation administrative réalisée lors de la réforme précédente.<sup>(12)</sup> Les grandes lignes des recommandations de la Commission Rochon sont adoptées en 1991 par l'entremise du projet de loi 120.<sup>(12,19)</sup> Ainsi, en octobre 1992, la carte sanitaire de la province est re-découpée en 18 territoires administrés par 17 régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et le Conseil Cri de la Baie-James. Créées dans la perspective d'assurer la participation des citoyens dans la définition des orientations et missions des interventions de santé, les régies seront

encadrées par des assemblées régionales et conseils de directions sur lesquels sièges un certain nombre de représentants élus provenant d'institutions publiques et privées, d'organismes communautaires et aussi de municipalités.<sup>(12)</sup> Les assemblées régionales ont principalement pour fonction d'approuver les priorités régionales de santé et le rapport annuel d'activités.<sup>(12)</sup>

Ceci dit, au cœur de la réforme de 1991 on retrouve une orientation marquée pour la mission prévention/promotion.<sup>(20)</sup> La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>(19)</sup> entraîne l'abolition des DSC et attribue les mandats de connaissance, surveillance, de protection, de prévention et de promotion de la santé aux directeurs de la santé publique de chacune des régions régionales. Les directeurs sont nommés par le ministre de la Santé sur recommandation de la région régionale.

L'importance de la mission de prévention/promotion se reflète également dans les structures même du ministère de la Santé et des Services sociaux. En 1993, le ministère se dote d'une direction générale de la santé publique (DGSP).<sup>(19)</sup> La DGSP voit notamment à la mise en œuvre, à l'application et à l'évaluation des programmes et assure la protection de la santé publique. La DGSP coordonne également *La Politique de la santé et du bien-être*<sup>(21)</sup> adoptée en 1992. Véritable programme de santé publique, cette politique fixe des objectifs de réduction de certains problèmes de santé publique et des stratégies pour s'attaquer à ces problèmes<sup>(12)</sup> et sert également d'outil de base pour allouer les budgets de santé publique aux régions socio-sanitaires et pour évaluer l'efficacité du système de santé.

### **5.1.3 Les paliers de gouvernements locaux et régionaux**

Terminons enfin, avec les paliers de gouvernements locaux et régionaux. Au Québec, en terme de mission de santé, les municipalités et municipalités régionales de comté n'ont pas à ce titre de rôle formel autre que ceux traditionnels d'entretien et de gestion des infrastructures sanitaires (égouts, aqueducs, collecte des déchets) ou encore d'inspection des services alimentaires. Ces entités disposent toutefois d'une certaine prérogative dans l'élaboration et l'adoption de mesures pour

promouvoir la santé de leurs populations. Un exemple probant de telles initiatives est celui des municipalités de l'Ouest du Québec (Westmount, Côte-Saint-Luc, Aylmer) qui, dès le début des années 80, ont réglementé les usages du tabac; soit bien avant que les gouvernements provincial et fédéral ne s'intéressent à la question.<sup>(22-25)</sup> Faute de ressources pour explorer davantage le rôle de ces paliers de gouvernement dans l'adoption de la *Loi sur le tabac* nous nous limitons à ces propos.

Dans ce qui suit, nous amorçons le récit de l'évolution de l'intervention des gouvernements du Québec et du Canada sur le problème du tabac. Le lecteur pourra se référer au Tableau V, page 75, pour un résumé des différents événements abordés dans cette section. Par ailleurs, l'Appendice 8 offre une chronologie davantage détaillée des événements qui se sont déroulés de 1994 à 1998.

## ***5.2 Genèse de l'intervention de l'État québécois sur le tabac (1908 à 1994)***

La préoccupation des gouvernements du Canada et du Québec pour les aspects sanitaires du tabac n'est pas récente. Dès le début du 20<sup>ième</sup> siècle, la question est soulevée à plusieurs reprises et donne même lieu en 1908 à l'adoption par le parlement canadien d'une loi sur la répression de l'usage du tabac chez les adolescents.<sup>(26)</sup> Cependant cette loi qui interdit la vente de tabac aux personnes de moins de 16 ans et la possession et l'usage du tabac chez ces derniers ne sera, semble-t-il, jamais vraiment appliquée.<sup>(26)</sup> Bien qu'au cours des années subséquentes les membres de la Chambre des communes se soient penchés à plusieurs reprises sur les aspects sanitaires du tabac, aucune autre mesure de ce genre ne sera adoptée par le gouvernement fédéral avant la fin des années 80.

**Tableau V Événements clés de l'évolution de la politique tabac du Québec de 1908 à 1998**

Adoption par le Parlement du Canada de la <i>Loi sur la répression de l'usage du tabac chez les adolescents.</i> <sup>(26)</sup>	1908
Le gouvernement du Canada se dote d'un programme sur le tabagisme et la santé. <sup>(26)</sup>	1964
Dépôt du rapport du <i>Comité permanent de la santé du bien-être social et des affaires sociales sur l'usage du tabac et de la cigarette</i> (Rapport Isabelle). <sup>(27)</sup>	1969
Abandon après l'adoption en première lecture du projet de loi 191, <i>Loi régissant l'usage du tabac dans les endroits publics</i> , présenté par le député libéral Harry Blank. <sup>(28)</sup>	1978
Le ministère des Affaires sociales recommande l'adoption d'une loi pour encadrer les usages du tabac dans les endroits publics. <sup>(25)</sup>	1978
Le Conseil consultatif de l'environnement du Québec dépose son rapport sur <i>L'usage du tabac dans les endroits publics et la protection des non-fumeurs</i> commandé par le ministre de l'Environnement. <sup>(29)</sup>	1979
Le ministère des Affaires Sociales du Québec élabore sa <i>Politique de prévention des problèmes reliés au tabagisme.</i> <sup>(30)</sup>	1983
Dépôt par le Conseil des affaires sociales et de la famille du document : <i>Objectif santé : rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé</i> qui aborde le problème du tabac. <sup>(31)</sup>	1984
Adoption au Québec de la <i>Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics.</i> <sup>(32)</sup>	18 juin 1986
Adoption par le gouvernement du Canada de la <i>Loi réglementant les produits du tabac</i> et de la <i>Loi sur la santé des non-fumeurs.</i> <sup>(33)</sup>	28 juin 1988
Début de la crise de la contrebande.	1992
Le ministère de la Santé et des Services sociaux adopte <i>La politique de la santé et du bien-être.</i> <sup>(21)</sup>	1992
Aux États-Unis la Environmental Protection Agency publie un rapport sur la fumée de tabac dans l'environnement. <sup>(34)</sup>	Déc 1992
Adoption des plans de lutte contre la contrebande du Canada et du Québec (réduction substantielle des taxes sur le tabac). <sup>(35,36)</sup>	8 fév 1994
Aux États-Unis la Food and Drug Administration présente des éléments de preuve qui justifient l'inclusion de la nicotine dans les drogues réglementées. <sup>(37)</sup>	25 mars 1994
Adoption par le MSSS du <i>Plan d'action de lutte au tabagisme.</i> <sup>(38)</sup>	Juin 1994
L'État du Minnesota et la compagnie d'assurances Blue Cross/Blue Shield déposent une plainte en justice contre les principaux fabricants de tabac afin d'obtenir le remboursement d'une partie des frais de santé publique occasionnés par le tabagisme. <sup>(39)</sup>	Août 1994
Élection du Parti québécois à la tête du gouvernement du Québec.	12 sept 1994
L'administration américaine du président Clinton autorise la FDA à prendre des mesures pour réduire la vente et la promotion du tabac auprès des adolescents. <sup>(40)</sup>	Août 1995
La Cour suprême du Canada invalide certains articles de la <i>Loi réglementant les produits du tabac</i> restreignant la promotion des produits du tabac. <sup>(41)</sup>	21 sept 1995



Le ministre de la Santé, Jean Rochon, lance la consultation publique sur une législation québécoise contre le tabagisme. <sup>(42)</sup>	14 nov 1995
Lancement officiel de la <i>Coalition québécoise pour le contrôle du tabac</i> . <sup>(43)</sup>	Avril 1996
Le ministre Rochon annonce qu'il entend restreindre la publicité et la commandite du tabac. <sup>(44)</sup>	Nov 1996
Adoption du projet de loi fédéral C-71 <i>Loi sur le tabac</i> une loi réglementant la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac. <sup>(45)</sup>	25 avril 1997
Présentation du projet de <i>Comité de communication</i> à la Conférence des régies régionales. <sup>(46)</sup>	23 mai 1997
Les fabricants de tabac américains commencent à remettre au bureau de l'avocat représentant l'État du Minnesota et la compagnie d'assurances Blue Cross/Blue Shield 39 millions de pages de documents portant sur des études confidentielles. <sup>(47,48)</sup>	6 avril 1998
Les fabricants de tabac consentent, dans un règlement hors cour, à verser 6,5 milliards de dollars sur 25 ans à l'État du Minnesota et à la Blue Cross/Blue Shield. <sup>(49)</sup>	8 mai 1998
Le ministre Rochon dépose son projet de loi à l'Assemblée nationale. <sup>(50)</sup>	14 mai 1998
Étude du projet de loi par la Commission parlementaire des Affaires sociales. <sup>(51-55)</sup>	Mai - juin 1998
Le ministre fédéral de la Santé, Allan Rock, dépose à la chambre des communes des amendements à la <i>Loi sur le tabac</i> . Aux nombres des amendements figurent un délai de 5 ans à l'interdiction de la publicité de commandite. <sup>(56)</sup>	3 juin 1998
Adoption par l'Assemblée nationale de la <i>Loi sur le tabac</i> . <sup>(57)</sup>	17 juin 1998

En fait, pour les deux paliers de gouvernement, ce sont surtout les aspects économiques du dossier qui interpellent les parlementaires, que ce soit à travers leurs politiques agricoles, fiscales ou de développement économique. Ce n'est en fait qu'en 1964 que le fédéral va se doter d'un programme sur le tabagisme et la santé et s'engager dans des activités d'information sur les dangers du tabac pour la santé.<sup>(26)</sup> C'est aussi dans les années 60 que les députés de la Chambre des communes à Ottawa vont commencer à s'intéresser à la question de la promotion (restrictions sur la publicité) et de la composition (réglementation de la teneur en goudron et en nicotine) du tabac. Cet intérêt du Parlement canadien pour la question du tabagisme va donner lieu, en 1969, au dépôt du rapport du Comité permanent de la santé du bien-être social et des affaires sociales sur l'usage du tabac et de la cigarette.<sup>(27)</sup> Connue aussi sous le nom de Rapport Isabelle, du nom de son président, le document va comporter une série de recommandations pour réduire l'usage du tabac portant entre autres sur la promotion du tabac, sur

l'apposition d'avertissements sur les paquets de cigarettes, sur l'installation des distributrices, sur la teneur en goudron et en nicotine, sur les normes de fabrication des cigarettes pour diminuer les risques d'incendies. Le Comité recommandera également l'interdiction de la vente de tabac dans les hôpitaux et dispensaires ainsi que la distribution gratuite des cigarettes et les systèmes de coupons et de primes.<sup>(26,27,58)</sup> Plusieurs des mesures proposées en 1969 figurent encore aujourd'hui au nombre de celles promues pour réduire le tabagisme.

Quant au gouvernement du Québec, jusqu'au milieu des années 1990, il adopte une position attentiste par rapport aux aspects sanitaires du dossier, laissant aux municipalités et au gouvernement fédéral l'initiative sur ce terrain. Bien que le gouvernement du Canada finance la lutte contre le tabagisme depuis 1964, ce n'est qu'à la fin des années 1970 que le tabac va timidement commencer à faire son entrée dans les politiques de santé du gouvernement du Québec. Le ministère des Affaires sociales annoncera alors son intention de se donner une politique de lutte contre le tabagisme<sup>11</sup>. Mais ce n'est de toute évidence qu'en 1983 que le ministère des Affaires sociales se dotera d'une stratégie en ce sens.<sup>(30)</sup> La stratégie repose essentiellement sur des activités d'éducation sanitaire mais suggère aussi d'augmenter de manière ciblée la taxe sur les cigarettes jugées plus nocives, de s'entendre avec les fabricants de tabac pour limiter leurs dépenses publicitaires<sup>12</sup> et de restreindre l'usage du tabac dans les lieux publics.<sup>(30)</sup> Cela dit, dans les années 80, c'est plutôt la taxation du tabac et les restrictions sur les usages qui vont retenir l'attention de l'État québécois.

### **5.2.1 Les mesures fiscales sur le tabac**

Dès la seconde moitié des années 70, les hausses de taxes vont figurer à répétition dans les discours du budget provincial des ministres des finances. Mais c'est

---

<sup>11</sup> Le rapport de 1979 du Conseil consultatif de l'environnement fait allusion à la publication par le ministère des Affaires sociales d'une version préliminaire d'une politique de lutte au tabagisme.

<sup>12</sup> Cette approche du problème par la négociation a aussi été longtemps privilégiée par le gouvernement fédéral. Plusieurs ententes ont été ainsi conclues avec l'industrie.<sup>(26)</sup>

surtout au début de la décennie suivante, et sous l'impulsion du gouvernement fédéral que ces hausses vont se traduire par une spirale d'augmentation des prix du tabac.<sup>(26)</sup> Pour les différents gouvernements qui se sont succédés au Québec, la décision d'augmenter les taxes spécifiques sur le tabac était surtout motivée par le problème des finances publiques. L'action gouvernementale sur le tabac apparaît ainsi s'inscrire davantage à l'intérieur de la sphère des politiques fiscales que de celle des politiques sanitaires. Une interprétation que tend à appuyer le fait que le tabac est traité sur le même pied d'égalité que l'alcool ou le carburant dans les discours des budgets des ministres des Finances. Le tabac apparaît instrumental aux objectifs d'augmentation des revenus de l'État. Malgré cela, l'effet du prix sur la consommation ne manquera pas d'être observé autant par les politiciens que par les journalistes et représentants de l'industrie du tabac.<sup>(25,59-62)</sup>

« La campagne contre le tabagisme ne fait que prendre de l'ampleur depuis quinze ans. Études, campagnes de sensibilisation et pression du milieu poussent tranquillement les fumeurs et leur fumée dans leurs derniers retranchements. Mais jusqu'ici, rien n'aura eu autant d'effet pour réduire la consommation de cigarettes qu'une bonne vieille recette économique, simpliste sur les bords : les hausses de taxes ». (Alain Dubuc, Éditorialiste, 1986)<sup>(59)</sup>

### **5.2.2 Les mesures de restriction des usages du tabac dans les lieux publics**

Au niveau du gouvernement québécois, les préoccupations sur l'usage du tabac dans les lieux publics vont initialement émerger du ministère de l'Environnement. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'existait pas déjà un encadrement légal et réglementaire des usages :

« Le gouvernement du Québec n'est pas à ce jour intervenu davantage que ses partenaires provinciaux pour protéger les non-fumeurs contre l'usage incontrôlé du tabac dans les endroits publics. C'est-à-dire que la presque totalité de nos dispositions législatives et réglementaires interdisant de fumer en certains lieux visent davantage à éviter les incendies et à assurer une préparation hygiénique des aliments qu'à protéger la santé des non-fumeurs ». (Louis Rochette, Avocat, 1979)<sup>(29)</sup>

Ainsi en février 1976, le ministre de l'Environnement soulève le problème de l'usage du tabac et demande au Conseil consultatif de l'environnement un avis « *quant à la nécessité de protéger les non-fumeurs dans les endroits et véhicules publics, un avis qui puisse "permettre au gouvernement d'examiner l'opportunité d'un geste législatif"* ». <sup>(29)</sup> De son côté, le ministère des Affaires sociales <sup>13</sup> va également se pencher sur le problème des usages et recommander en 1978 l'adoption d'une loi en ce sens. <sup>(25)</sup> Cette recommandation suivait l'abandon, après son adoption en première lecture, du projet de loi 191 *Loi régissant l'usage du tabac dans les endroits publics*, présenté par un député de l'Opposition; le député libéral Harry Blank. <sup>(29,63)</sup> Le député Blank aura d'ailleurs, au cours des années 70, ramené à plusieurs reprises ce sujet à l'Assemblée nationale. <sup>(64)</sup>

Le 18 juin 1986, l'Assemblée nationale du Québec adopte la loi 84 dite *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* (LPNF). Le texte de loi, qui s'inspire en grande partie des recommandations du rapport du Conseil consultatif de l'environnement <sup>14</sup> déposé sept ans plus tôt et d'une législation adoptée au Minnesota, <sup>(65)</sup> est le premier du genre adopté au Canada par un gouvernement provincial. La loi découlait d'une initiative du ministre de l'Environnement, Clifford Lincoln, membre du gouvernement dirigé par Robert Bourassa et élu en novembre 1985. La loi reçut un accueil généralement favorable chez les représentants de la presse écrite et chez les députés. Les députés du Parti libéral alors au pouvoir de même que ceux de l'Opposition allèrent même jusqu'à ovationner le ministre Lincoln lors de la présentation du projet de loi. <sup>(66)</sup> La loi semble avoir été élaborée dans un contexte où plus personne ne remet en question

---

<sup>13</sup> Le ministère des Affaires sociales a été jusqu'en 1985, année de la création du ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère responsable du réseau de la santé au Québec.

<sup>14</sup> Il faut dire que le rapport, même s'il touche à la question des effets sur la santé de la fumée indirecte, parle davantage des nuisances pour les non-fumeurs (irritation des yeux, du nez et de la gorge, maux de tête, fatigue etc.), des effets sur le métabolisme et des risques d'incendie. Des problèmes sont toutefois observés chez les enfants. « *on reconnaît que le non-fumeur bien portant absorbe certaines composantes de la fumée, mais les effets d'une exposition prolongée ou répétée sur sa santé sont peu documentés.* » (p. I-54) On conclut « *que le non-fumeur peut être soumis à des conditions qui peuvent affecter sa santé ainsi qu'à des nuisances non-négligeables* ». (I-54)

la nécessité d'encadrer de manière législative l'usage du tabac. Les propos suivants d'un membre de l'Opposition officielle à l'Assemblée nationale sont à ce titre éloquentes.

« Nous [le Parti québécois], on a été là pendant neuf ans, et on n'a pas cru bon ou on a pas pu voir venir le jour de le présenter [le projet de loi sur la protection des non-fumeurs]. On s'y apprêtait, on s'en venait pour le présenter, mais on n'avait pas encore eu le courage de le faire ou on était pas encore psychologiquement prêt à le présenter. Vous le présentez, je vous en félicite et vous vous en félicitez vous-mêmes, vous l'avez fait dans votre présentation. Je vous félicite de l'avoir présenté, mais ce n'est pas juste dans le fait de le présenter qu'on doit se glorifier, c'est de présenter un projet de loi qui se tienne ». (le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ, 1986)<sup>(64)</sup>

Malgré ce contexte favorable et contrairement à ce que peut laisser croire l'enthousiasme qui régnait à l'Assemblée nationale lors du dépôt du projet de loi, il ne semble pas que le gouvernement était prêt à mettre de l'avant des mesures très contraignantes. En fait, la loi qui sera éventuellement adoptée contiendra peu de mesures imposant des changements drastiques de pratiques sociales. Ceci parce que, d'une part, seules les institutions de santé, d'enseignement et les transports publics étaient touchés et, d'autre part, parce que l'application des mesures, exception faite des transports publics, était laissée à la discrétion des responsables des établissements et des municipalités.

Les travaux parlementaires en lien avec l'adoption de la loi n'ont pas non plus fait beaucoup de bruit. Le fait que la question du droit des non-fumeurs n'a pas constitué un enjeu électoral aux élections de 1985 et qu'aucun groupe n'a été invité par le ministre de l'Environnement à témoigner en commission parlementaire peut expliquer en partie le désintérêt des médias. Le ministre s'est contenté d'élaborer son projet de loi sur la base d'une série de consultations menées en privé avant la commission parlementaire.<sup>(64)</sup>

On se retrouve donc au Québec dans les années 80 avec différents acteurs gouvernementaux susceptibles d'agir pour réduire le tabagisme soit : le ministère de l'Environnement, le ministère des Affaires sociales (rebaptisé plus tard ministère

de la Santé et des Services sociaux) et l'Assemblée nationale, par l'entremise des initiatives de députés de l'Opposition. Mais pour certains commentateurs de la presse écrite, c'est surtout le ministère des Finances qui par ces hausses répétées de la taxe sur le tabac a eu le plus d'effet sur le tabagisme dans la population.<sup>(59,60)</sup> Et ceci sans que cet objectif guide les décisions des ministres des finances qui se sont succédés au cours de la décennie.

### 5.2.3 L'intervention des ORGSP dans la problématique du tabagisme

Si les aspects sanitaires du dossier du tabac retiennent peu l'attention du gouvernement du Québec durant les années 1980, le même constat peut être formulé pour son réseau gouvernemental de santé publique. En 1986, le ministère de la Santé n'avait pas de professionnel dédié au dossier tabac et cela même s'il s'était donné en 1983 une *Politique de prévention des problèmes reliés au tabagisme*<sup>15(30)</sup> et, en 1984, des objectifs de promotion de la santé qui abordaient la question du tabagisme<sup>16.(31)</sup> Tout semble indiquer que l'action gouvernementale en

---

<sup>15</sup> La politique présente surtout des éléments d'éducation sanitaire. Cependant elle recommande d'ajouter « une taxe spéciale, dite incitative, visant à décourager les fumeurs de consommer des cigarettes fortes » i.e. les cigarettes de plus de 5 mg de goudron et, 3 mg de nicotine (p. 31). Elle recommande également que « des discussions soient entreprises avec les fabricants canadiens des produits du tabac afin de limiter les dépenses publicitaires sur les cigarettes et le tabac à cigarettes à 2\$ millions par année au Québec » (p. 34). Elle souhaite à échéance l'interdiction le plus tôt possible de toute forme de publicité sur les produits du tabac (p. 33). Se basant sur le rapport du Conseil consultatif de l'environnement du Québec de 1979, on recommande l'interdiction de fumer dans certains lieux publics, la restriction de l'usage dans les collèges, CÉGEP, universités et dans les locaux fermés des établissements du réseau des Affaires sociales. La politique mentionne également la restriction des usages dans les moyens de transport collectif et l'imposition de systèmes de changement de l'air adéquats dans les nouveaux bâtiments publics. Enfin on recommande d'interdire la vente de tabac dans les milieux où la consommation est défendue. Parmi les recommandations sur les usages on peut lire : « Le ministère de l'Environnement, en collaboration avec le ministère des Affaires sociales, devra élaborer un projet de loi ayant pour objet de protéger l'environnement des non-fumeurs dans les lieux publics » (p. 40).

<sup>16</sup> La problématique du tabagisme dans ce rapport est traitée comme une habitude de vie et apparaît en filigrane dans l'objectif de réduction de l'incidence et de l'impact des maladies cardiovasculaires et plus explicitement dans l'objectif de réduction de l'incidence et de l'impact des cancers. Dans les pistes d'actions pour lutter contre les cancers, on recommande de restreindre l'usage du tabac en interdisant sa consommation dans les lieux publics et par la hausse de son prix (p. 188).

réduction du tabagisme se limitait aux interventions d'éducation à la santé des infirmières scolaires et à la collaboration du ministère des Affaires sociales avec celui de l'éducation<sup>17</sup>. D'ailleurs, les seules réactions aux interventions du gouvernement sur les usages et sur le prix du tabac que nous avons pu trouver à cette période, émanant du monde de la santé, provenaient de cliniciens qui le faisaient à titre personnel,<sup>(67-69)</sup> de représentants d'ONG santé<sup>(23,70,71)</sup> ou encore de la présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille,<sup>(72,73)</sup> c'est-à-dire, de l'organisme même qui avait produit l'avis sur lequel s'appuyaient les objectifs de santé de 1984.

Il est permis d'envisager que cette apparente absence d'implication des ORGSP reflétait le rapport ambigu que le monde de la santé entretenait avec la problématique du tabagisme. Selon les témoignages recueillis, le dossier du tabagisme n'était pas considéré comme un problème de santé publique même si au niveau clinique on était très conscient de ses ravages dans la population. Pour les cliniciens et les autres professionnels de la santé, le tabagisme relevait des comportements et choix individuels, ce sur quoi les professionnels étaient réticents à intervenir. Il est probablement permis d'affirmer que, jusqu'à la fin des années 80, la problématique du tabac ne figurait pas encore clairement dans la sphère d'intervention de la santé publique.

« Au début, en santé publique, le tabac c'était pas très populaire. C'était même pas populaire du tout. Lorsqu'on parlait du dossier tabac à l'époque, je ne dirais pas que c'était quelque chose qu'il ne fallait pas mettre de l'avant mais c'était pas reconnu. La consommation, c'était une habitude. Même si on traînait la patte par rapport aux autres provinces et qu'on avait beau dire toutes sortes de choses, il n'y avait pratiquement pas de personnel dans les directions à l'époque, dans les départements de santé communautaire, qui traitait du dossier tabac ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

---

<sup>17</sup> La *Politique de prévention des problèmes reliés au tabagisme* <sup>(30)</sup> recommande d'introduire dans les programmes scolaires un cours « *de promotion de la santé qui toucherait entre autres choses aux mauvaises habitudes de vie dont le tabagisme* ». Plus loin on mentionne que le ministère de l'Éducation a élaboré un tel programme, intitulé « *formation personnelle et sociale* », qu'il entend mettre en application dans un avenir prochain. (p. 27)

« ce n'était pas [le tabagisme] une très grande préoccupation du réseau de santé communautaire. Sans dire que ce n'était pas à la mode, ce n'était pas nécessairement bien accepté, parce qu'on jouait dans les habitudes, les comportements individuels. Il y a une certaine éthique et réticence à vouloir aussi jouer dans ce terrain-là en disant que c'était des choix individuels... »  
(Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

Quoi qu'il en soit, et comme nous le verrons plus en détail dans la section suivante, l'adoption de la LPNF va inciter le réseau de la santé publique, à travers certains de ses départements de santé communautaire (DSC), à s'impliquer sur la question des usages du tabac et à intervenir sur les environnements des individus. Selon les témoignages recueillis, cette pratique était nouvelle et donna lieu au développement d'une expertise en réduction du tabagisme qui allait au-delà des stratégies courantes d'éducation à la santé. C'est d'ailleurs autour de 1986 que la plupart des professionnels directement impliqués dans les efforts pour faire adopter la *Loi sur le tabac* de 1998 commenceront à intervenir dans le dossier du tabac.

Jusqu'en 1992, année où la crise de la contrebande éclate (voir section 5.3), et malgré une loi sur la protection des non-fumeurs jugée non seulement insuffisante dans sa portée mais difficile d'application, les professionnels des DSC impliqués dans le dossier du tabagisme n'interviendront pas auprès des élus du Québec. Le regroupement des DSC s'est toutefois impliqué au niveau fédéral en déposant un mémoire au nom de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) dans le cadre des travaux parlementaires entourant la *Loi réglementant les produits du tabac*<sup>(33)</sup> adoptée en 1988 par le parlement canadien. Mentionnons d'ailleurs que sur la scène fédérale, plusieurs organisations non gouvernementales dont la Société canadienne du cancer et l'Association pour les droits des non-fumeurs étaient déjà très actives dans le champ des politiques antitabac.

C'est principalement à la fin des années 80 que les chapitres provinciaux des ONG santé canadiennes vont initier des collaborations avec les milieux québécois de la santé publique sur le dossier du tabagisme. Plusieurs professionnels nouvellement impliqués dans cette problématique se retrouveront ainsi à œuvrer à titre de



bénévoles dans la planification d'interventions de réduction du tabagisme de ces ONG.

En somme, le réseau de santé publique n'a fait son entrée que vers 1986 sur la question de l'intervention sur le tabagisme, une situation qui se reflète tout au long des années 1980 par le peu de ressources humaines dédiées à la réduction du tabagisme et l'absence, au niveau ministériel, d'un professionnel dédié à temps plein sur ce dossier. Il faudra attendre l'élaboration de *La politique de la santé et du bien-être*<sup>(21)</sup> de 1992 pour que la problématique du tabagisme constitue le principal dossier d'un professionnel du ministère. Mais bien que cette politique constitue un pas en avant en terme de reconnaissance de l'importance de la problématique<sup>18</sup>, elle limite l'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux à « *encourager les actions de sensibilisation aux effets du tabac sur la santé* » et à faire des jeunes d'âge scolaire la cible prioritaire de cette stratégie.<sup>(21)</sup> Bref, pour ce qui est de la problématique du tabagisme, la politique de 1992, malgré sa portée plus large, apparaît plus timide, dans son projet d'intervention, que la *Politique de prévention des problèmes reliés au tabagisme* de 1983.

### **5.3 La question du tabac portée au devant de la scène : la crise de la contrebande des cigarettes de 1992-1994**

Au début des années 1990, le trafic de cigarettes de contrebande prend des proportions de plus en plus importantes au Québec. Les activités de contrebande se concentrent surtout dans cette province et dans une plus faible mesure en Ontario. Au plus fort de la crise, soit en 1993-1994, certaines évaluations indiquent que plus de 60% des cigarettes consommées au Québec proviennent du marché noir<sup>(36)</sup> et que 80% des cigarettes de contrebande sont produites par les manufactures canadiennes.<sup>(35,74,75)</sup> La plupart des cigarettes sont exportées aux États-Unis et

---

<sup>18</sup> La problématique du tabagisme est intégrée à l'objectif de réduire la mortalité par maladie du système respiratoire.

reviennent en transitant par les territoires autochtones qui chevauchent les frontières des États-Unis, du Québec et de l'Ontario. Selon les estimations de la Gendarmerie royale du Canada près de 70% des cigarettes de contrebande transitaient par la seule réserve amérindienne d'Akwesasne.<sup>(74,76,77)</sup> Quant aux exportations de cigarettes vers les États-Unis, entre 1989 et 1993, elles augmentent de plus de 15 fois passant ainsi de 1,2 à 18,6 milliards d'unités.<sup>(26)</sup>

Dès le début de l'année 1992, un plaidoyer en faveur d'une réduction drastique des taxes sur le tabac émerge. Fait nouveau, le plaidoyer n'est plus le seul fait de l'industrie du tabac<sup>19</sup> et des représentants syndicaux de ses employés, qui dénoncent, depuis plus de dix ans, les hausses successives de taxes sur le tabac. Le plaidoyer émane aussi d'acteurs du secteur de la vente au détail,<sup>(84)</sup> de représentants d'organisations patronales<sup>(85-87)</sup> et de chroniqueurs des médias.<sup>(88-90)</sup>

Au début de l'année 1993, l'Association des détaillants en alimentation du Québec convoque une conférence de presse<sup>(91,92)</sup> dotant ainsi le plaidoyer d'une stratégie pour convaincre les deux paliers de gouvernement de diminuer leurs taxes spécifiques sur le tabac. Leur réclamation centrale porte sur une réduction de 70% de ces taxes pour mettre fin à la contrebande. Pour atteindre son objectif, l'Association annonce l'amorce d'une campagne publique afin de faire plier les gouvernements en faveur de la baisse des taxes.

Cette campagne va se déployer à grand renfort de divulgations de résultats d'analyse sur les conséquences de la contrebande des cigarettes sur les revenus des détaillants et ceux des gouvernements<sup>(93-96)</sup> et de rencontres avec les députés fédéraux et provinciaux. Tout au long de l'année 1993, on observe une forte

---

<sup>19</sup> À cette époque, au Canada, trois compagnies produisent des cigarettes. Il s'agit de Imperial Tobacco, Rothmans, de Benson & Hedges et de RJR Macdonald. Imperial Tobacco et RJR Macdonald possèdent chacune une usine à Montréal alors que Rothmans, Benson & Hedges en possèdent une à Québec.<sup>(78,79)</sup>

Imperial Tobacco est à cette époque une filiale d'Imasco, une compagnie dont 40% des actions sont détenues par British American Tobacco (BAT).<sup>(80,81)</sup> Rothman, Benson & Hedges est en partie la propriété de Philip Morris.<sup>(82)</sup> RJR-Macdonald est une filiale canadienne de R.J. Reynolds Tobacco.<sup>(83)</sup>

couverture médiatique des différents aspects de la contrebande (saisies de cargaisons de cigarettes, niveau de pénétration des produit de la contrebande dans le marché, effet sur les finances de l'État, etc.). C'est toutefois à la fin de l'année que se manifeste la stratégie de contestation la plus déterminante pour le dénouement de la crise. La contestation prend la forme d'un mouvement organisé de désobéissance civile de petits détaillants qui tiendra une série de ventes de cigarettes aux prix de la contrebande. Le Mouvement pour l'abolition des taxes réservées aux cigarettes (MATRAC) est appuyé par l'Association des détaillants du Québec et jouit d'une couverture médiatique extensive.

« Notre stratégie [...] c'est d'exercer assez de pression sur le gouvernement du Québec pour l'obliger à abolir l'impôt provincial sur les taxes et à imposer seulement la TVQ. Ça ramènerait le prix de la cartouche de 200 cigarettes de 47\$ à 33\$. Ce qu'on croit, c'est qu'il y aura ensuite un mouvement de contrebande du Québec vers l'Ontario, qui obligera le gouvernement ontarien à faire pression sur le gouvernement fédéral et à planifier une baisse générale des taxes. En bout de ligne, il faut que le prix avec taxes ne dépasse pas le prix actuel de la contrebande, soit environ 20\$ la cartouche ». (Sylvain Beaulne, principal porte-parole du MATRAC, 1994)<sup>(82)</sup>

Les propriétaires de petits commerces de détail qui prennent part aux activités du MATRAC justifient leurs actions par la nécessité d'agir pour sauver leur commerce même si cela se fait dans l'illégalité. Les organisateurs des ventes et certains commentateurs de la presse écrite avanceront même le slogan « *illégal mais pas immoral* », inspiré par les mots d'un curé de paroisse qui justifiait son appui aux commerçants.<sup>(97)</sup>

### **5.3.1 Affrontement de deux visions du problème de la contrebande et de ses solutions**

De manière générale, la crise de la contrebande va donner lieu à l'affrontement de deux visions du problème (voir Tableau VI pour une synthèse des principaux éléments de ces visions). Pour les représentants de l'ADA et du MATRAC, ainsi que les politiciens et journalistes en faveur de la baisse des taxes, la contrebande découle essentiellement du différentiel de prix élevé entre les cigarettes

canadiennes et américaines. Par conséquent, la résolution de la crise ne peut passer que par une intervention vigoureuse sur la structure fiscale à la source de ce marché illégal. Cette intervention est perçue non seulement comme un moyen d'éliminer le moteur de la contrebande mais aussi comme une réponse à plusieurs préoccupations soulevées par les acteurs de ce groupe; notamment, sur la nécessité de ramener le respect de la loi et de l'ordre dans la société québécoise<sup>(98-106)</sup> et de rétablir une situation équitable pour les détaillants dont l'honnêteté les condamne à subir la compétition indue des contrebandiers.

« Nous sommes rendus au stade où l'importance de la contrebande est telle qu'en réduisant leurs taxes, assez pour ramener les consommateurs aux cigarettes légales, les gouvernements ne perdraient rien. Ce point d'équilibre est quelque part autour de 2,00\$ le paquet: il suffit que chaque gouvernement baisse ses taxes de 1,00\$, pour un total de 16\$ la cartouche. De toutes façons, une perte de revenus serait acceptable si elle permet de résoudre ces autres problèmes dont les coûts sociaux sont énormes ». (Alain Dubuc, éditorialiste, 1994)<sup>(99)</sup>

Il faut également souligner que plusieurs déclarations et commentaires des chroniqueurs et éditorialistes de la presse écrite<sup>(99,100,106-109)</sup> de même que des représentants d'organisations patronales<sup>(84-87)</sup> favorables à cette mesure semblent s'inscrire dans la poursuite d'un objectif plus large, c'est-à-dire, la réduction du fardeau fiscal des entreprises et des citoyens. La crise de la contrebande, et plus généralement la question du tabac, apparaissent comme instrumentales à leur contestation générale du régime fiscal québécois.

**Tableau VI Les visions des problèmes et solutions mises de l'avant durant la crise de la contrebande**

	<i>Promoteurs de la baisse des taxes</i>	<i>Opposants à la baisse des taxes</i>
Problème	<p>L'important écart de prix entre les cigarettes américaines et canadiennes constitue le moteur de la contrebande. L'offre de cigarettes de contrebande à bon marché a pour conséquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-d'entraîner les petits détaillants vers la faillite.</li> <li>-de provoquer des pertes substantielles de revenus fiscaux aux gouvernements.</li> <li>-de banaliser l'évasion fiscale dans la population.<sup>(99,102,108,110)</sup></li> </ul>	<p>L'industrie du tabac alimente les contrebandiers.<sup>(111-115)</sup></p>
Solutions	<p>Réduire les taxes spécifiques sur le tabac du provincial et du fédéral pour ramener le prix des cigarettes à un niveau comparable à celui de la contrebande.</p>	<p>Imposer aux fabricants une taxe à l'exportation.</p> <p>Resserrer les contrôles policiers.<sup>(111,113,114,116-118)</sup></p>
Autres éléments de rhétorique	<p>En raison de la contrebande, les taxes sur le tabac ne jouent plus leur fonction de contrôle du tabagisme.</p> <p>Même si la réduction des taxes se soldait par des pertes pour les gouvernements, ces pertes seraient compensées par l'élimination des coûts sociaux associés à la criminalité.<sup>(99,119)</sup></p> <p>Une taxe à l'exportation se traduira par une présence accrue des cigarettes étrangères et par le départ de l'industrie. L'industrie en exportant ses cigarettes ne fait que répondre à la demande.</p> <p>L'accroissement des contrôles policiers aura un effet marginal sur un problème structurel lié aux lois du marché. Par ailleurs, l'intervention sur les réserves indiennes risque d'engendrer une crise.</p>	<p>La réduction des taxes aura pour effet d'augmenter le tabagisme dans la population et tout particulièrement chez les jeunes.</p> <p>Les interventions sur le prix des cigarettes sont les plus efficaces pour contrôler le tabagisme dans la population et prévenir l'initiation du tabagisme chez les jeunes.</p> <p>La réduction des taxes privera l'État de revenus importants.</p> <p>Une réduction des taxes serait injuste puisqu'elle équivaudrait à un transfert du fardeau économique des soins de santé liés au tabagisme à l'ensemble de la population.<sup>(114,120,121)</sup></p>

Pour ce qui est des opposants à la baisse des taxes, le maintien du niveau des taxes sur le tabac a pour principal enjeu la préservation de ce qui constitue, à leurs yeux, le meilleur moyen de contrôler le tabagisme dans la population et tout particulièrement chez les jeunes. Tout comme les promoteurs de la baisse des taxes, ils soulèvent également des enjeux de justice sociale et de perte de revenus

pour l'État. Bien qu'au début de la crise, ils ne contestent pas l'explication du problème par le différentiel de prix transfrontalier, ils vont en venir progressivement à dénoncer le rôle de l'industrie<sup>20</sup>. Pour endiguer la crise, ils proposeront comme principales mesures une intensification des contrôles policiers ainsi que l'imposition aux manufacturiers de cigarettes d'une taxe à l'exportation.<sup>(124)</sup>

Face à l'argumentation centrée sur la santé qu'adoptent les opposants à la baisse des taxes, les promoteurs vont ajuster leur discours afin de l'ouvrir aux préoccupations de santé et contester les solutions proposées. Ainsi, on souligne que le niveau actuel de la contrebande a annihilé l'effet du prix du tabac sur la consommation annulant du même coup la fonction de contrôle du tabagisme jouée par les taxes;<sup>(99,125,126)</sup> cela était également vrai pour les jeunes qui pouvaient dès lors accéder à des cigarettes bon marché.<sup>(99,108,125,127-130)</sup> On conteste également l'efficacité d'une taxe à l'exportation prélevée à la sortie de la manufacture, sur la base qu'elle se traduirait par un afflux de cigarettes non canadiennes et par l'exode de l'industrie vers l'étranger.<sup>(108,109,118,125,131)</sup> Cet argument cadre bien avec le discours sur la nécessité de réduire l'écart entre les prix de chaque côté de la frontière. Cette anomalie du marché de la cigarette rend, toujours selon les promoteurs de la baisse des taxes, vaines toutes stratégies axées sur la répression<sup>21</sup>. On refuse d'ailleurs de pointer du doigt l'industrie pour ses exportations massives

---

<sup>20</sup> Plus de dix ans après la crise, les soupçons quant à la complicité de l'industrie tendent à se confirmer. Le 10 août 2004, le ministre du Revenu du Québec a émis un avis de cotisation à l'endroit de la compagnie JTI-Macdonald pour le paiement immédiat d'une somme de 1,36 milliard de dollars en taxes impayées et pénalités pour la période de janvier 1990 à décembre 1998.<sup>(122)</sup> La *dénonciation en vue de demander un mandat de perquisition* aux bureaux de la Imperial Tobacco Canada Ld soumise par la GRC à la Cour supérieure du Québec le 22 novembre 2004 décrit la preuve derrière cette présumée complicité.<sup>(123)</sup>

<sup>21</sup> On évoque aussi le spectre d'une répétition des affrontements de 1990 entre le gouvernement et les amérindiens d'Akwesasne pour souligner les dangers d'intervenir dans cette réserve. À un député de l'opposition qui demande au ministre de la sécurité publique ce qu'il attend pour faire appliquer la loi dans une réserve amérindienne où se vendent des cigarettes de contrebande, ce dernier répond : « *Le député se souvient-il de ce qui est arrivé en juillet 1990? Est-ce qu'il est prêt à recommencer ça demain matin, à faire face à la facture et à toutes les complications qui en ont résulté? Si oui je le comprends. Sinon, je lui demanderais de mesurer la portée de ses questions davantage* » (le ministre de la Sécurité publique, Claude Ryan, PLQ, 1993).<sup>(132)</sup>

de cigarettes vers les États-Unis, arguant que cette pratique commerciale ne fait que répondre à une demande existante du marché.<sup>(100,108,125,133,134)</sup>

Le discours des promoteurs de la baisse des taxes va s'avérer efficace en ce sens qu'il va permettre à ses promoteurs de longue date, soient l'industrie du tabac et les représentants de ses employés syndiqués, de rallier à leur définition du problème la plupart des commentateurs de la presse écrite, plusieurs représentants d'organismes patronaux et du milieu des affaires, ainsi que la majorité des membres de la classe politique québécoise. L'appui de la plupart des députés provinciaux et fédéraux du Québec<sup>(135-139)</sup> contraste de manière marquée avec le rejet quasi unanime de cette mesure fiscale par les députés fédéraux et provinciaux des autres provinces.

« le premier responsable de la contrebande du tabac, ce n'est pas le consommateur, M. le Président, c'est le gouvernement, qui a surtaxé le produit et qui a créé une concurrence déloyale avec le produit américain. Quand vous avez 1 \$ de taxes à New York, et que vous avez 4,60 \$ de taxes à Québec, M. le Président, c'est le législateur qui a créé le vrai problème, et les gens l'ont refusée [sic]. C'est comme la TPS et la TVQ. Les gens l'ont refusée, cette taxe-là, parce qu'elle est injuste, et les gens sont perdus à travers toute cette surtaxation-là. C'est d'abord l'État, le grand responsable ». (le député de Montmorency, Jean Filion, PQ)<sup>(140)</sup>

« je pense qu'au niveau de la contrebande [...] le problème de la contrebande est un problème de taxation et non pas un problème d'État policier. Je pense qu'on ne voudrait pas prendre une orientation où il y a uniquement des interventions d'ordre policier. [...] Il faut comprendre que la contrebande a pris naissance lorsqu'il y a eu une hausse de plus de 0,75\$ de taxes sur un paquet de cigarettes à l'intérieur de la même année par le gouvernement fédéral, et il y a eu par la suite plusieurs hausses successives, ce qui a fait en sorte qu'il y a eu une distorsion entre le prix qu'on paie ici, au Canada, au Québec, avec le prix qu'il se vendait aux États-Unis. [...] Et chaque fois que cela se produit, chaque fois se développe la contrebande ». (Raymond Savoie, ministre de la Sécurité publique, PLQ, 1993)<sup>(140)</sup>

De leur côté, les opposants à la baisse des taxes qui interviennent dans le débat sont, pour la plupart, associés au secteur de la santé. Ce groupe compte des cliniciens, chercheurs, professionnels des ORGSP et aussi des représentants d'organisations caritatives oeuvrant sur des problématiques de santé. Un groupe minoritaire d'éditorialistes et de chroniqueurs a également exprimé son opposition à la baisse des taxes. La position défendue par ce groupe va cependant souffrir des

attaques et commentaires désobligeants des promoteurs de la baisse, propos dont certains commentateurs influents de la presse écrite ne se limiteront pas seulement à rapporter mais aussi à s'en faire les auteurs.<sup>(99,108)</sup> Le message véhiculé par les promoteurs de la baisse se résume essentiellement au fait que l'acharnement des opposants à défendre le niveau de taxation illustre leur absolutisme et leur aveuglement face à la situation de crise. Du nombre des organisations et acteurs individuels visés par cette critique, la Société canadienne du cancer (division Québec) le sera tout particulièrement.<sup>(141)</sup>

Cette campagne de dénigrement des opposants à la baisse des taxes va littéralement stigmatiser leurs interventions médiatiques, ce qui a eu un effet important sur leur capacité et surtout sur leur volonté d'agir dans ce dossier. Les représentants des ONG-santé québécoises vont se sentir de plus en plus inconfortables à l'idée d'intervenir dans le dossier. Qui plus est, les conseils d'administration de ces organisations commenceront à craindre que ces attaques ne viennent affecter leur capacité de mener à bien leur mission première, soit la collecte de fonds pour financer la recherche et les services aux malades. C'est ainsi que deux des trois ONG qui s'étaient pourtant entendu pour coordonner leurs actions dans le dossier en viendront à se retirer du débat :

« Et nous, quand on réussissait à parler à des médias pour dire la baisse des taxes, il va y avoir des problèmes, on se faisait littéralement tirer des tomates, tu sais il manquait juste les tomates, mais je veux dire; *qui êtes-vous ? vous ne vivez pas sur terre, vous êtes pas réalistes, vous êtes des ayatollahs, vous autres, il faudrait que les gens ne fument pas*, etc. Alors, c'était vraiment comme ça qu'on était accueillis, un désintéressement, puis quand on s'y intéressait, bien c'était pour se faire dire finalement que ça ne nous regardait pas, puis qu'on était des extrémistes ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

L'opinion publique va également être gagnée à cette réduction des taxes. Des sondages effectués avant et après l'adoption des mesures de lutte contre la contrebande indiquent que la population était majoritairement favorable à cette



mesure<sup>22</sup> (142,144) L'opinion publique a vraisemblablement eu un effet déterminant sur les décisions des gouvernements alors que des élections provinciales allaient se tenir au cours de l'année 1994. Ce contexte plaçait le Parti libéral du Québec devant la perspective peu réjouissante de perdre les élections au profit du Parti québécois. Le Parti libéral du Canada craignait aussi la défaite de son vis-à-vis provincial. Des analystes de la scène politique attribuent en partie le retournement de la position du gouvernement du Canada à ce contexte électoral.<sup>(145,146)</sup> Le retour au pouvoir du Parti québécois impliquait d'avoir à manœuvrer avec un gouvernement provincial dominé par un parti dont l'article premier de son programme politique porte sur la réalisation de la souveraineté du Québec.

### 5.3.2 Le dénouement de la crise

Le 8 février 1994, le gouvernement du Canada et celui du Québec présentent chacun de leur côté une série de mesures pour mettre fin à la crise. Élaborés de manière concertée, les deux plans d'action (voir Tableau VII) comportent comme élément central une réduction draconienne des taxes spécifiques sur le tabac qui fait ainsi passer le prix de détail de la cartouche de 200 cigarettes au Québec de 47\$ à 23\$<sup>23</sup> (26,35,36,74,147) Bien qu'il s'agisse d'une victoire pour les promoteurs de la baisse des taxes, l'examen des mesures indique que cette victoire est toute relative étant donné que les deux plans portent la marque du discours des opposants à la baisse. Ainsi, les deux plans comportent des mesures ciblant les manufacturiers de tabac, ce qui laisse entrevoir une volonté des gouvernements de ne pas accorder de réduction sans pour cela exiger une contrepartie, même modeste, de l'industrie. À

---

<sup>22</sup> Les résultats d'un sondage effectué entre le 22 et le 24 janvier 1993 par le Groupe Léger & Léger montrent que 74,3% des répondants jugent le niveau de taxation trop élevé alors que 69,9% jugent l'action des gouvernements dans la lutte contre la contrebande insatisfaisante. Les résultats indiquent également que 19,0% des fumeurs avouent acheter actuellement des cigarettes de contrebande.<sup>(142)</sup>

Un sondage CROP-La Presse-TVA effectué 10 jours après la baisse des taxes montre que 71% des Québécois appuient cette mesure.<sup>(143)</sup> Un autre réalisé par la firme Gallup du 7 au 14 février estime que 60% des Québécois sont favorables à la baisse des taxes (58% des canadiens).<sup>(144)</sup>

<sup>23</sup> Une baisse conjuguée de 24,27\$ : fédéral 10\$, provincial 11\$ plus TPS et TVQ.

ce sujet, le Premier ministre du Canada sera des plus explicite; allant même, contrairement au Premier ministre du Québec, jusqu'à critiquer le rôle de l'industrie dans la crise.

« Nous ne voulons pas que les fabricants de tabac profitent de la décision difficile que nous avons prise aujourd'hui. En fait, ils ont profité directement de ce commerce illégal. Ils savaient pertinemment que leurs exportations de tabac destinées aux États-Unis rentraient illégalement au Canada. À mon avis, ils n'ont pas agi de façon responsable » (Extrait du discours du 8 février 1994 de Jean Chrétien, Premier ministre du Canada, PLC)<sup>(35)</sup>

Une autre marque du discours des opposants à la baisse des taxes qui transparaît dans ces plans est la reconnaissance des impacts sanitaires potentiels qui pourraient découler de cette mesure. Les plans ne se limitent pas à intervenir contre la contrebande mais visent également à s'attaquer au problème du tabagisme. Ainsi, les deux plans gouvernementaux vont comporter des investissements dans la lutte contre le tabagisme et prévoir la mise en oeuvre de nouvelles mesures de réduction du tabagisme et de protection des non-fumeurs; des mesures visant à compenser l'impact anticipé de la baisse des taxes sur la prévalence du tabagisme dans la population et tout particulièrement chez les jeunes.

**Tableau VII Résumé des mesures du plan conjoint Ottawa-Québec de lutte contre la contrebande de cigarettes du 8 février 1994<sup>24</sup>**

<i>Gouvernement du Canada</i>	<i>Gouvernement de la province de Québec</i>
<b>Mesures de lutte contre la contrebande</b>	
Réduction de 10\$ de la taxe sur la cartouche de 200 cigarettes.	Réduction de 11\$ de la taxe sur la cartouche.
Augmentation des effectifs policiers dédiés à la lutte contre la contrebande. Le pouvoir d'appliquer la <i>Loi sur les douanes et les accises</i> est accordé aux policiers provinciaux.	Augmentation des effectifs policiers dédiés à la lutte contre la contrebande.
Augmentation de 40% du taux de la taxe sur les revenus des manufacturiers de tabac.	Augmentation de 50% de l'impôt sur les profits des manufacturiers de tabac.
Imposition aux manufacturiers d'une taxe à l'exportation de 8\$ la cartouche.	
Marquage des cigarettes destinées à l'exportation.	
<b>Mesures de lutte contre le tabagisme</b>	
Financement d'une campagne médiatique antitabac de 200 millions de dollars sur trois ans visant tout particulièrement les jeunes et les femmes.	Investissement de 20 millions de dollars sur 4 ans dans des campagnes de publicité et d'éducation antitabac.
Promulgation de la <i>Loi sur la vente de tabac aux jeunes</i> interdisant la vente de tabac aux moins de 18 ans.	Faire adopter une loi interdisant la vente de tabac aux mineurs.
Interdiction de la vente de paquets de cigarettes de moins de 20 unités.	Faire interdire les machines distributrices dans les endroits accessibles aux mineurs.
Adoption de nouveaux avis sanitaires sur les paquets de cigarettes.	Apporter un renforcement à la <i>Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics</i> .
Étudier la possibilité d'exiger des emballages sobres pour les paquets de cigarettes et de restreindre l'accès aux distributrices automatiques de cigarettes.	

<sup>24</sup> Tiré de Cunningham,<sup>(26)</sup> Dubuisson,<sup>(74)</sup> Lessard,<sup>(147)</sup> Vastel<sup>(75)</sup> de Gouvernement du Québec<sup>(36)</sup> et du discours à la Chambre des communes du Premier ministre Jean Chrétien,<sup>(35)</sup> L'objectif du plan d'action du Gouvernement du Québec est formulé comme suit : « *L'objectif poursuivi par les gouvernements est d'abolir la contrebande du tabac et de rétablir la confiance des citoyens dans l'équité du régime fiscal* ». <sup>(36)</sup>

## **5.4 De la défaite du 8 février 1994 à la victoire du 17 juin 1998**

### **5.4.1 L'élection d'un nouveau gouvernement**

Au lendemain de la crise de la contrebande, il ne reste guère d'organisations dont les dirigeants sont prêts à intervenir de manière active sur la place publique pour exiger du gouvernement des mesures de réduction du tabagisme. Il faut dire qu'à cette époque, au Québec, exception faite du Conseil québécois sur le tabac et la santé dont les interventions sont davantage centrées sur la sensibilisation et l'éducation à la santé que sur l'action sur les politiques publiques, il n'existe pas d'organisation provinciale dont la mission porte exclusivement sur la problématique du tabagisme<sup>25</sup>. Égratignées par les attaques des promoteurs de la baisse des taxes et le traitement de leur position par les médias, les ONG santé vont plutôt recentrer leurs activités sur leurs autres missions et ne joueront plus un rôle aussi d'avant-plan que celui adopté durant la crise de la contrebande. Ce qui ne les empêchera pas toutefois de réagir devant les médias sur différentes décisions en lien avec la question du tabac.

À l'automne 1994, le Parti québécois remporte les élections provinciales. L'arrivée d'un nouveau ministre de la santé, Jean Rochon, va donner un second souffle aux acteurs antitabac du Québec. Avant la fin de l'année, le ministre dévoilera son intention de doter la province de nouvelles mesures de réduction du tabagisme touchant surtout à la question de l'accès des mineurs aux produits du tabac<sup>26</sup> (interdiction de vente, contrôle des machines distributrices) et à la vente de tabac en

---

<sup>25</sup> Il faut dire que le CQTS est une organisation dont les principaux membres et responsables proviennent des ONG santé.

<sup>26</sup> Une loi interdisant la vente de tabac au mineur figurait au nombre des mesures élaborées par le précédent gouvernement et présentées dans le « *Plan d'action pour enrayer le commerce illégal du tabac* ». <sup>(36)</sup>

pharmacie<sup>27</sup> (148-150) Au fil des mois qui suivront, on apprend toutefois que les mesures mises de l'avant portent sur une variété de plus en plus grande de dimensions du problème. Par exemple, au printemps 1995, le ministre annonce son intention de renforcer les restrictions sur les usages du tabac dans les endroits publics<sup>(151)</sup> alors qu'à l'automne 1996, il compte restreindre également la promotion des produits du tabac.<sup>(44)</sup>

Le projet du ministre de réglementer la promotion du tabac allait de pair avec les intentions du fédéral de se redonner un cadre législatif pour interdire la publicité du tabac. Il faut savoir qu'un an plus tôt, soit le 21 septembre 1995, la Cour suprême avait invalidé certains articles de la *Loi réglementant les produits du tabac* (promulguée en 1988).<sup>(33)</sup> Les juges avaient alors décrété l'inconstitutionnalité de l'interdiction totale de la publicité sur le tabac sur la base qu'elle brimait de manière déraisonnable la liberté d'expression des fabricants garantie par la Charte canadienne des droits et libertés<sup>28</sup> (41,153-155).

À l'automne 1995, le ministre Rochon met en branle une consultation publique sur l'opportunité de légiférer différentes facettes du problème du tabagisme<sup>29</sup>.<sup>(156)</sup>

---

<sup>27</sup> Pour trancher le différend qui oppose l'Ordre des pharmaciens et les propriétaires de bannières de pharmacies advenant que l'Ordre ne parvienne pas à interdire cette pratique en appliquant le Code des professions.

<sup>28</sup> Bien que les juges de la Cour suprême aient reconnu que le tabagisme constituait un problème de santé publique majeur au pays et qu'incidemment le gouvernement fédéral disposait du pouvoir d'encadrer sa promotion, ils ont statué que « le procureur général n'avait pas présenté de preuves démontrant qu'une interdiction partielle de la publicité n'aurait pas fonctionné aussi bien qu'une interdiction totale pour atteindre les objectifs de santé publique du Parlement ». <sup>(152)</sup>

<sup>29</sup> Le document de consultation invite les groupes et organismes à s'exprimer sur les mesures législatives en lien avec deux objectifs : prévenir l'adoption du tabagisme et protéger les non-fumeurs. Pour prévenir l'adoption du tabagisme, les mesures portent sur l'accessibilité du tabac aux jeunes (le contrôle de la vente de tabac aux mineurs, des distributrices automatiques de cigarettes, des présentoirs de cigarettes en libre-service et l'interdiction des paquets de moins de 20 cigarettes) sur l'interdiction de fumer en milieu scolaire, sur l'affichage d'informations en matière de santé sur les lieux de vente du tabac et sur l'interdiction des friandises imitant les produits du tabac. Pour ce qui est de la protection des non-fumeurs, les mesures suggérées visent les lieux publics et les milieux de travail. D'autres mesures mineures sont aussi suggérées soit : l'interdiction de la vente de tabac dans les établissements de santé et l'interdiction pour les établissements du réseau de la santé d'accepter des dons de l'industrie du tabac. Le document de consultation ne suggère pas de mesures sur la promotion du tabac. Cette absence est justifiée comme suit : « *Eu égard au jugement de la Cour suprême du Canada, rendu en septembre dernier, au sujet de la loi fédérale*

L'opération en était une de consultation mais visait aussi à éveiller « *d'avantage les consciences quant à la gravité du problème en cause et quant à la pertinence de s'y attaquer* »<sup>30</sup> (158).

En reconfirmant l'investissement de 20 millions dans le réseau gouvernemental de santé publique pour la lutte contre le tabagisme<sup>(36)</sup> (annoncé par la ministre libérale de la santé, Lucienne Robillard, au lendemain du dénouement de la crise de la contrebande) et en affichant sa volonté de faire promulguer des mesures législatives pour s'attaquer à ce problème, le ministre de la Santé va avoir un effet significatif sur les orientations prises au niveau du Conseil des directeurs de santé publique; une entité relevant de la Conférence des régies régionales. Mais, fait important à noter, ces orientations vont s'appuyer sur un bilan des interventions des ORGSP pour lutter contre la baisse des taxes de 1994. Ce bilan informel va faire ressortir deux constats fondamentaux : (1) la capacité de l'industrie du tabac de s'opposer aux mesures qui heurtent ses intérêts et, (2) que l'échec des opposants à la baisse des taxes résulte en partie d'un manque de coordination des interventions des différentes ORGSP. Cette prise de conscience va donner lieu à la présentation, en novembre 1995, d'une stratégie d'action au Conseil des directeurs de la santé publique. Il s'agit en fait, « *d'une stratégie d'influence qui fera contrepoids à celle de l'industrie et fera en sorte que les points de vue de la santé seront pris en considération par les médias, l'opinion publique et les hommes politiques* »<sup>31</sup> (159).

---

*réglementant les produits du tabac, le présent document ne traite pas des questions concernant la publicité, la commandite et l'emballage des produits du tabac, Ces sujets sont l'objet d'une analyse approfondie quant au contenu et à la portée du jugement. Cependant, des commentaires ou suggestions sur ces aspects d'une politique antitabagique globale et intégrée peuvent être formulés dans le cadre de cette consultation* » (p. 24).

<sup>30</sup> Dans une lettre datée du 5 juillet 1995, adressée à chacun des directeurs généraux des RRSSS, le sous-ministre Malo écrit : « *Nous espérons que l'opération aura ainsi un effet éducatif qui renforcera le mouvement antitabagique* » et termine en disant : « *je vous remercie pour les suites que vous donnerez à la présente et je souhaite que cette mobilisation ait un effet d'entraînement sur les nombreux partenaires qui nous souhaitons associer à la lutte antitabagique au Québec* ». (157)

<sup>31</sup> Après avoir mentionné le lancement par le ministre de la Santé d'une vaste consultation sur le renforcement de la législation québécoise contre le tabagisme et dressé un bref portrait des pratiques de l'industrie les auteurs écrivent : « *C'est pourquoi il y a lieu d'envisager, dès maintenant, la mise sur pied d'une stratégie d'influence qui fera contrepoids à celle de l'industrie et fera en sorte que les points de vue de la santé seront pris en considération par les médias, l'opinion publique et les*

Cette initiative constitue une réponse directe aux intentions du ministre de faire voter une loi sur le tabac et sera à la base de la création de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT).

Mais, alors que la CQCT avait vu le jour pour favoriser l'adoption d'une loi provinciale, l'annonce, en décembre 95, des intentions de la ministre fédérale de la santé de déposer un projet de loi pour interdire toute forme de publicité sur le tabac<sup>(160-164)</sup> et l'écho que lui donne le ministre Rochon vont réorienter une partie des efforts de la coalition vers la scène fédérale. La CQCT et autres organisations de secteur de la santé du Québec se retrouveront alors à appuyer simultanément les efforts de la coalition canadienne en faveur de la loi fédérale et l'initiative du ministre provincial de la Santé.

Aussi solide soit-elle, la volonté du ministre Rochon ne s'est pas traduite par un dépôt rapide de la loi. À l'automne 1996, soit un an après la première annonce du ministre de doter le Québec d'un nouveau cadre législatif des aspects sanitaires du tabac, la communauté antitabac assiste impuissante au report du dépôt du projet de loi à l'année suivante et cela en dépit du calendrier que ce dernier avait dévoilé en mai.<sup>(165)</sup> C'est principalement une des conclusions du Sommet de Montréal de novembre 1996 qui bouscule les plans du ministre. Le Sommet, qui porte sur l'économie et l'emploi au Québec, se termine notamment par la promesse du Premier ministre Bouchard « *de soumettre toute nouvelle réglementation à une étude d'impact pour en évaluer le coût pour les entreprises* ». <sup>(166)</sup> Le processus pris en charge par le tout nouveau Secrétariat à la déréglementation va faire en sorte que le dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi sur le tabac du ministre Rochon

---

*hommes politiques. Pour disposer, à la fois de la force d'impact et de la souplesse nécessaires, la stratégie d'influence devra être menée par un groupe tactique qui fonctionnera en parallèle, mais en concertation avec la Santé publique et les organisations de santé. Les ressources financières pourront provenir du budget consacré à la réalisation du Plan d'action de lutte au tabagisme, en particulier d'une partie des sommes dévolues aux régions pour la mise sur pied de leurs propres activités de réduction du tabagisme* ». <sup>(159)</sup>

sera une fois de plus retardé<sup>32</sup>.<sup>(168)</sup> Le projet de *Loi sur le tabac* sera en fait le premier à être soumis à ce nouveau processus d'examen des impacts économiques. Soulignons également que l'agenda du gouvernement provincial était dominé par les préoccupations en lien avec le « déficit zéro », c'est-à-dire l'objectif d'éliminer le déficit récurrent des comptes publics. L'agenda du déficit zéro cohabitait mal avec un projet de loi perçu comme susceptible de générer des pertes économiques substantielles.

#### **5.4.2 Le débat sur l'interdiction de la publicité de commandite par le gouvernement fédéral**

À la fin du mois de novembre 1996, le ministre Dingwall, qui suite à un important remaniement ministériel se retrouve titulaire du ministère fédéral de la Santé, présente les mesures antitabac qu'il compte faire adopter pour remplacer les articles de la loi de 1988 jugés anticonstitutionnels.<sup>(41)</sup> La présentation des mesures sur la commandite des événements par l'industrie du tabac génère un tollé de protestation chez les représentants de l'industrie, les responsables des événements commandités et chez certains politiciens inquiets de la disparition des événements dans leur comté.

Autour du Conseil des directeurs de la santé publique, des titulaires régionaux du dossier tabac commencent à s'inquiéter. De toute évidence, la résistance au projet du ministre Rochon est grande et les efforts pour appuyer le ministre ne sont pas suffisants.<sup>(169)</sup> On propose une nouvelle stratégie de communication propre à la santé publique qui fera appel à la collaboration de la CQCT et des autres organisations impliquées dans la lutte contre le tabagisme. Cette stratégie mise en œuvre par le Comité de communication (Com-com), un comité spécialement formé à cette fin, et répondant au Conseil des directeurs, va s'appuyer sur un budget

---

<sup>32</sup> « Le décret adopté par le gouvernement spécifie "que tout projet de législation ou de réglementation soumis au conseil des ministres dont les normes comportent un impact significatif sur des entreprises doit être accompagné d'une étude d'impact". On définit cet impact significatif par des déboursés imprévus supérieurs à 10 millions \$. Cette étude d'impact doit accompagner le mémoire remis au conseil des ministres ». <sup>(167)</sup>



additionnel permettant l'élaboration et la diffusion de sondages d'opinion, d'études sur l'exposition à la FTE et de messages publicitaires ainsi que l'organisation d'une campagne médiatique visant à promouvoir la mise sur pied d'un fonds compensatoire pour remplacer la commandite des événements par l'industrie du tabac.<sup>(46)</sup>

Alors que la stratégie de communication est à l'étape de la planification, la loi fédérale C-71, également désignée *Loi sur le tabac*, est adoptée en avril 1997 par la Chambre des communes.<sup>(45)</sup> Les mesures de cette loi, qui ont pour objectif de restreindre la publicité de commandite des événements culturels et sportifs par l'industrie du tabac, continuent à générer une forte opposition au Québec. Les opposants prétendent que la loi, qui entrera en application le 1<sup>er</sup> octobre 1998, n'accorde pas un délai suffisant pour permettre aux responsables des événements de trouver d'autres sources de financement. On estime également que le retrait du financement de l'industrie du tabac provoquera la disparition de plusieurs événements.<sup>(170-172)</sup>

L'opposition à la loi est suffisamment importante pour ébranler les convictions du gouvernement fédéral, dont les députés se retrouveront en élection en juin de la même année soit deux mois plus tard<sup>33</sup>. Les députés et ministres fédéraux formuleront d'ailleurs plusieurs opinions contradictoires quant à l'opportunité d'amender la loi afin d'accorder plus de temps aux événements pour trouver d'autres sources de financement. Le ministre Rochon se retrouve donc à composer avec toute l'incertitude découlant des hésitations du gouvernement fédéral et avec une forte pression exercée à son encontre pour le décourager d'inclure dans sa loi la question de la commandite<sup>34</sup>. Cette incertitude va perdurer jusqu'à quelques jours

---

<sup>33</sup> Soulignons que les organisations du secteur de la santé vont également exprimer leur mécontentement face à la portée jugée trop limitée de la loi qui n'introduisait que des restrictions et non une interdiction totale de la publicité traditionnelle et de la publicité de commandite.<sup>(152)</sup>

<sup>34</sup> Notons que le gouvernement du Québec était en droit de légiférer sur la promotion du tabac même s'il s'agissait d'un champ déjà investi par le fédéral. Cependant, une loi provinciale ne peut aller en deçà des mesures fédérales. D'ailleurs d'autres provinces avaient déjà utilisé ce droit de doubler la loi fédérale, notamment dans le cas des mesures de contrôle de la vente de tabac aux mineurs.<sup>(173-176)</sup>

après l'étude du projet de loi provincial en commission parlementaire, moment où le ministre fédéral de la Santé, Allan Rock, va harmoniser la loi fédérale au projet de loi québécois. Le ministre fédéral déposera des amendements accordant un délai de 5 ans aux événements<sup>(56)</sup> et introduisant une interdiction totale de la publicité de commandite.

La question de la commandite va monopoliser l'essentiel des débats entourant la loi québécoise sur le tabac à un point tel que, tant au niveau ministériel qu'au niveau du réseau de la santé publique, on jugera nécessaire d'apporter une solution à ce problème. La solution émergera sous la forme d'un fonds pour la culture, le sport et la santé, financé à même la taxe provinciale sur le tabac, et visant à compenser les événements pour la perte de la commandite de l'industrie du tabac. La solution, inspirée de l'expérience australienne<sup>35</sup>, sera éventuellement entérinée par le ministre provincial des Finances. Ce dernier annoncera, en février 1998, la création d'un fonds de douze millions de dollars entrant en fonction dès l'adoption de la loi provinciale sur le tabac.<sup>(179)</sup> Au fédéral, aucune mesure de compensation ne sera adoptée et cela, malgré l'initiative en ce sens de deux membres du sénat<sup>36</sup>. Il semble que le refus du fédéral d'adopter cette solution soit principalement attribuable à la position délicate du ministre fédéral de la Santé dans le dossier du sang contaminé,<sup>(183)</sup> il devenait en fait difficile pour le ministre de justifier son

---

Par ailleurs, pour répondre aux détracteurs d'une loi provinciale comportant des mesures adoptées par le fédéral, la CQCT va distribuer une liste d'arguments en faveur du projet de loi. Par exemple, que la loi fédérale n'interdit pas la publicité de commandite et ne compense pas les événements affectés.<sup>(177)</sup>

<sup>35</sup> L'exemple de l'État de Victoria (Australie) retient tout particulièrement l'attention. En 1987 cet État a adopté le Tobacco Act dont une des mesures consistait à lever une taxe sur le tabac afin de financer des campagnes antitabac et remplacer l'industrie du tabac dans la commandite des sports et des arts.<sup>(178)</sup>

<sup>36</sup> Sur la scène fédérale, l'initiative pour mettre sur pied un fonds de compensation pour les événements commandités par l'industrie provient des sénateurs Colin Kenny et Pierre-Claude Nolin lesquels ont déposé au Sénat le projet de loi S-13, *Loi constituant la Fondation canadienne de responsabilité sociale de l'industrie du tabac et instituant un prélèvement sur cette industrie* <sup>(180,181)</sup> « Le projet de loi sénatorial S-13 prévoit créer un fonds de transition grâce à l'imposition de droits de 0,50 \$ sur chaque cartouche de cigarettes. [...] Le fonds servirait à financer des programmes de prévention du tabac et à assurer la survie de divers groupes culturels et sportifs pendant cinq ans ». <sup>(182)</sup>

refus d'indemniser les victimes des transfusions de sang contaminé tout en accordant des millions de dollars à des organisateurs d'événements sportifs et culturels.

### **5.4.3 Des élections provinciales et une fin de session parlementaire imminente**

Au début de l'année 1998, le gouvernement du Québec entre de plus en plus en mode électoral. Comme on s'attend à des élections au printemps, et donc à une clôture prématurée de la session parlementaire, les promoteurs de la loi craignent de plus en plus que leurs efforts soient réduits à néant. Il est en effet peu probable que le projet puisse figurer une fois de plus au menu législatif de l'automne lorsque le nouveau cabinet ministériel entrera en fonction. C'est le chef de l'Opposition et du Parti libéral du Québec, Daniel Johnson qui va de manière non intentionnelle accorder un sursis aux promoteurs d'une loi sur le tabac par l'annonce de sa démission en tant que chef du PLQ et son retrait de la scène politique.<sup>(184)</sup> La course à la chefferie qui suivra va faire en sorte que le parti au pouvoir se retrouvera réduit à reporter à l'automne le déclenchement des élections,<sup>(185)</sup> accordant ainsi les quelques semaines nécessaires au ministre provincial de la santé pour faire adopter sa loi.

Cela dit, malgré le temps que laisse au gouvernement le report des élections pour faire adopter la loi antitabac, plusieurs indices laissent entrevoir que les résistances sont grandes à procéder dans ce sens. À la fin d'avril 1998, soit moins d'un mois avant le dépôt du projet de loi, le ministre Rochon admet en conférence de presse que sa loi ne figure plus dans les priorités du gouvernement.<sup>(186,187)</sup> Cette déclaration suscite une vive réaction au sein du réseau de la santé. Une des manifestations de désaccord les plus médiatisées est sans doute la conférence de presse de médecins du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.<sup>(188-190)</sup> Cette conférence de presse a en quelque sorte marqué l'entrée du monde médical, c'est-à-dire des acteurs des soins de santé, dans le débat sur la législation.

D'autres interventions ont également été menées, telle une campagne de lettres de représentants du monde de la santé adressées au Premier ministre<sup>(191)</sup> de pair avec des interventions médiatiques, notamment sur la question de la FTE.<sup>(192,193)</sup> Des répondants considèrent que ces interventions ont été autant de manières de démontrer qu'en dépit de ce que laissent entendre ses détracteurs, la *Loi sur le tabac* n'est pas le produit d'une frange radicale de la société mais bien un outil désiré par l'ensemble de la communauté médicale. Le message semble avoir été bien reçu par le Premier ministre d'autant plus que les médecins de l'Hôpital Sainte-Justine avaient communiqué aux membres de son cabinet leur intention de tenir à leur tour une conférence de presse. Notons aussi que l'Opposition officielle du Parti libéral du Québec se servira à plusieurs reprises du projet de loi afin d'embarrasser le Premier ministre du Québec, Lucien Bouchard.

« Une crainte – et je pense qu'on l'a soulevée à quelques reprises, je l'ai soulevée à l'Assemblée nationale – c'est la réaction du premier ministre sur le projet de loi, où le premier ministre a semblé prendre ses distances avec notre commission, à l'effet que ce n'était pas pressant ou qu'il déciderait lui-même à quel moment il va passer la loi. Moi, je pense qu'il faut... et je souhaite que le premier ministre va être sincère et aussi sérieux. Dans l'approche que, nous, nous avons eue en commission parlementaire, je pense que tout le monde a travaillé vraiment fort et avec un objectif de santé publique extrêmement important ». (le député de Robert-Baldwin, Pierre Marsan, PLQ, 1998)<sup>(54)</sup>

La *Loi sur le tabac* sera adoptée à l'unanimité par les 108 députés présents lors du vote<sup>37</sup>, le 17 juin 1998, soit à la veille de la fin de la session parlementaire. Un vote nominal avait été demandé par le gouvernement du Parti québécois « *de façon à ce que, historiquement, nos noms soient inscrits sur cette décision* ». <sup>(194)</sup> Le Président de l'Assemblée nationale qui a peut-être remarqué qu'un député a voté, ses cigarettes à la main, déclarera: « *Alors, je comprends que la motion est adoptée à l'unanimité, fumeurs et non-fumeurs confondus. Le projet de loi n° 444 est donc adopté* ». <sup>(57)</sup>

---

<sup>37</sup> L'Assemblée nationale compte alors 125 députés.

#### **5.4.4 Conclusion du chapitre**

Dans un premier temps, ce chapitre nous a permis de présenter les principaux jalons de l'évolution des systèmes de santé publique canadien et québécois. Ces systèmes, nous l'avons vu, se sont transformés afin de répondre aux défis que pose la mission d'amélioration de la santé des populations. Leur transformation s'appuyait sur le constat que cette mission ne pouvait uniquement compter sur l'amélioration des systèmes de soins de santé et qu'il fallait en occurrence intervenir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé. Par ailleurs, nous avons vu qu'il n'y avait pas de délimitations claires entre les mandats de santé publique des deux gouvernements. Ce constat est important puisqu'il explique pourquoi, en 1998, les gouvernements fédéral et provincial interviennent tous les deux sur le problème du tabac.

Dans un deuxième temps, ce chapitre nous a permis de dégager un récit de l'évolution de l'intervention du gouvernement du Québec sur le problème du tabac. Ce portrait fait ressortir le caractère relativement récent des interventions gouvernementales sur le tabac dont les débuts remontent aux années 70. Il est encore plus frappant de constater que le système de santé du Québec n'a pas été très actif dans ce dossier avant la fin des années 80 et que la première intervention législative sur les usages du tabac, en 1986, a été initiée par le ministre de l'Environnement et non par celui de la Santé.

Les informations présentées dans ce chapitre nous seront utiles pour mettre en contexte les résultats présentés dans les chapitres suivants.

« au Québec et ailleurs dans le monde, il a eu banalisation par l'industrie du produit [...] c'est l'affaire de fond. C'est que l'industrie a toujours eu une stratégie qui permettait une mise en marché efficace du produit, qui contrôlait beaucoup l'environnement qui était relatif à ça. On a juste à penser que dès le début, les automobiles se sont vues dotées d'allume-cigarettes [...] Alors, c'était vraiment un déploiement stratégique très, très habile, doublé à la nicotine qui est dans le produit. Alors c'était une stratégie gagnante dès le départ. Et c'est à ça qu'on s'attaque. On s'attaque à un environnement qui était favorable, qui avait été travaillé par l'industrie, qui était réceptif ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

## **Chapitre 6 L'évolution sur douze années du traitement de la question du tabac au Québec**

### ***6.1 Introduction***

Dans ce chapitre, nous visons à dégager les tendances dans le traitement de la question du tabac et tout particulièrement les consensus et différends en ce qui trait à la définition des problèmes et des solutions. Ce portrait de l'évolution du traitement de la question du tabac au Québec repose sur l'analyse des propos tenus au cours des quatre périodes par les acteurs jugés susceptibles d'influencer la politique tabac. Rappelons que, selon Sabatier et Jenkins-Smith, ce groupe d'acteurs peut inclure des députés, ministres, journalistes et représentants de différentes organisations civiles (ONG santé, ORGSP, etc.) et de groupes d'intérêts dont l'industrie du tabac. Ces propos ont été recueillis à partir d'extraits des journaux des débats de l'Assemblée nationale et de différentes commissions parlementaires, d'articles de la presse écrite et de documents gouvernementaux.

Nous mettrons l'accent sur la première et la dernière période, soit celles de l'adoption de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* (LPNF) de 1986 et de l'adoption de la *Loi sur le tabac* de 1998. Nous obtiendrons ainsi un portrait de l'évolution des discours sur le tabac de  $t_0$  à  $t_1$ . Les deux autres

périodes, soit celles de la crise de la contrebande de 1994 et de la consultation de 1995, sont également examinées afin de mieux décrire cette évolution et de cerner les moments de mutation des discours.

Parmi les éléments qui ressortent de cette analyse de l'évolution des discours sur le tabac des membres de l'élite politique, nous retenons, par souci de parcimonie, quatre thèmes généraux qui informent d'une manière marquée sur les contraintes et les occasions auxquelles font face les promoteurs de mesures législatives de réduction du tabagisme. Ces thèmes sont : (1) le tabac et la santé, (2) la légitimité de l'intervention de l'État à l'égard de la problématique du tabac, (3) les mesures de réduction du tabagisme et de protection des non-fumeurs et (4) la conduite et l'avenir de l'industrie du tabac. Le lecteur pourra se référer au Tableau VIII pour une synthèse des différents éléments des discours sur le tabac.

Tableau VIII Éléments clés de l'évolution du traitement de la question du tabac de 86 à 98

<i>Pér. I : LPNF de 1986</i>	<i>Pér. II : Crise de la contrebande de 1994</i>	<i>Pér. III : Consultation publique de 1995</i>	<i>Pér. IV : Loi sur le tabac de 1998</i>
------------------------------	--	---	---

**Sur le tabac et la santé**

Le tabagisme constitue un risque pour la santé des fumeurs  
 La FTE constitue un risque pour la santé des non-fumeurs.  
 Raffinement du portrait sanitaire du tabagisme et de l'exposition à la FTE.  
 Les jeunes fument.

Associé à une habitude difficile à perdre, le tabagisme se meut en dépendance à la nicotine.  
 Le problème du tabagisme dans la population ne se résorbera pas seul.  
 L'initiation au tabagisme a principalement lieu à l'adolescence.

Marginalisation des propos sur les désagréments de la FTE.

**Sur la légitimité de l'État**

Le droit des non-fumeurs à un environnement sans fumée prime sur celui des fumeurs.  
 Le tabagisme engendre des coûts importants en soins de santé  
 Les interventions de l'État ne doivent pas affecter l'économie

L'État doit s'attaquer à l'augmentation du tabagisme chez les jeunes  
 La question du tabac passe d'un problème de respect des droits des non-fumeurs à une problématique de santé publique.

**Sur les mesures**

Il y a expansion des types de lieux publics où il est considéré légitime de restreindre le tabagisme. Les restaurants et les bars demeurent des lieux contestés.  
 L'impact sur les droits des fumeurs des restrictions sur les usages préoccupe de moins en moins.

Restreindre les usages dans les lieux publics protège la santé des non-fumeurs.

La mise en oeuvre des mesures de protection des non-fumeurs requiert un régime d'inspection et de sanctions des contrevenants.

Restreindre les usages dans les lieux publics réduit le tabagisme.

Le prix du tabac a un effet sur sa consommation.

Le marché de la contrebande impose un seuil limite de taxation.  
 Contrôler la vente de tabac aux mineurs est nécessaire puisqu'une forte proportion des détaillants ne respecte pas l'interdiction fédérale.

La publicité du tabac influence les jeunes et doit donc être restreinte.

La commandite est une forme de publicité.  
 L'intervention sur la composition du produit est envisageable.

La vente de tabac en pharmacie apparaît une pratique discutable.

**Sur l'industrie du tabac**

La contribution de l'industrie du tabac à l'économie de la province est en déclin.

L'image publique de l'industrie se détériore.



## **6.2 Sur le tabac et la santé**

Dans cette première partie de notre propos, nous nous intéressons à la reconnaissance du caractère léthal de l'usage du tabac pour les fumeurs et non-fumeurs. Nous poursuivrons ensuite par un exposé sur les autres dimensions sanitaires abordées par les acteurs.

### **6.2.1 Sur la létalité du tabagisme**

Dès 1986, au Québec ce qu'il est convenu de désigner l'élite politique interpellée par la problématique du tabac reconnaît la létalité du tabagisme pour les fumeurs. Ce constat semble à ce point intégré dans la vision des acteurs que l'industrie du tabac ne tente pas, du moins ouvertement, de le remettre en question. En fait, tout au long des quatre périodes, l'industrie n'aborde pas la question de la létalité du tabac pour les fumeurs, préférant plutôt s'attaquer à la question des mesures mises de l'avant par le gouvernement. Mais si la létalité du tabac est établie chez les acteurs, le portrait sanitaire sur lequel cette reconnaissance se base va quant à lui évoluer pour gagner en profondeur et en précision, notamment en terme de prévalence du tabagisme par groupe d'âge, par région et sur le niveau de consommation des produits du tabac. Si on se reporte en 1986, on constate que seuls quelques représentants du secteur de la santé chiffrèrent la mortalité associée au tabagisme et ceci uniquement pour la population canadienne. Ce n'est qu'à la période II qu'on fait référence à des données pour la population du Québec<sup>38</sup>. À la période IV, non seulement les données utilisées permettent de dresser un portrait du problème du tabagisme pour chaque groupe d'âge mais en plus les députés adoptent le portrait sanitaire élaboré par différentes ONG santé<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Signalons que le ministère de la Santé et des Services sociaux se donne avec le *Plan d'action de lutte au tabagisme* des moyens de mieux décrire et monitorer l'évolution du tabagisme au Québec. Il est question de « *Mandater Santé Québec afin qu'il précise le profil des habitudes tabagiques des jeunes âgés de 9 à 18 ans* » et de « *Suivre l'évolution de la consommation du tabac au Québec* ». <sup>(38)</sup>

<sup>39</sup> « M. le Président, je voudrais simplement, en terminant, relire un des mémoires qui, je pense, a été décisif dans l'étude, lorsque nous avons reçu différents intervenants de l'industrie, des

Ce qui fait qu'en 1998, la définition du problème du tabagisme prédominante est celle des acteurs du monde de la santé à un point tel qu'en commission parlementaire, une députée demandera à l'industrie du tabac de prendre position face aux 10 000 décès annuels attribuables au tabagisme, un chiffre qu'elle juge visiblement crédible. La réponse de la représentante de l'industrie du tabac mérite d'être citée.

« Moi, je vous dirais que l'industrie reconnaît d'emblée qu'il y a des risques associés à la consommation de son produit et que, si vous fumez, vous courez des chances de développer un grand nombre de maladies. Ça, il ne faut pas se conter de peurs, c'est vrai. De là à dire est-ce qu'il y a 10 000, 9 800, 5 000, 2 000, 13 000, la façon dont c'est comptabilisé, je ne suis pas comptable, je ne suis pas économiste [...] Et ça serait probablement aux économistes [mandatés par le Conseil canadien des fabricants de produit du tabac] qui vont être ici lundi qu'il faudrait poser la question. Ceci étant dit, l'industrie ne nie pas qu'il y a des risques associés à la santé. Tout ce qu'on demande, c'est que, à partir du moment où le gouvernement nous permet de fabriquer les produits qu'on fabrique... On demande d'œuvrer dans un cadre réglementaire raisonnable ». (Marie-Josée Lapointe, porte-parole du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac)<sup>(52)</sup>

---

regroupements de non-fumeurs, et c'est le Collège des médecins du Québec. Je me permets tout simplement de vous lire deux paragraphes sur la nocivité du tabac:

"Le caractère nocif du tabac et la dépendance que crée la nicotine ne sont plus à démontrer. Les données concernant l'effet du tabagisme sont si graves qu'elles parlent d'elles-mêmes. En effet, l'usage du tabac sur des périodes prolongées est responsable de 85 % des cancers du poumon. Le tabagisme est également associé au cancer de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas, du col utérin, du rein, des uretères, de la vessie et du colon. Il est estimé qu'environ 14 % des leucémies sont secondaires au tabagisme. Qui plus est, 30 % des mortalités dues aux cancers seraient reliées au tabagisme, ce qui représente la cause la plus importante des cancers.

"Sur le plan cardiovasculaire, le tabagisme augmente – et c'est toujours le Collège des médecins qui parle – l'incidence des accidents cérébrovasculaires, de la mort subite, de l'infarctus, de la maladie vasculaire périphérique et de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Chez notre population, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité tant chez la femme que chez les hommes."

Et rapidement, M. le Président, en terminant le mémoire du Collège des médecins: «En effet, la consommation du tabac est la cause principale des mortalités reliées aux maladies pulmonaires. Et que dire aussi de l'effet du tabagisme chez la femme», puis je pense qu'il y a des explications importantes dans leur mémoire. Donc, «le tabagisme a un impact important chez les non-fumeurs également. Il est bien reconnu maintenant qu'un très grand nombre de maladies cardiovasculaires sont secondaires à un tabagisme passif. Un non-fumeur vivant avec un fumeur aura 30 % de plus de risques de mortalité par maladie cardiaque.» (le député de Robert-Baldwin, Pierre Marsan, PLQ)<sup>(194)</sup>

Ce dénombrement des décès constitue une des manifestations de l'émergence d'un ordre de grandeur du problème, lequel s'accompagne également de formules telles : « *le tabac tue plus que les accidents de la route, les homicides, suicide, drogues et le SIDA réunis* ». <sup>(195,196)</sup> Cette évolution du discours va aussi de pair avec un accroissement de la liste des pathologies associées au tabagisme mais surtout d'une série d'éléments de définitions du problème (tabagisme chez les jeunes) et de solutions (mesures d'éducation, de protection, de prévention) qui s'agrègent en un tout cohérent.

Pour ce qui est des discours sur la mortalité associée à l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement (FTE), encore une fois on observe, dès la première période examinée, que ce risque pour la santé ponctue déjà les discours de l'élite politique.

« Il ne faut pas oublier qu'une cigarette prend en moyenne douze minutes à se consumer, alors que le fumeur n'aspire la fumée que pour une minute et demie. De plus, une personne qui s'expose à la fumée des autres double le risque d'avoir le cancer du poumon. Je pense que, si les gens veulent vérifier les statistiques, il semble que plusieurs morts sont causées ici au Québec chaque année par des gens qui fument. Les statistiques donnent ces chiffres ». (le député de Pontiac, Robert Middlemiss, PLQ, 1986) <sup>(25)</sup>

L'intégration de cette préoccupation apparaît toutefois nouvelle si l'on en juge la difficulté que les députés et chroniqueurs éprouvent à décrire le problème. On retrouve en effet, en 1986, des termes tels « *fumée secondaire* », <sup>(25)</sup> « *fumée de seconde narine* » <sup>(25)</sup> ou de « *seconde main* » <sup>(197)</sup> pour qualifier le polluant. De plus, il faut signaler qu'en 1986, ce discours sur les risques de la FTE pour la santé cohabite avec un autre, porté notamment par des commentateurs de la presse écrite et qui réfère davantage aux désagréments de la fumée de tabac qu'à la question des risques pour la santé. <sup>(198)</sup> Ce discours va toutefois graduellement disparaître.

À la période III, chez les acteurs des médias, seule une chroniqueuse <sup>(199)</sup> exprime un léger doute sur la létalité de la FTE, un discours qui disparaît complètement des médias lors de la période IV. En fait, l'industrie se retrouve seule, et ceci dès la période I, à nier le risque que constitue pour la santé l'exposition à la FTE. Mais,

tout comme pour la question de la mortalité chez les fumeurs, elle va être très discrète sur cet aspect. À la période I, elle fera connaître sa position sur la FTE par l'entremise d'un député.

« Le conseil [Conseil canadien des fabricants des produits du tabac] m'a demandé de vous faire part de ce qu'on appelle en anglais le « passive smoking ». Si quelqu'un fume à côté de moi, si je suis placé à côté de cette personne, quelle influence cela a-t-il sur moi qui suis une personne qui ne fume pas ? En français on appelle cela l'inhalation passive de la fumée du tabac. [...] Je voudrais à la demande du Conseil canadien des fabricants de produits du tabac, signaler que cela [les dangers pour la santé] n'a pas été décidé d'une manière définitive. C'est un peu comme une opinion d'ingénieur, une opinion d'avocat. Il y a toujours des opinions qui diffèrent, nous ne sommes pas toujours d'accord ». (le député de Sainte-Anne, Maximilien Polak, PLQ, 1986)<sup>(25)</sup>

Douze ans plus tard, soit en 1998, non seulement on ne retrouve plus d'exemple d'appui d'un député aux allégations de l'industrie, mais qui plus est, l'expression d'un tel appui apparaîtrait de toute évidence déplacée. C'est probablement en partie pour cette raison que l'industrie du tabac requiert les services de trois économistes<sup>40</sup> présentant les résultats d'une étude « *réalisée à la demande du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac* » et qui « *visait à évaluer l'Étude d'impact sur le projet de loi sur le tabac, réalisée pour le gouvernement* »

41 (54)

« L'étude d'impact pose péremptoirement [...] je cite – "la santé des non-fumeurs est affectée par la fumée de tabac dans leur environnement." Fin de la citation. S'il restait quelques doutes dans l'esprit de certains sur cette question, la position alarmiste est devenue définitivement intenable depuis la publication récente – et presque subreptice – du rapport exhaustif de l'Organisation mondiale de la santé sur la question il y a quelques mois à peine. L'Organisation mondiale de la santé a en effet publié les résultats d'une recherche rigoureuse qui, sur une période de 10 ans, a

---

<sup>40</sup> En 1996, l'un de ceux-ci avait déjà fait connaître son opinion sur le traitement accordé par l'État à l'usage du tabac.<sup>(200,201)</sup> Une opinion très en ligne avec le discours de l'industrie du tabac.

<sup>41</sup> « *Le Conseil canadien des fabricants des produits du tabac nous a demandé, et je cite ici les termes exacts de notre mandat, je cite, donc: "Une évaluation professionnelle, indépendante, scientifique et objective de l'étude d'impact, en fonction des principes méthodologiques et des conclusions de la science économique."* » (Pierre Lemieux, professeur associé à l'Université du Québec à Hull)<sup>(54)</sup>

systématiquement suivi 650 personnes réparties dans sept pays d'Europe. Or, les 25 chercheurs du Centre international de recherche sur le cancer qui ont participé à ce travail concluent que le risque de cancer du poumon chez les conjoints ou les collègues de travail des fumeurs est inexistant. Si c'est l'étude d'impact qui a servi de fondement au projet de loi n° 444, le gouvernement a toutes les raisons de faire marche arrière »<sup>42</sup> (Jean-Luc Migué, professeur titulaire d'économie à l'École nationale d'administration publique, 1998)<sup>(54)</sup>

Questionné par les députés sur cette affirmation, le même économiste suggèrera de « *consulter le rapport du symposium international tenu à McGill University en 1990 [...] et qui conclut que: "Data do not support the judgment of a casual relationship between exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer"»*<sup>43</sup> <sup>(54)</sup>.

L'intervention de ces économistes mandatés par le Conseil canadien des fabricants des produits du tabac sera au mieux reçue poliment par les députés ; au pire accueillie par des commentaires très critiques. Qui plus est, le ministre de la Santé reconnaîtra dans le symposium cité, un événement organisé par l'industrie et pour lequel les participants avaient été triés sur le volet<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Un répondant qui a commenté une version préliminaire de ce rapport signale, documents à l'appui, que les trois économistes ont fait une interprétation tout à fait erroné des résultats de l'étude effectuée par l'*International Agency for Research on Cancer* (un institut de recherche affilié à l'OMS). Les résultats de la recherche indiquaient une augmentation de 16% du risque de cancer du poumon de l'exposition à la FTE chez les épouses de fumeurs non-fumeuses et de 17% chez les travailleurs non-fumeurs exposé à la FTE. Cependant, la taille de l'échantillon de l'étude était insuffisant pour obtenir des résultats statistiquement significatifs.<sup>(202,203)</sup> L'intervention des économistes ne serait qu'une manifestation de la campagne mondiale de manipulation des médias et du public menée par Philip Morris pour prévenir la prolifération de législations pour réduire l'exposition à la FTE.<sup>(202)</sup>

<sup>43</sup> Quelques jours après l'intervention de ces trois économistes à la Commission parlementaire, une lettre de dénonciation a été adressée par un militant antitabac au président et directeur général de l'École nationale d'administration publique. Une copie conforme de la lettre a été transmise à chacun des membres de la Commission.<sup>(204)</sup>

<sup>44</sup> Ce fait a également été relevé par Fernand Turcotte professeur au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval et conseiller spécial du ministre sur le dossier du tabac et par François Damphousse, directeur du bureau du Québec de l'Association pour les droits des non-fumeurs dans une lettre aux lecteurs publiée dans un quotidien un peu moins d'un mois avant le dépôt du projet de loi.<sup>(205)</sup>

Les propos d'un député à l'endroit de la présentation des économistes de l'industrie du tabac apparaissent confirmer notre lecture du mauvais accueil réservé à ces derniers. Ainsi, suite à la présentation des auteurs de l'étude d'impact engagés par le gouvernement le député déclarera retrouver ses *points de repère* : « *Là je me retrouve un peu mieux dans mes points de repère pour comprendre comment on procède à une étude. Tout à l'heure [lors de la présentation des économistes de l'industrie du tabac], j'étais un petit peu perdue, mais là j'ai l'impression de retrouver des choses un peu sensées* ». (la députée de Sherbrooke, Marie Malavoy, PQ, 1998)<sup>(54)</sup>

En somme, pour l'industrie du tabac, la contestation des effets sur la santé de l'exposition à la FTE apparaît difficile. Signalons, encore une fois, que l'industrie évitera d'aborder la question. Les propos de Brian Levitt, président d'Imperial Tobacco, rapportés, en 1998, par un journaliste sont révélateurs de la précarité de la position de l'industrie sur cet aspect.

« "C'est de la mauvaise science", argue Brian Levitt. Quelle serait l'attitude de la compagnie si les preuves scientifiques devenaient irréfutables? "La science ne prouve pas tout [...] Fumer n'est pas un phénomène scientifique. Fumer, c'est un phénomène social et culturel", estime-t-il »<sup>(206)</sup>

Notons que tout comme pour la mortalité chez les fumeurs, le portrait épidémiologique de l'exposition à la FTE va aussi se développer. En 1998, soit lors de la période IV, les acteurs du monde de la santé seront en mesure de quantifier l'exposition de différents groupes notamment celui des jeunes. Cela constitue une nette évolution si l'on considère que le portrait dressé en 1986 s'appuyait sur la première estimation réalisée au Canada en 1985. Une estimation qui dénombrerait uniquement les cas de cancer du poumon, soit 460 pour l'ensemble du pays.<sup>(70,207,208)</sup>

## 6.2.2 Autres dimensions sanitaires du problème du tabac au Québec

Outre la létalité, le problème du tabac comporte plusieurs dimensions qu'il faut aborder afin de saisir l'évolution du traitement de cette problématique par les acteurs de l'élite politique.

### 6.2.2.1 Le tabagisme : un problème en déclin

En 1986, les propos sur le tabac apparaissent référer à un problème qui se résorbe de lui-même avec l'aide de la sensibilisation déjà en cours et de l'imposition de taxes sur le tabac.<sup>(59,209,210)</sup> Ainsi, on retrouve plusieurs interventions chez les députés et dans la presse écrite, à l'effet que la population du Québec est non seulement composée majoritairement de non-fumeurs,<sup>(209,211,212)</sup> mais, qui plus est, que le tabagisme est pour ainsi dire appelé à disparaître.

« Je prévois, M. le ministre, soit dit en passant, que votre projet de loi va avoir des effets d'éducation remarquables parce qu'il est fort et puissant et qu'à ce moment-là, dans deux ans et demi, je ne sais pas qui va continuer à fumer. J'ai comme l'impression qu'on va être 3000 fumeurs. J'espère ne pas l'être. On va payer nos paquets de cigarettes à peu près 2556,75 \$ parce que tous les gouvernements s'empressent de taxer cela, et on va tous se ramasser dans un coin pour fumer un peu à la cachette dans nos maisons. En somme, il y a un mouvement qui est fort dans la société et vous imprimez, par ce projet de loi, une tendance très musclée ». (le député de Taillon, Claude Filion, PQ, 1986)<sup>(210)</sup>

Cette perspective du problème du tabagisme va toutefois s'éclipser au profit d'une autre appréhendant la problématique comme un phénomène complexe à endiguer et où les acquis en termes de diminution de la prévalence du tabagisme dans la population peuvent laisser place à des reculs significatifs surtout chez les jeunes. La crise de la contrebande est de toute évidence un des facteurs clés de ce changement de perspective. Ce qui fait qu'en 1998, on ne retrouve plus de traces de ce discours absolu sur la disparition éventuelle du tabagisme. Ceci d'autant plus que les acteurs de l'élite politique se montrent très préoccupés par l'augmentation du tabagisme chez les jeunes. De plus, les acteurs reconnaissent durant toutes les

périodes que le Québec est la province canadienne présentant la plus forte prévalence du tabagisme dans sa population.<sup>(25,211,213-219)</sup>

### 6.2.2.2 Les propriétés addictives de la nicotine

Une autre évolution remarquable dans le traitement de la question du tabac porte sur les propriétés addictives de la nicotine. En 1986, on traite à demi-mot de la dépendance engendrée par le tabac<sup>45</sup>. D'ailleurs, plusieurs députés ex-fumeurs ont témoigné, lors des travaux pour l'adoption de la LPNF, de la difficulté de cesser de fumer.

« Je suis un fumeur. Je ne l'ai pas toujours été, je suis du type de fumeur qui a arrêté de fumer pendant un an et qui a chuté. Je dois vous dire que nous sommes quand même nombreux au Québec à avoir fait cet effort de cesser. Dans mon cas cela a bien été pendant douze mois, malheureusement il a suffi de si peu de choses pour retomber dans cette mauvaise habitude qu'est la cigarette ». (le député de Taillon, Claude Filion, PQ, 1986)<sup>(25)</sup>

« Personnellement, j'ai toujours fumé deux ou trois paquets de cigarettes par jour. Cependant, depuis trois semaines, j'ai arrêté de fumer. Cela mériterait de gros applaudissements, parce que je trouve cela dur ». (le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ, 1986)<sup>(25)</sup>

Ce discours sur la difficulté de cesser de fumer cohabite avec des propos sur le tabagisme en tant que choix d'adulte. Dès la période suivante, c'est-à-dire en 1993-1994, on observe l'émergence d'un discours sur le tabac en tant que drogue qui crée une dépendance. Ce type de propos est surtout le fait d'acteurs du secteur de la santé et des médias et il n'est probablement pas étranger aux interventions du commissaire de la FDA auprès du Congrès américain sur la dépendance à la nicotine.<sup>(37,220)</sup> En examinant l'évolution de ce discours sur la dépendance à la nicotine, on peut constater qu'en 1998 il est largement partagé par l'élite politique. Une exception notable existe toutefois en l'industrie du tabac et certains de ses alliés qui vont continuer à dépendre le tabagisme comme la manifestation de l'exercice d'un choix d'adultes.

---

<sup>45</sup> Le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ, parle de l'alcool et du tabac comme des drogues légalisées.<sup>(25)</sup> Mais du côté du monde de la santé on n'y fait pas mention.



« les Canadiens qui choisissent de fumer sont convaincus que l'usage du tabac comporte des risques pour la santé, en partie parce que des avertissements à ce sujet figurent sur les paquets de cigarettes depuis près de 30 ans ». (Brian Levitt, président et chef de la direction d'Imasco, société propriétaire d'Imperial Tobacco, le souligné est de nous)<sup>(221)</sup>

« Nous estimons que cette décision [défaite d'une Rimouskoise demandant que l'industrie rembourse son traitement de cessation] confirme la position de notre entreprise, à savoir que la consommation du tabac est une question de choix personnel, que chacun est responsable de ses choix de mode de vie et que ceux qui désirent cesser de fumer peuvent le faire ». (Don Brown, président et chef de la direction d'Imperial Tobacco, les soulignés sont de nous)<sup>(222)</sup>.

« La FTQ ne conteste pas les effets nocifs du tabac – on peut nous prétendre cette nonchalance, mais c'est complètement faux – ni la nécessité de protéger les non-fumeurs. On a toujours prétendu que c'était important. Ce que nous disons, c'est que le tabac demeure un produit légal et que les fumeurs ont des droits de cité, tout en ayant des responsabilités face aux non-fumeurs. [...] Par ailleurs, même si le tabac demeure un produit légal, ses effets sur la santé nous forcent à traiter le tabagisme comme un choix qui doit être assumé de façon responsable par des adultes d'abord ». (M. Clément Godbout, président de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, les soulignés sont de nous)<sup>(55)</sup>

« Premièrement, les producteurs souscrivent sans réserve aux objectifs poursuivis par le gouvernement en ce qui touche les jeunes et la consommation du tabac. L'usage du tabac constitue une activité réservée aux adultes qui le désirent ». (M. Jean-Guy Asselin, vice-président de l'Office des producteurs de tabac jaune du Québec, le souligné est de nous)<sup>(53)</sup>

### 6.2.2.3 Le tabagisme : un problème chez les jeunes

Un dernier élément de l'évolution de la définition du problème du tabac au Québec attire notre attention. Il s'agit ici du tabagisme chez les jeunes. En 1986, les députés et journalistes constatent que les jeunes, particulièrement les jeunes filles, font usage du tabac. Cette situation est considérée déplorable et qui plus est requiert l'intervention de l'État. Le constat va être formulé à maintes reprises au cours des quatre périodes examinées. L'importance du problème du tabagisme chez les jeunes va faire consensus au sein des acteurs de l'élite politique incluant les représentants de l'industrie. L'élément de nouveauté est qu'à partir de la période II vont progressivement pénétrer dans les discours deux autres dimensions

de ce problème du tabagisme chez les jeunes. Le premier est que l'initiation au tabagisme a lieu pour la très grande majorité des fumeurs lors de l'adolescence ; une lecture du problème que personne ne conteste en 1998. Le second élément fondamental est que le tabagisme est en augmentation chez les jeunes.

Pour ce dernier point, il faut souligner que lors de la crise de la contrebande, plusieurs journalistes,<sup>(99,108,125)</sup> députés favorables à la baisse des taxes<sup>(223,224)</sup> ainsi que l'industrie<sup>(126)</sup> estimaient, sans pour cela se baser sur des enquêtes, que le tabagisme chez les jeunes avait progressé en raison de l'accessibilité plus grande qu'offraient les contrebandiers aux produits du tabac. De leur côté, les opposants à la baisse des taxes considéraient plutôt que c'est cette même baisse qui serait susceptible d'induire une augmentation du tabagisme.<sup>(225-227)</sup> Lorsqu'on examine les discours des acteurs lors de la période III, c'est-à-dire après que les enquêtes du MSSS<sup>(228)</sup> eurent démontré l'augmentation du tabagisme chez les jeunes, on constate qu'un débat fait rage sur le moment où s'est amorcée cette hausse et par extension sur les causes de cette augmentation du tabagisme. Cette hausse, la plupart des acteurs du secteur de la santé l'attribuent à la baisse des taxes.<sup>(215,229-231)</sup> Chez les chroniqueurs et éditorialistes, les opinions vont avoir tendance à se partager suivant le même clivage opposants - supporteurs de la baisse des taxes. Quant à l'industrie, elle maintiendra toujours la même position à l'effet que la hausse du tabagisme chez les jeunes s'est amorcée avant la baisse des taxes et cela en dépit des mesures de réduction du tabagisme que le fédéral avait mis en place en 1988<sup>46</sup>. « *La consommation chez les jeunes a fait un bond important au début des*

---

<sup>46</sup> Devant l'absence de résultats d'enquêtes d'envergure nationale sur le tabagisme au Canada pour les années 1992 et 1993, Santé Canada a réuni un groupe de travail, en septembre 1994, pour établir un consensus de spécialistes sur la prévalence de la consommation de cigarettes pour ces deux années <sup>(232)</sup> L'examen des résultats d'une série d'enquêtes secondaires et de données sur la production et la vente de produits du tabac a amené le groupe de travail à conclure que: «*Selon toute vraisemblance, la prévalence de la consommation de cigarette au sein de la population canadienne a continué de diminuer de 1991 à 1993, s'est renversée en 1993 et a augmenté de 1993 à 1994*».(p. 35). Pour ce qui est de la prévalence du tabagisme chez les adolescents, le groupe observe une prévalence plus élevée en 1994 qu'en 1991 mais n'a pas trouvé de preuves suffisantes pour établir des comparaisons avec 1992 et 1993. Selon un répondant qui a commenté une version préliminaire du rapport, l'industrie s'est servie de cette absence de données pour prétendre que la

*années 90 alors que l'interdiction de publicité et les taxes élevées étaient en vigueur* » (Robert Parker, président du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, 1995).<sup>(161)</sup>

En 1998, soit à la période IV, l'opinion à l'effet que la baisse des taxes de 1994 a engendré une augmentation du tabagisme chez les jeunes gagne la majorité des acteurs de l'élite politique. Encore ici, l'industrie du tabac se retrouve à faire cavalier seul en continuant à situer la hausse avant la baisse des taxes. Pour l'industrie, l'enjeu de ce débat apparaît important si l'on se fie aux interventions répétées de ses représentants afin de gagner les députés et médias à son point de vue. Cette position, elle va notamment la défendre en commission parlementaire,<sup>(52)</sup> par des visites de députés,<sup>(233)</sup> en mettant de l'avant des études produites par Statistique Canada et en communiquant les résultats d'un avis qu'elle a commandé pour critiquer la méthodologie de l'enquête sur la prévalence du ministère de la Santé et des Services sociaux.<sup>(234)</sup>

« Si je peux me permettre d'ajouter quelque chose sur tout le dossier de la consommation du tabac chez les jeunes, je ne veux absolument pas, sous aucune considération, faire un débat de statistiques – ce n'est pas utile et ça nuit à tout – mais je veux préciser certaines choses. Depuis la baisse des taxes, selon les statistiques recueillies auprès de Statistique Canada, qui a mesuré l'incidence du tabac auprès des jeunes à peu près à tous les ans, il n'y a pas eu d'augmentation de l'usage du tabac chez les jeunes. Il y a eu une augmentation qui a débuté au début des années quatre-vingt-dix, et, comme Me Potter l'a souligné, c'était au moment où les taxes augmentaient dramatiquement, où les avertissements sur les paquets de cigarettes étaient énormes et où il y avait une interdiction totale de faire de la publicité. Ceci étant dit, depuis 1994, le taux d'usage du tabac chez les 15-19 s'est à peu près stabilisé. » (Marie-Josée Lapointe, porte-parole du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac)<sup>(52)</sup>

Comme le suggère cette dernière citation, un des enjeux du débat sur l'origine de la hausse du tabagisme chez les jeunes est intimement lié à celui visant à déterminer l'efficacité des mesures de réduction du tabagisme. Pour l'industrie, situer

---

consommation chez les jeunes avait augmenté au début des années 90 soit, encore une fois, avant la baisse des taxes.

l'amorce de la hausse du tabagisme au début des années 90 discréditait l'utilité des mesures de restriction de la promotion des produits du tabac ainsi que des mesures fiscales ayant pour objet d'accroître le prix du tabac.

### ***6.3 De la légitimité de l'État à intervenir sur la problématique du tabac***

Malgré ce que pourrait laisser croire l'intensité des débats (notamment celui sur la baisse des taxes et sur l'interdiction de la publicité de commandite) qui ont prévalu au cours des douze années examinées, la légitimité de l'intervention de l'État dans le dossier du tabagisme apparaît indiscutable pour la grande majorité des acteurs. Et tout indique que même l'industrie du tabac et ses alliés ont été contraints de reconnaître cette légitimité. Nous en avons entre autres pour indication tous les témoignages en commission parlementaire des opposants à la *Loi sur le tabac* qui en préambule de leurs critiques expriment tour à tour leur appui à la réalisation des objectifs de santé publique du gouvernement.<sup>(51-55)</sup>

Encore ici, il est nécessaire de tenir compte de l'évolution des principaux éléments du discours des acteurs de l'élite politique pour bien comprendre sur quoi s'appuie cette légitimité de l'État dans son intervention sur le tabac. Une première observation touche au fait qu'en 1986 on ne parle pas d'un problème de santé publique chez les acteurs mais plutôt d'une question de droit des non-fumeurs à respirer un air sans fumée. L'argumentaire du ministre de l'Environnement qui parraine la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* est d'ailleurs presque exclusivement centré sur la question des droits des non-fumeurs.

« I believe that here again, Québec shows the way in a way that is unique in itself because an issue which was supposed to cause so much controversy has been received here In [sic] the House with applause when I introduced it. People on both sides, smokers and non-smokers alike, ministerials, MNAs and Opposition MNAs alike felt that the time was right and we should do it, we should go forward. Quietly, we are going to go forward [...] in an area which is fundamentally an area of human rights ». (Le ministre de l'Environnement, Clifford Lincoln, PLQ, 1986)<sup>(25)</sup>

« Cette loi, simple comme elle l'est, avec seulement une trentaine d'articles, est importante en ce sens qu'elle représente l'affirmation du principe de la protection de certains droits fondamentaux d'un grand groupe de citoyens qui forment aujourd'hui, la majorité au Québec. En ce sens, cette loi représente un pas en avant ». (Le ministre de l'Environnement, Clifford Lincoln, PLQ, 1986)<sup>(235)</sup>

En fait, le ministre de l'Environnement ne mentionnera qu'une seule fois, lors de son discours de présentation du projet de loi, le lien entre son projet de loi et l'objectif « *de mieux protéger la santé et le bien-être des non-fumeurs* ». <sup>(236)</sup> Le ministre ne fera pas référence à la létalité de la FTE, un aspect toutefois soulevé par son adjoint parlementaire.<sup>(25)</sup> Les députés de l'Opposition seront en fait beaucoup plus loquaces sur la question du lien entre le projet de loi et la problématique de santé que constitue le tabagisme.

La plupart des interventions des journalistes à l'égard du projet de loi vont reprendre cette préoccupation du ministre pour les droits des non-fumeurs en se questionnant sur les limites à donner à ce droit. Mais cela dit, il n'apparaît pas y avoir de discours forts sur les droits des fumeurs et sur la question des libertés en général qui transcendent les quatre périodes examinées. En 1998, le seul député à aborder cet aspect de la question et à signifier son opposition à la loi sera absent lors de la prise du vote.

« Le chef de l'Action démocratique du Québec, Mario Dumont, votera contre la législation. Il s'est dit d'accord pour protéger les non-fumeurs. Mais il est inquiet pour la survie d'événements, surtout à Montréal, à la suite du bannissement des commandites. Les obligations faites aux restaurateurs lui apparaissent comme une intrusion de l'État dans la vie privée. De plus, "on va protéger le fumeur contre lui-même? Ça s'arrête où? On va contrôler la quantité de sel que met le cuisinier dans ses plats pour protéger les artères de ses clients?" »<sup>(237)</sup>

Règle générale, en 1998, ce discours sur les droits et libertés est mal reçu par les députés ou du moins par ceux siégeant sur la commission parlementaire pour qui il est important de trouver une solution à l'épidémie de tabagisme chez les jeunes.

« C'est complexe de faire de la législation, et je pense que les auditions publiques sur cette loi qui porte sur le tabac nous ont montré à quel point il faut tenir compte de plusieurs facettes. Et, dans ce qu'on nous a expliqué, on

a bien vu qu'il y avait des considérations d'ordre économique – il faut en tenir compte – qu'il y a des considérations d'ordre juridique, elles sont là aussi. Il y en a même eu, ce soir, d'ordre idéologique [réfère aux trois économistes mandatés par l'industrie du tabac]. Il y a des gens qui, au nom de la liberté, pensent que l'État n'a même rien à voir dans un dossier comme celui-là. Et il y avait aussi au cœur de tout cela des considérations de santé publique.

Et ce que ça m'inspire, c'est que, quel que soit le dossier, il y a toujours un angle que nous aurons à privilégier. On ne peut pas tous les prendre, on ne peut pas tous leur donner la même importance. On doit tous les regarder, mais on doit, à un moment donné, avoir un ancrage plus important quelque part et dire que, dans ce cas-ci, c'est au nom de la santé publique que nous allons, tout en étudiant l'impact des autres facettes, des autres dimensions... c'est au nom de cet aspect plus central que nous allons prendre des décisions ». (la députée de Sherbrooke, Marie Malavoy, PQ)<sup>(54)</sup>

En fait, dès le lendemain du dénouement de la crise de la contrebande par une baisse des taxes spécifiques sur le tabac, le discours sur lequel se fonde l'intervention de l'État en est un d'intervention sur un problème de santé publique. Les propos de la ministre libérale de la Santé et des Services sociaux lors de la présentation des principales lignes du plan d'action pour prévenir l'augmentation du tabagisme chez les jeunes sont révélateurs de la transformation du discours en un discours de santé publique.

« Et c'est un plan d'action à plusieurs volets. Alors, il y a un aspect législatif au plan d'action, qui vise deux éléments en particulier: d'abord, de façon particulière, empêcher la vente du tabac aux mineurs et l'autre dimension, au plan législatif aussi, c'est un renforcement de la loi de la protection des non-fumeurs. Alors, ces deux dossiers-là sont en cours au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. La loi de la protection des non-fumeurs, comme vous le savez, relève, au moment où on se parle, du ministre de l'Environnement. Alors, nous avons des discussions en cours pour que cette loi relève dorénavant du ministre de la Santé, étant donné la problématique de la santé publique ». (la ministre de la Santé et des Services sociaux, Lucienne Robillard, PLQ, 1994)<sup>(238)</sup>

Cela dit cette légitimité, même si elle est peu remise en question, s'appuie sur des éléments fondateurs dont certains évoluent dans le temps. L'un de ces éléments stables est que le tabagisme engendre des coûts en soins de santé très élevés pour la société. En 1994, lors de la crise de la contrebande, l'argument sera éclipsé par d'autres priorités telles la nécessité de ramener l'ordre public, la survie des

détaillants, etc. Le fait que les soins de santé au Québec soient à financement public peut avoir contribué à fonder cette légitimité de l'État. En 1998, les auteurs de l'étude d'impact économique commandée par le ministère vont s'employer à chiffrer les économies associées à une réduction du tabagisme. L'étude sera prise au sérieux par l'industrie du tabac. Les résultats semblent avoir représenté une menace suffisante pour que le Conseil canadien des fabricants des produits du tabac y réplique en commandant un avis d'expert auprès des trois économistes mentionnés précédemment. Les experts attaqueront plusieurs aspects méthodologiques de l'étude dont le suivant, qui ne manquera pas d'être repris par la presse écrite.<sup>(239,240)</sup>

« Parmi les autres omissions commises par l'étude d'impact, notons qu'elle ne comptabilise que les coûts de santé supplémentaires des maladies attribuées au tabac sans tenir compte des économies ultérieures qu'une longévité réduite<sup>47</sup> fait réaliser aux régimes de retraite publics et aux centres d'hébergement. Est-il superflu de souligner en passant, quand même, qu'une étude valide des avantages-coûts de la cigarette ne postule aucunement qu'il est socialement avantageux qu'une personne meure plus tôt? C'est la fixation de l'étude d'impact sur la comptabilité publique plutôt que sur l'efficacité qui nous impose ce calcul cruel ». (Jean-Luc Migué, professeur titulaire d'économie à l'École nationale d'administration publique)<sup>(54)</sup>

Pour ce qui est des autres éléments fondateurs de la légitimité de l'intervention de l'État, on observe l'évolution d'un discours sur le tabagisme chez les jeunes et tout particulièrement les jeunes filles, qui de 1986 à 1998, passera d'un simple constat d'un certain niveau de tabagisme chez les jeunes à un objectif de réduire le tabagisme chez ce groupe chez qui la baisse des taxes à eu un effet malheureux. L'objectif de réduire le tabagisme chez les jeunes apparaît inattaquable ; l'industrie en sera réduite à s'opposer aux différentes mesures sur la base qu'elles s'avéreront inefficaces pour diminuer le tabagisme.<sup>(52)</sup> Autre élément fondateur de la légitimité de l'État est le fait que la population appuie les mesures. Si en 1986, les députés se disent convaincus de l'appui de la population, plusieurs intervenants s'appliqueront

---

<sup>47</sup> Un des répondants qui a validé une version préliminaire de cette thèse a souligné que l'argument développé par Kip Viscusi<sup>(241)</sup> sur les économies réalisées grâce aux décès prématurés des fumeurs a récemment été réfuté par Phillip Morris.

à chiffrer cet appui aux troisième et quatrième périodes.<sup>(242-244)</sup> Parmi les enquêtes susceptibles d'avoir eu un impact sur les décideurs sont celles indiquant qu'une majorité des fumeurs désirait cesser de fumer<sup>(242)</sup> et que ces mêmes fumeurs appuyaient l'interdiction de fumer dans les lieux publics.<sup>(242,245-247)</sup>

Cela dit, les interventions de l'État québécois apparaissent légitimes tant qu'elles n'affectent pas l'économie de la province. Ceci est vrai tant en 1986, où les mesures de la LPNF n'ont pour ainsi dire aucun impact sur les entreprises ni d'ailleurs sur la consommation du tabac, qu'en 1998 alors que les mesures de la *Loi sur le tabac* ont été adoptées sur la base des assurances offertes aux députés par les conclusions de l'étude des impacts économiques<sup>(248)</sup> et par l'adoption d'un mécanisme pour compenser les événements culturels et sportifs de la perte de la commandite du tabac.

#### **6.4 Sur les principales mesures associées aux aspects sanitaires du tabac**

Dans ce qui suit, nous décrivons brièvement les consensus et différends qui caractérisent les positions des acteurs sur les principales mesures de protection des non-fumeurs et de réduction du tabagisme.

##### **6.4.1 Les mesures restreignant les usages**

Comme mentionné précédemment, dès 1986, un large consensus existe à l'effet que les fumeurs ne jouissent pas d'un droit tel que celui d'exposer les non-fumeurs à la FTE. Ce consensus implique donc que le discours des acteurs de l'élite politique porte sur d'autres dimensions du problème et de ses solutions. L'évolution de trois aspects nous apparaît intéressante à suivre pour saisir l'état du discours sur les mesures de protection des non-fumeurs. Dans ce qui suit, nous examinerons donc l'évolution de : (1) la préoccupation pour les droits des fumeurs et le degré de coercition des mesures, (2) l'objectif même de ces mesures et (3) l'applicabilité et la portée des mesures sur les usages du tabac.



#### 6.4.1.1 La préoccupation pour les droits des fumeurs et le degré de coercition des mesures

En 1986, la préoccupation des députés et journalistes concernant l'impact des restrictions sur l'usage du tabac pour les fumeurs imprègnent fortement les discours sur les mesures. Une des craintes exprimées par les députés est que les pouvoirs attribués aux municipalités et autorités d'établissement donnent lieu à des abus qui enfreindraient les droits des fumeurs.

« Personnellement, je le trouve intolérant, votre projet de loi. Vous dites que vous voulez respecter les droits de la personne, mais ce n'est pas ce que l'on fait dans ce projet de loi. Il faut que l'Assemblée nationale protège les droits des non-fumeurs, mais pas au détriment de ceux qui désirent s'assassiner lentement eux-mêmes. Ils en ont le droit ». (le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ)<sup>(25)</sup>

Cependant, ces discours ne remettent pas en cause le principe même de la protection des non-fumeurs. Il s'agit plutôt d'intégrer à l'espace des solutions un compromis, en l'établissement de fumeurs.

« Personnellement, j'ai vu des requêtes des quatre grands de la cigarette. Je sais qu'ils ont également contacté le groupe de la protection des fumeurs, aussi curieux que cela puisse paraître ! En 1986, on a un groupe qui s'appelle l'Association de la protection des fumeurs. Ils sont venus me voir. Ces gens ne s'opposent pas du tout à ce que les gens qui ne fument pas aient leurs endroits où on les respecte. Ils veulent, cependant, que les gens qui fument puissent avoir leurs endroits également pour fumer et insistent pour un système qui s'attaque à la fumée et non aux fumeurs. Là-dessus, je suis complètement d'accord avec eux ». (le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ, 1986)<sup>(64)</sup>

Mais si au départ, les fumeurs autorisés par la LPNF consistent en de simples *aires désignées*, la mutation d'une perspective de la FTE comme source de désagréments à une autre plus centrée sur ses effets sur la santé<sup>48</sup> va avoir un impact sur la faisabilité d'implanter ce compromis dans le cadre d'une interdiction totale des

---

<sup>48</sup> Cette reconnaissance de la létalité de la FTE a aussi pour corollaire les efforts des ORGSP pour convaincre le gouvernement d'ajouter cette émission à la liste des polluants encadrés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). On retrouve des interventions dans ce sens dès 1994<sup>(231,249)</sup> mais qui en 2005 demeurent toujours infructueuses.

usages dans les immeubles. Ainsi, pour réduire l'exposition à ce qui à la période III constitue dorénavant un polluant, il faudra doter ces espaces de systèmes de ventilation autonomes ce qui implique des coûts importants. Pour les autorités en charge des établissements gouvernementaux, réserver des fonds publics pour accommoder les fumeurs est difficile à justifier et ceci d'autant plus dans un contexte de réduction des dépenses publiques. En cela, la réaction des médias et des employés du ministère de la Santé et des Services sociaux au projet d'aménagement de fumoirs ventilés dans des édifices occupés par le ministère est révélatrice des difficultés que pose l'application de cette solution.<sup>(250,251)</sup>

Avec le temps, la préoccupation des acteurs de l'élite politique pour le sort des fumeurs confrontés aux restrictions sur les usages dans les endroits publics va occuper une place de moins en moins saillante dans les discours. À la veille de l'adoption de la loi, les porteurs de ce discours se limiteront aux économistes mandatés par l'industrie du tabac, aux représentants des producteurs de tabac et à ceux de la FTQ, une centrale syndicale qui représente les travailleurs syndiqués de l'industrie du tabac. Ce discours sera explicitement rejeté par les députés siégeant en commission parlementaire.<sup>(55)</sup>

Le dernier élément des discours sur *la préoccupation pour les fumeurs et le degré de coercition des mesures* relève d'une remise en question de l'efficacité de la LPNF. À la période III, alors que le MSSS est maintenant responsable de l'application de la LPNF et que la consultation porte en grande partie sur le renforcement de cette loi, on voit apparaître dans les médias des interventions appuyant l'usage de moyens coercitifs, principalement la mise à l'amende, pour favoriser le respect de la LPNF.<sup>(252,253)</sup> Cependant, l'expression de cette position demeure marginale. Pour les journalistes, appuyer ouvertement les moyens coercitifs n'apparaît probablement pas une position noble à défendre.

#### **6.4.1.2 L'objectif des mesures de restriction des usages du tabac**

En 1994, au lendemain de la baisse des taxes spécifiques sur le tabac, la ministre de la Santé et des Services sociaux présente son *Plan d'action de lutte au*

*tabagisme.*<sup>(38)</sup> L'examen du traitement accordé par le Plan d'action à la question de l'exposition à la FTE indique que l'objectif des mesures de restrictions du tabagisme dans les lieux publics est de prévenir les quelques 94 décès de non-fumeurs dénombrés en 1989<sup>49</sup>. En 1998, le discours sur ces mesures comporte de nouveaux objectifs dont les ORGSP et ONG santé se font les principaux porteurs. En effet, ces mesures deviennent autant de moyens pour diminuer la visibilité du tabac pour les jeunes, leur transmettre la norme du non tabagisme<sup>(53,254-256)</sup> et pour réduire la consommation des fumeurs.<sup>(205)</sup>

Fait intéressant, l'affirmation à l'effet que ces mesures induisent une diminution du tabagisme contraste avec les assurances offertes en 1986 à l'industrie du tabac par l'adjoint parlementaire du ministre de l'Environnement lors des travaux parlementaires sur la LPNF.

« une loi sur la protection des non-fumeurs dans les lieux publics n'est pas une mesure destinée à baisser la consommation générale du tabac, comme cela se produit par l'imposition de taxes sur la vente de cigarettes. Je crois que l'industrie du tabac, il y a un an, à la suite de taxes successives du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral, a réellement réagi, mais le but de cette loi qui est la protection du non-fumeur n'a pas cela comme effet. Au contraire, au moins 22 États américains ont une loi pour protéger les non-fumeurs dans les lieux publics et, pourtant, il n'a pas été noté de différence significative dans les ventes de cigarettes entre les États qui disposent d'une loi en cette matière et ceux qui n'ont pas de telle loi ». (L'adjoint parlementaire du ministre de l'Environnement, le député de Pontiac, M. Middlemiss, PLQ, 1986)<sup>(25)</sup>

En somme, cette vision plus large des objectifs sous-tendant les mesures restreignant le tabagisme dans les lieux publics suggère un déplacement de ces mesures du champ exclusif de la protection vers un champ plus large combinant à la fois des objectifs de protection et de prévention.

---

<sup>49</sup> Le plan d'action ne mentionne pas les pathologies associées aux décès à l'exposition à la FTE.

### 6.4.1.3 L'applicabilité et la portée des mesures sur les usages du tabac

Pour ce qui est de l'évolution des discours quant à *l'applicabilité et la portée des mesures sur les usages du tabac*, d'entrée de jeu, il faut signaler qu'en termes de lieux couverts par les mesures, dès l'époque durant laquelle est élaborée la LPNF, le discours des acteurs va déjà dans le sens d'une définition large des espaces publics. Ainsi, les écoles, établissements de santé, restaurants, bureaux du gouvernement et d'entreprises privées, de même que les transporteurs publics comptent déjà parmi les institutions suggérées par les différents acteurs de l'élite politique. Il va sans dire que la loi qui sera finalement adoptée sera beaucoup plus modeste dans sa portée. Comme nous l'avons déjà vu, la loi ne portera que sur les organismes<sup>50</sup> et transports dits publics mais laissera tant de latitude aux responsables d'établissement et ouvrira la porte à tant d'exceptions que dans les faits, le tabagisme sera possible dans la plupart des établissements et dans quelques cas de véhicules de transport publics. Même l'Assemblée nationale qui figure au nombre des organismes publics n'appliquera cette loi à l'Hôtel du parlement qu'en 1991<sup>(257)</sup> mais dans les faits, c'est plutôt après l'adoption du Plan d'action de 1994 que l'application va se faire de manière réellement rigoureuse. Il est donc permis d'affirmer qu'en général, les mesures sur les usages dans les lieux publics de 1998 traduisent la vision de la portée des mesures que les acteurs n'avaient pas osé appliquer douze années plus tôt. Cet examen des deux lois suggère donc que la difficulté de mettre en place des mesures sur les usages ne tient pas dans la définition du problème, à savoir que l'exposition à la FTE constitue un risque pour la santé, mais plutôt dans l'application même des solutions pour restreindre les usages.

Mais dès la période III, il apparaît clairement que si le Québec a pu se targuer d'être, en 1986, la première province à entrer dans le champ des usages, ce n'est plus le cas. Plusieurs provinces se sont depuis dotées de mesures plus

---

<sup>50</sup> L'article 3 stipule que : « Pour l'application de la présente loi, sont des organismes : les organismes gouvernementaux, les organismes municipaux, les organismes scolaires et les établissements de santé et de services sociaux ». <sup>(32)</sup>

coercitives.<sup>(258,259)</sup> La législation de l'Ontario<sup>(260)</sup> est un exemple souvent cité.<sup>(252,261)</sup> En montrant la faisabilité d'une approche plus coercitive, tous ces exemples de mesures de restriction du tabagisme serviront d'arguments à l'adoption de mesures plus strictes en 1998.

Quoi qu'il en soit, on observe un consensus fort tout au long de la période de douze ans sur la nécessité d'interdire le tabagisme dans les écoles, les hôpitaux et les lieux où sont offerts des services gouvernementaux aux citoyens. Quant aux lieux de travail, ils semblent s'inscrire dans un mouvement d'expansion de la définition de l'espace public. En 1986, l'entreprise privée n'est pas considérée comme un espace public, ce qui n'empêche pas journalistes et députés d'admettre que les lieux de travail représentent une source importante d'exposition à la FTE.

«C'est pourtant dans les bureaux ou dans les usines que citoyens passent une grande partie de leur journée. Mais le ministre a compris qu'il ne peut à lui seul et par une loi unique régler tous les problèmes. Ainsi, au travail, il revient aux entreprises et aux associations de travailleurs de s'entendre et de trouver des moyens pour limiter l'usage du tabac». (R. Cliche, éditorialiste, 1986)<sup>(209)</sup>

« En plus, combien de temps passons-nous chacun dans nos lieux de travail durant notre vie ? L'endroit où on passe le plus grand nombre d'heures de notre vie, c'est notre lieu de travail. On passe plus de temps à notre lieu de travail que dans n'importe quelle pièce de la maison où on peut fumer, sauf quand on dort. Voilà ! le lieu de travail dans ce projet de loi, il n'en n'est pas question ». (le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ, 1986)<sup>(262)</sup>

La question des restaurants va davantage poser problème, des journalistes attribuant l'hésitation du gouvernement d'aller dans ce sens au fait que ces établissements entrent dans la catégories des établissements de loisir et de détente.<sup>(263)</sup> Pour ce qui est des bars, la perspective d'y interdire le tabagisme semble à ce point irréaliste que la plupart des ONG et ORGSP omettront, lors des travaux de la commission parlementaire, d'y faire allusion. Le ministre Rochon, lui-même, rejettera rapidement cette possibilité,<sup>(264)</sup> une décision appuyée par des journalistes.<sup>(219,256)</sup>

« Quant aux bars, aux casinos et aux salles de bingo, des lieux de divertissement fortement associés à la consommation de tabac, ils ne seront pour le moment soumis à aucune restriction. Encore là, on devine aisément que ces établissements ont été placés dans une catégorie à part non pas

parce que la fumée de cigarette y est moins dérangeante et dommageable qu'ailleurs, mais pour éviter que la loi ne soit l'objet d'une charge émotive incontrôlable susceptible de nuire à une adoption rapide ». (J-R Sansfaçon, éditeur, 1998)<sup>(256)</sup>

La contestation des mesures sur les usages avancées par le gouvernement, que ce soit en 1986 ou en 1998, n'ira jamais jusqu'à en demander l'abandon. Ceux qui contestent s'appuieront toujours sur des arguments économiques en lien avec les impacts sur les établissements visés par les mesures. Il s'agira généralement de trouver des aménagements moins susceptibles d'affecter les différents acteurs économiques touchés par les mesures.

#### **6.4.2 Les mesures de réduction de l'accessibilité du produit**

Comme nous l'avons déjà mentionné, dès 1986, on reconnaît que le prix du tabac a un effet sur la consommation de ce produit : que ce soit les représentants de l'industrie du tabac,<sup>(62,265)</sup> des députés<sup>(25)</sup> ou encore des journalistes,<sup>(59,60,209)</sup> tous semblent reconnaître que la hausse des taxes sur le tabac des années 80 a contribué à diminuer la consommation. La crise de la contrebande va mettre un sérieux bémol à l'enthousiasme généré par l'application de cet outil fiscal. Pour une portion importante des journalistes<sup>(99-101,104,266-269)</sup> et députés,<sup>(95,133,140,270-272)</sup> il apparaît qu'il existe un seuil limite de taxation à ne pas franchir et au-delà duquel les activités de contrebande sont stimulées par le différentiel de prix inter-état et inter-province. Même si l'on continue de reconnaître la légitimité de l'État à lever des taxes sur le tabac, surtout en raison des coûts des soins de santé associés au tabagisme, la crainte d'une reprise des activités de contrebande va teinter l'ensemble des interventions sur la politique tabac. Dorénavant, toute décision ou promotion de la hausse de la taxe devra s'appuyer sur l'assurance que les activités de contrebande sont bien contrôlées.

Autre mesure de réduction de l'accessibilité, la question du contrôle de la vente de tabac aux mineurs va susciter un large appui lors de la crise de la contrebande alors qu'on cherche des moyens de prévenir la hausse du tabagisme chez les jeunes attendue en raison de la baisse des taxes. La mesure va figurer dans le Plan d'action

de 1994.<sup>(38)</sup> Les résultats d'études indiquant qu'une forte proportion des détaillants vendent du tabac aux mineurs<sup>(273-277)</sup> vont semble-t-il constituer un argument de poids quant à la nécessité de contrôler les détaillants. La force de l'argument est telle que les représentants des détaillants ne contestent pas les chiffres tout en se disant incapables d'expliquer pourquoi le Québec est la province où les détaillants vendent le plus aux mineurs.<sup>(273)</sup> C'est ainsi qu'en 1998 nul, y compris les députés siégeant sur la commission parlementaire, ne conteste le fait que les dépanneurs vendent aux mineurs. C'est d'ailleurs la seule mesure, de pair avec les programmes d'éducation, que le Conseil des fabricants des produits du tabac appuie. Il semble que le consensus sur la définition du problème ait été si large que même les détaillants en seront réduits à se contenter de réclamer, en vain, que la *Loi sur le tabac* sanctionne également les jeunes surpris à se procurer du tabac<sup>51</sup>.<sup>(51,281)</sup>

#### 6.4.3 Les mesures de restriction de la promotion du tabac

Dès 1986, des députés se préoccupent de l'impact de la publicité sur les jeunes et souhaitent que cette pratique soit réglementée, faisant ainsi écho aux inquiétudes similaires formulées par les députés et ONG de la scène fédérale. Pour les députés provinciaux, le lien publicité-consommation semble clair.

« Rien dans ce projet de loi ne s'attaque directement aux problèmes. Le problème no 1 de la cigarette, qu'en est-il ? C'est la publicité. Les jeunes regardent la publicité, ils sont, eux aussi, victimes de la publicité, comme nous les adultes, mais encore plus que nous, parce qu'ils n'ont ni l'œil, ni l'oreille formés à cette publicité souvent trompeuse et, dans le cas de la cigarette, ravageuse. [...] Si on veut que les jeunes ne prennent pas l'habitude de fumer, qu'on ne leur vende pas le tabac par la publicité. Il n'y a rien de plus simple. Dans ce projet de loi, il n'y a rien pour réglementer la publicité ». (le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ, 1986)<sup>(262)</sup>

---

<sup>51</sup> S'appuyant sur des documents confidentiels de l'industrie, des analystes soutiennent que l'imposition de peines aux personnes d'âge mineur s'inscrit dans la stratégie globale de l'industrie de promotion de mesures qui lui sont favorables. L'industrie tente ainsi de lutter contre la prolifération de législations visant à contrôler ses activités de ventes et de promotions de ses produits.<sup>(278-280)</sup>

De son côté, la position de l'industrie va demeurer la même durant toute la période de douze années analysée pour cette recherche. L'industrie défend son recours à la publicité sur la base que cette pratique ne vise qu'à communiquer avec sa clientèle adulte<sup>(160,282)</sup> et à fidéliser sa clientèle. Ses représentants vont aussi contester les mesures de la loi en y opposant la nécessité de préserver le droit à la liberté d'expression de l'industrie. Un droit que ses représentants jugent confirmé par le jugement de la Cour suprême de 1995.

« La publicité, affirme Michel Descôteaux, directeur des affaires publiques chez Imperial Tobacco, n'est pas un outil pour amener des jeunes à fumer. Elle permet seulement de s'arracher des fumeurs entre concurrents ». <sup>(283)</sup>

« La publicité, la commandite, c'est un outil de marketing qui est destiné à fidéliser les gens à l'utilisation d'une marque. La marque est centrale à toute campagne de publicité et non le produit. Quand vous concoctez une campagne de pub en agence – et je l'ai fait – on se donne comme objectif les utilisateurs du produit, à part des situations où on a un produit qui est nouveau sur le marché. Et je sais que c'est difficile à accepter, ça, pour le commun des mortels comme moi ». (Marie-Josée Lapointe, porte-parole du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, 1998)<sup>(52)</sup>

S'il y a évolution au niveau du traitement des mesures sur la promotion du produit, c'est au niveau de la reconnaissance de la commandite en tant qu'outil de promotion des cigarettes et, plus encore, en tant qu'outil de recrutement de nouveaux fumeurs chez les jeunes. Cette reconnaissance va rendre difficile la défense de la publicité de commandite auprès des députés, ce qui fait que les opposants à son interdiction vont en quelque sorte être réduits à centrer leurs interventions sur l'impact éventuel d'une telle interdiction sur la survie des événements commandités par l'industrie du tabac ; une opposition qui va même trouver un certain appui chez des promoteurs de mesures antitabac.<sup>(219)</sup> La mise en place d'une mesure pour compenser la perte du financement de l'industrie apparaît alors comme essentielle pour rendre acceptable l'interdiction de publicité de commandite.

« Alors, bien sûr, comme tout le monde, j'ai beaucoup apprécié votre [CQCT] présentation qui était pour le moins très illustrée et qui démontrait, je pense, une des choses qui, moi, à l'origine me préoccupait... C'est-à-dire que je n'accordais pas, peut-être, beaucoup d'importance à tout ce qui est la publicité, la commandite. Je voyais difficilement la relation parce qu'il n'y a



pas de démonstration vraiment scientifique de l'effet qu'a telle commandite ou telle publicité. Mais, sur l'ensemble du phénomène, il est certain que la publicité et la commandite ont un effet. Autrement, comment expliquer cette générosité millionnaire qui déborde abondamment, généreusement sur les activités sportives et culturelles? » (le député de Saint-Hyacinthe, Léandre Dion, PQ, 1998)<sup>(53)</sup>

Outre l'industrie du tabac, seuls certains représentants des événements commandités et ceux de l'Association nationale des distributeurs de tabac et de confiserie et de l'Association des pharmaciens propriétaires du Québec vont nier l'effet de la publicité sur la consommation<sup>52</sup>.

« Si nous avons eu, M. le Président, l'intime conviction que le chapitre IV du projet de loi n° 444 aurait un impact positif dans l'atteinte des objectifs de santé publique, particulièrement chez les jeunes, le Festival aurait décliné une invitation de venir témoigner ici aujourd'hui. Malheureusement, 20 mois après ce qu'on pourrait appeler le début de la saga du tabac au Québec et au Canada, nous n'avons rien lu ni entendu qui ait réussi à nous faire changer d'avis. Un logo de bière, M. le Président, ne donne pas soif. L'ami Francis de mon fils est beaucoup plus préoccupant pour la mère et le père que je suis que le Festival d'été de Québec, ou le Grand prix de Montréal, ou encore que Gilles Villeneuve ». (Michel Létourneau directeur général du Festival d'été de Québec et l'un des porte-parole du Ralliement pour la liberté de commandite, 1998)<sup>(53)</sup>

« Si quelqu'un vient me dire que, moi, depuis 10 ans que je suis à Tennis Canada, impliqué avec l'Omnium du Maurier, je fais fumer le monde, je vais avoir de la misère avec celle-là un petit peu. Quand les gens sortent du stade, chez nous, je les regarde aller, il n'y en a pas une qui s'allume une bonne «cig» avant de partir, mais ils ont tous l'air d'avoir envie de faire du sport puis de jouer au tennis. Alors, d'enlever les pancartes chez nous, si c'est le seul moyen que la société prend pour que nos jeunes ne fument pas, je me permettrais de dire à nos autorités gouvernementales qu'on fait fausse route. Le problème du tabac est beaucoup plus complexe et compliqué qu'une pancarte, ou deux, ou trois, ou quatre. Et je vous ferai remarquer que notre clientèle... On ne vend pas pour 1 000 \$ de cigarettes pendant notre tournoi, puis, du rouge, ils en ont plein la face. Si ça influençait tant que ça, ils iraient tous s'en acheter, ma foi! Alors, bon, je ne veux pas rentrer sur ce débat-là, je dis d'entrée qu'on est ici pour parler de la date d'extinction, de finition de la commandite. Alors, je pense que notre position est assez claire

---

<sup>52</sup> Il se pourrait que l'opposition manifestée par l'Association nationale des distributeurs de tabac et l'Association des pharmaciens propriétaires du Québec à l'endroit des mesures touchant la promotion du tabac s'explique par leur crainte de perdre les revenus associés aux montants versés par l'industrie pour la promotion des produits du tabac dans les étalages des commerces.

là-dessus ». (Richard Legendre, directeur des Internationaux de tennis Du Maurier et l'un des porte-parole du Ralliement pour la liberté de commandite, 1998)<sup>(53)</sup>

En commission parlementaire, certains députés apparaissent fort bien outillés pour défendre l'idée que la publicité et la commandite visent à inciter les jeunes à consommer. Une préparation qui n'est pas étrangère aux interventions des promoteurs des mesures.

« Voilà des données qui nous sensibilisent à l'ampleur du problème et à la nécessité d'agir. C'est pourquoi, M. le Président, je souscris à certaines dispositions de ce projet de loi qui visent à encadrer la publicité et la promotion dont le tabac fait l'objet. Et, lorsqu'on dit que les jeunes fument, qu'ils fument de plus en plus et qu'ils sont en nombre croissant, eh bien, c'est parce que la publicité les vise tout particulièrement, et parce que je crois qu'il y a un lien de cause à effet entre la publicité et le niveau de jeunes qui consomment le tabac ». (la députée de La Pinière, Fatima Houda-Pepin, PLQ, 1998)<sup>(194)</sup>

« La publicité et la commandite, on sait tous que ça rejoint les jeunes. Et on sait par ailleurs aussi que, dans le fond, le tabac, lorsqu'on l'utilise comme commandite, c'est en quelque sorte pour normaliser son usage, c'est pour mieux le faire accepter aussi par des adhérents potentiels ou déjà utilisateurs du produit.

Et on sait que, dans le cas de du Maurier, entre autres, il y a un rapport direct entre le conditionnement et la manifestation spéciale. On sait que du Maurier cherche à plaire avant tout aux jeunes un peu plus raffinés. Eux, ils vont chez la clientèle, je dirais, aisée qui a des revenus élevés et qui est mieux instruite et qui s'intéresse, entre autres, au jazz et aux sports à cheval. Alors, là, on voit que du Maurier cible une clientèle plutôt d'élite avec de bons revenus, et tout ça. On voit aussi que Player's, elle, cible les jeunes qui s'intéressent aux voitures et à la course automobile. C'est quand même des sports dispendieux, c'est quand même des sports d'élite également. Et, Matinée, bien, elle, elle est un peu plus dans le sens commun, je dirais, elle s'intéresse à la mode et aux femmes. Je pense que c'est pour ça qu'elle a mis sur pied une fondation pour la mode. Alors, vous voyez un peu comment les commandites de tabac vont chercher des clientèles que vous rejoignez à travers vos activités, et ça, je voulais qu'on partage cette information-là parce que la question qui s'en vient, j'aimerais que vous ayez ça aussi comme en tête ». (la députée de Rimouski, Solange Charest, PQ, 1998)<sup>(53)</sup>

En somme, l'argument le plus puissant de l'industrie du tabac pour conserver son droit de publicité de la commandite réside dans l'impact présumé de son interdiction sur la viabilité financière de plusieurs événements sportifs et

culturels.<sup>(284-286)</sup> Cet argument est d'autant plus central dans son discours qu'elle semble incapable de contester efficacement la fonction promotionnelle de la commandite. L'industrie du tabac va tout de même tenter de contester le lien entre la publicité et la consommation du tabac chez les jeunes en recourant pour cela aux trois économistes déjà mentionnés.<sup>(54)</sup> Les données pour ce faire apparaissent cependant rares. Au dire d'un militant antitabac<sup>53</sup>, ces économistes en seront réduits, pour contre-argumenter, à citer de manière tronquée un rapport du Surgeon General des États-Unis<sup>54</sup>.<sup>(54,287)</sup> Ils remettront également en doute l'expertise des médecins qui étudient l'influence de la publicité. Enfin ils prétendront que ces études négligent l'influence de la famille, tentant ainsi de déplacer le problème de la sphère de la juridiction publique vers la sphère familiale ce qui équivaudrait à en faire un problème relevant de la responsabilité parentale.

---

<sup>53</sup> Dans cette thèse, le terme "militant" désigne tous les individus œuvrant à la lutte au tabagisme sans faire partie du personnel des ORGSP.

<sup>54</sup> Un militant antitabac nous a signalé ce stratagème des économistes qui citent et donnent leur interprétation du passage suivant :

« There is no scientifically rigorous study available to the public that provides a definite answer to the basic question of whether advertising and promotion increase the level of tobacco consumption. » C'est-à-dire qu'il y a du doute, un très grand doute dans la communauté scientifique sur l'effet de la publicité sur la consommation totale du tabac. Et c'est vraiment ça, la question centrale: Qu'est-ce que la publicité accomplit? Personne ne dit que la publicité n'accomplit rien, mais les recherches montrent plutôt que la publicité sert à changer les parts du marché plutôt qu'à augmenter la consommation totale, surtout dans les produits bien établis tels que le tabac ». (Pierre Lemieux, Jean-Luc Migué et Filip Palda)

Tout en omettant ce qui suit:

« Given the complexity of the issue, none is likely to be forthcoming in the foreseeable future. The most comprehensive review of both the direct and indirect mechanisms concluded that the collective empirical, experiential, and logical evidence makes it more likely than not that advertising and promotional activities do stimulate cigarette consumption. However, that analysis also concluded that the extent of influence of advertising and promotion on the level of consumption is unknown and possibly unknowable [...] This influence relative to other influences on tobacco use, such as peer pressure and role models, is uncertain. Although its effects are not wholly predictable, regulation of advertising and promotion is likely to be a prominent arena for tobacco policy debate in the 1990s. In part this reflects the high visibility of advertising and promotion; in part it reflects the perception that these activities constitute an influence on tobacco consumption that is amenable to government action ». (pp. 516-517)<sup>(287)</sup>

#### 6.4.4 Autres mesures

Terminons avec deux dernières mesures de réduction du tabagisme qui, sans avoir occupé une place aussi saillante que les précédentes, figurent tout de même dans le projet de *Loi sur le tabac*.

La première de ces mesures vise à conférer au gouvernement du Québec le pouvoir de légiférer sur la composition et la fabrication des produits du tabac. La mesure va occuper une place relativement importante dans les travaux de la commission parlementaire, ce qui contraste fortement avec le peu d'attention qu'elle avait jusqu'à lors reçue au Québec. Même si dès 1986, des organisations oeuvrant sur la scène fédérale réclament que la composition du tabac soit légiférée dans le cadre de la *Loi sur les produits dangereux*,<sup>(288,289)</sup> ce n'est qu'à la période III que l'opportunité d'intervenir sur la composition va figurer dans les interventions d'acteurs de la santé publique québécoise.<sup>(242,290)</sup> Même si lors des débats en 1998 entourant la *Loi sur le tabac* davantage d'acteurs soulèveront cette question,<sup>(206,291-294)</sup> la mesure continue à capter peu l'attention des commentateurs de la presse écrite.<sup>(295)</sup> L'opposition de l'industrie et de ses alliés à cet article du projet de loi va principalement mettre en relief la question des coûts d'implantation. Les opposants soutiendront que la mesure est susceptible d'affecter la compétitivité des fabricants et de les inciter à quitter le Québec.<sup>(79,240,284,296-298)</sup>

Sans susciter véritablement de débat, la question de l'interdiction de la vente de tabac en pharmacie est abordée dès la période II et même de manière implicite lors de la période I alors que l'on applaudit les pharmaciens qui retirent le tabac de leur commerce.<sup>(299)</sup> L'interdiction de cette pratique pour les fins de réduction du tabagisme va être initialement présentée par des représentants d'ORGSP comme mesure compensatoire à la baisse des taxes.<sup>(300,301)</sup> La mesure va tout particulièrement être promue par l'Ordre des pharmaciens du Québec sur la base que la vente de tabac en pharmacie est incompatible avec l'exercice de la profession de pharmacien.<sup>(302-305)</sup> Les pharmaciens propriétaires tenteront de défendre cette pratique en avançant principalement des arguments à l'effet que la vente s'effectue dans la partie commerciale de la pharmacie,<sup>(52,302,306,307)</sup> que

l'interdiction nuirait à la rentabilité de leurs commerces<sup>(52,306,308)</sup> et que la mesure aurait peu d'effet sur la consommation du tabac.<sup>(52,304,307,309)</sup> En 1998, on avancera également des arguments sur le caractère inéquitable de la mesure (de toutes les catégories de commerces seules les pharmacies sont visées)<sup>(52,304,308)</sup> et sur le fait que la vente de tabac aux mineurs est mieux contrôlée en pharmacie.<sup>(52,304)</sup> Les pharmaciens propriétaires seront seuls à défendre cette pratique. Les journalistes, peu sympathiques aux arguments de ces derniers, ne verront dans leur opposition que la défense d'intérêts strictement financiers<sup>(310-313)</sup> et plusieurs leur reprocheront de manière plus ou moins explicite le peu d'état qu'ils font du problème de santé publique.<sup>(256,313,314)</sup> La position des pharmaciens propriétaires sera d'autant plus difficile à défendre que bon nombre de leurs pairs avaient déjà choisi de ne plus vendre de cigarettes<sup>(303)</sup> et que l'Ontario avait déjà créé un précédent en interdisant cette pratique.<sup>(302,310,314)</sup> Les arguments des pharmaciens propriétaires sur l'inefficacité de cette mesure pour réduire l'accès des jeunes au tabac vont somme toute manquer leur cible puisque c'est davantage la dimension symbolique de la mesure qui sera mise de l'avant. Ses promoteurs soutiennent en effet que la présence du tabac en pharmacie transmet un message contradictoire à la population en associant un produit nocif à un établissement de santé.<sup>(216,219,312)</sup>

### **6.5 Sur l'industrie du tabac**

Notre examen des discours sur l'industrie du tabac fait ressortir deux principaux aspects permettant d'évaluer l'influence de ce groupe sur les acteurs de l'élite politique. Le premier aspect est celui de la contribution et de l'avenir de cette industrie en lien avec l'économie du Québec alors que le second consiste en la vision que les acteurs ont de sa conduite en tant qu'acteur économique.

Dès 1986, des chroniqueurs et éditorialistes signalent que la facture en soins de santé engendrée par le tabagisme surpasse les retombées économiques générées par ce secteur économique.<sup>(59,60,315)</sup> Pourtant, tout au long des quatre périodes, les députés et acteurs des médias vont continuer de se montrer soucieux de sauvegarder les emplois de l'industrie. Et c'est principalement sous cet angle que va être

envisagée la contribution économique de l'industrie du tabac. Ceci en dépit du fait qu'à long terme des éditorialistes et députés prédisent le déclin de cette industrie et que certains sont d'avis qu'elle devra se recycler dans un autre secteur économique.

« il est évident qu'une industrie ne peut pas résister à un tel coup de boutoir [en les hausses répétées des taxes]. Les perspectives ne sont pas roses pour les cultivateurs qui produisent le tabac ni pour les travailleurs de la fabrication. Si le gros de la culture se fait en Ontario, le gros de la fabrication se fait au Québec, qui compte 4100 des 7000 travailleurs. Enfin, la vente de cigarette représente la différence entre le succès et la faillite pour un très grand nombre de petits commerces. L'industrie ne mourra pas, mais elle est vouée à une lente asphyxie progressive ». (Alain Dubuc, éditorialiste, 1986)<sup>(59)</sup>

« [le projet de *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*] est un projet réaliste qui permet à l'industrie du tabac de se déplacer, de se recycler et, au fur à mesure des années, de transporter cette activité économique dans un autre secteur d'activité industrielle et, en même temps, qui assure des garanties pour la protection des non-fumeurs ». (le député de Mille-Îles, Jean-Pierre Bélisle, PLQ, 1986)<sup>(262)</sup>

« Les progrès enregistrés par les groupes anti-tabagistes depuis dix ans sont énormes. Il faut dire que les gouvernements en taxant lourdement les produits du tabac ont aidé leur cause et leur ont fourni de nombreux adeptes qui en avaient assez de se ruiner, sinon de ruiner leur santé, dans la fumée. Le lobbying des compagnies de tabac a aussi perdu graduellement de sa vigueur. Celles-ci ont enfin compris que le mouvement contre la cigarette était devenu irréversible et qu'il était préférable de penser au recyclage plutôt qu'aux moyens de pression ». (Vincent Cliche, éditorialiste, 1986)<sup>(209)</sup>

En 1998, ce ne sont plus les intérêts de l'industrie qui sont en jeu mais plutôt les emplois qu'on cherche à préserver. Pour ce qui est de sa conduite comme acteur économique, un examen des discours fait rapidement ressortir que l'image publique de l'industrie s'est nettement détériorée de 1986 à 1998. Si en 1986 on lui reproche de faire de la publicité qui incite les jeunes à fumer, en 1994 on l'accuse de cibler les jeunes<sup>(121,316)</sup> et en 1998 on souligne que toute sa stratégie de mise en marché a pour objectif fondamental de recruter les jeunes.<sup>(52)</sup>

« je peux défendre autant le producteur de tabac, le fumeur et le non-fumeur. Je peux défendre les trois. Il y a une seule chose que je ne peux pas défendre en toute conscience, c'est la publicité que les grands de la cigarette font ». (le député de Terrebonne, Yves Blais, PQ, 1986)<sup>(64)</sup>

Cela dit, jusqu'en 1998, les députés provinciaux évitent en général de formuler des reproches à l'endroit de l'industrie, un comportement qui tranche de manière croissante avec celui des autres acteurs de l'élite politique. Même du côté du fédéral, les ministres de la santé ne feront pas preuve d'une telle retenue, surtout au lendemain du jugement de la Cour suprême et de la reprise de la publicité du tabac. Tour à tour, les ministres fédéraux de la Santé Marleau<sup>(282)</sup> et Dingwall<sup>(229,317)</sup> n'hésiteront pas à critiquer durement le comportement de l'industrie en ce qui à trait à la promotion du tabac.

Chez les journalistes et acteurs du secteur de la santé, on pointe de plus en plus du doigt le comportement de l'industrie. La crise de la contrebande est un événement qui va entacher durablement la réputation de l'industrie alors que journalistes et militants antitabac souligneront son rôle dans la crise,<sup>(318-320)</sup> certains allant jusqu'à alléguer qu'elle a manipulé le mouvement des dépanneurs.<sup>(82,321)</sup> C'est d'ailleurs la crise de la contrebande qui va initier les premières attaques directes de représentants d'ORGSP à l'encontre de l'industrie.<sup>(300,322)</sup>

Ce même groupe d'acteurs va également soupçonner de manière croissante l'industrie d'avoir manipulé le taux de nicotine,<sup>(206,291)</sup> une accusation que l'industrie niera en attribuant la hausse du taux aux efforts pour obtenir des plants plus résistants au froid.<sup>(323)</sup>

L'accumulation de soupçons à l'égard de la conduite de l'industrie, principalement dans les dossiers de la crise de la contrebande, de la promotion du tabac et de la nicotine, va faire en sorte que la position des acteurs en 1998 contraste fortement avec celle de 1986. Les audiences de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi sont à cet effet fort révélatrices de la nouvelle situation. Par exemple, plusieurs interventions des acteurs du secteur de la santé vont avoir pour objet de démontrer les manipulations de l'industrie en mettant de l'avant des éléments de preuve recueillis dans les documents confidentiels de l'industrie rendus publics (entre autres) dans le cadre de la cause opposant l'État du Minnesota aux fabricants de tabac.<sup>(51,53)</sup> Plusieurs de ces arguments seront d'ailleurs repris par les

députés lors de leurs interventions en commission. Et même l'industrie reconnaîtra que son image est peu reluisante. *«Comme je vous disais tout à l'heure, il y a une mer qui existe entre ce que les gens pensent de l'industrie et ce que l'industrie fait dans les faits»* (Marie-Josée Lapointe porte-parole du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac).<sup>(52)</sup>

## **6.6 Conclusion du chapitre**

Ce chapitre nous a permis d'appréhender l'évolution sur douze années des discours sur la problématique du tabac. Si cette analyse a fait ressortir la stabilité de certaines dimensions du problème (par exemple la létalité du tabac), on constate que les acteurs ont également intégré à leurs discours différents éléments nouveaux dont nous avons pu faire ressortir de manière approximative le moment d'apparition. Cette intégration d'éléments nouveaux sous-tend un apprentissage chez les promoteurs de mesures antitabac, députés, journalistes et autres sur différentes dimensions du problème et de ses solutions.

Par exemple, en 1998, les différents débats sur la problématique du tabac ont permis de forger un consensus sur les propriétés addictives de la nicotine, sur le fait que l'initiation au tabagisme a lieu essentiellement à l'adolescence et sur la responsabilité de l'industrie, soit autant d'attributs clés du problème du tabac. Cet apprentissage des différentes dimensions du problème se manifeste également dans la prise en compte d'un nombre croissant de facteurs déterminant la consommation du tabac au sein de la population. Citons, par exemple, l'effet sur la consommation de la promotion du tabac par la commandite des événements culturels et sportifs ainsi que par l'accessibilité qu'offrent aux produits les petits détaillants. Ces facteurs du tabagisme se sont ajoutés aux autres déjà reconnus en 1986, par exemple, le prix du tabac.

Cette vision plus approfondie de la nature et des différentes dimensions du problème a incidemment pour corollaire une vision plus élaborée des mesures pour y répondre. Ainsi, l'efficacité des restrictions sur l'usage du tabac dans les endroits publics apparaît peu à peu tributaire de l'application d'un train de mesures



coercitives. L'intervention sur le prix du tabac par les taxes constitue un autre exemple alors qu'à partir de la deuxième période, la mise en oeuvre de cette stratégie apparaît dorénavant conditionnelle à la prise en compte des menaces que pose sur ce type de mesures le marché de la contrebande. Il faut souligner toutefois que si un consensus se dégage sur un train de solutions à apporter au problème du tabac, certaines solutions semblent avoir émergées trop récemment dans les débats pour avoir réellement été mises à profit par le gouvernement dans sa loi. Le cas du contrôle de la composition des produits du tabac est sur ce point éloquent. En 1998, bien que cette mesure figure dans le projet de loi, sa fonction, ses effets et conséquences demeurent largement inconnus des acteurs de l'élite politique. De plus, cette mesure a pour ainsi dire été abordée sur la place publique uniquement par des acteurs du secteur de la santé, ce qui fait qu'elle pourra difficilement être défendue et son effet potentiel sera pour ainsi dire neutralisé par un amendement promu par les opposants<sup>55</sup>.

Soulignons enfin, que cette analyse va permettre plus loin de distinguer des éléments susceptibles de contraindre ou au contraire de favoriser les promoteurs de mesures antitabac : la reconnaissance du rôle de l'État dans la lutte au tabagisme est certainement un élément qui facilite l'action des promoteurs, alors qu'au contraire, la préoccupation dont fait preuve un large pan des acteurs pour les impacts des mesures sur l'économie de la province pose une contrainte à cette action.

Comme les discours porteurs des valeurs et visions du problème et des solutions sont indissociables des événements qui affectent le sous-système politique, nous nous intéressons dans le chapitre suivant aux impacts de différents événements sur la capacité des promoteurs des mesures législatives d'influencer la politique tabac.

---

<sup>55</sup> L'article 29 de loi va comme suit : « *Le gouvernement peut déterminer, par règlement, des normes relatives à la composition et aux caractéristiques des produits du tabac fabriqués au Québec pour être vendus au Québec. [...] Ces normes peuvent exiger, prohiber ou restreindre l'utilisation de certaines substances ou de certains procédés et varier selon les différents produits du tabac. Dans la détermination de ces normes, le gouvernement doit harmoniser ces normes avec celles adoptées en vertu de la Loi sur le tabac (Lois du Canada, 1997, chapitre 13) en semblables matières* ». <sup>(324)</sup>

« Encore aujourd'hui il y a de mes proches, de mes amis qui ont l'impression que si je rentre dans un restaurant, je vais commencer à donner des coups de batons de baseball en plastique sur la tête de tous ceux qui fument. Et je n'ai rien contre les fumeurs, c'est contre les compagnies. Alors cette réputation-là me précédait. Je ne suis pas anti-fumeurs, bien, je ne suis pas non plus pour les fumeurs; mais je suis contre les compagnies de tabac qui continuent à vendre ça. Je suis vraiment contre. Alors j'essaie toujours de traduire ça. Et ça, j'avoue que ça devient fatigant aussi pour ma femme, pour ma famille. Pour bien des gens c'était «papa, l'anti-fumeurs ». (Propos d'un militant antitabac)

## **Chapitre 7 L'impact de différents événements sur les ressources des promoteurs de mesures législatives en tabac**

### ***7.1 Introduction***

Nos analyses révèlent que parmi les facteurs qui peuvent être reliés à l'adoption de la *Loi sur le tabac* de 1998, cinq événements externes ont affecté de manière significative les ressources des promoteurs de mesures législatives de réduction du tabagisme et de leurs opposants :

1. l'adoption en 1986 de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*,
2. la crise de la contrebande qui s'est soldée par une baisse des taxes en 1994,
3. les élections provinciales de 1994,
4. le jugement en 1995 de la Cour suprême du Canada sur la constitutionnalité de la loi fédérale de 1988 restreignant la promotion du tabac et
5. une série d'événements juridiques et législatifs qui sont survenus aux États-Unis.

Ce chapitre détaille l'influence de ces cinq événements sur le processus de changement de la politique tabac.

## **7.2 L'adoption de la LPNF**

L'entrée en vigueur des principales mesures de la LPNF (Loi 84) le 1<sup>er</sup> janvier 1987 inaugure l'implication, par l'entremise des DSC, des organisations du réseau gouvernemental de santé publique dans le dossier de la protection des non-fumeurs. De 1987 jusqu'au début des années 90, les interventions en tabac des DSC porteront presque exclusivement sur la promotion de ces mesures de protection, dans les organisations visées par la LPNF ou dans les entreprises. Pour les DSC, cette orientation allait dans la même mouvance que celle amorcée aux États-Unis, une mouvance qui a gagné une grande légitimité grâce à la publication en 1986 du rapport du chef du service fédéral américain de la santé publique sur la fumée de tabac environnementale.<sup>(325)</sup>

Il semble que ce sont surtout les DSC de la grande région de Montréal, de la Montérégie, de Lanaudière et de l'Outaouais qui furent actifs dans les actions sur les composantes de l'environnement favorables au tabagisme. Vers la fin des années 80, ces DSC se donneront une structure de coordination : le Comité provincial sur le tabac, une entité rattachée (tout comme les DSC) à l'Association des hôpitaux du Québec. Ouvert à tous les DSC, ce comité sera surtout animé par les professionnels des régions mentionnées plus haut. Notons que, jusqu'à l'adoption en 1994 du *Plan d'action de lutte au tabagisme*, plusieurs DSC n'auront pas de professionnel attitré au dossier du tabac<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Dans un sommaire d'une rencontre du Comité provincial sur le tabagisme et la santé, daté de 1988, on présente les résultats d'un sondage des activités tabac des DSC. Sur 25 DSC ayant répondu au questionnaire seulement 11 « ont déjà réalisé des activités sur le tabagisme » dont 9 en rapport avec la Loi 84 et les milieux de travail. La période au cours de laquelle les interventions se sont déroulées n'est pas spécifiée. La consultation des résultats du sondage laisse à penser que certaines des interventions mentionnées n'étaient pas récentes.<sup>(326)</sup>

La volonté des professionnels de promouvoir la mise en oeuvre des mesures de protection des non-fumeurs contenues dans la LPNF s'est heurtée à plusieurs difficultés. La première et probablement la plus importante tient dans la loi elle-même dont la formulation permet de nombreuses échappatoires notamment en ce qui à trait aux fumoirs. Rappelons aussi que le ministère de l'Environnement qui était responsable de l'application de la loi n'avait ni les ressources, ni la volonté de veiller à son application. Par ailleurs, pour ce qui est des démarches de promotion de mesures de protection des non-fumeurs en entreprises, c'est-à-dire non encadrées par la LPNF, celles-ci remportaient un succès mitigé, en raison entre autres du malaise qu'éprouvaient les chefs d'entreprises à implanter des règlements sans pouvoir s'appuyer sur une obligation légale. Selon un professionnel tabac rencontré, le succès des démarches était également compromis par les préoccupations des représentants des travailleurs et des patrons à l'égard des droits et libertés des fumeurs.

Exception faite de l'impulsion donnée à certains DSC, l'adoption de la LPNF en 1986 n'est pas en soi un événement qui vient chambarder la vision des acteurs ou encore leur niveau de ressources. L'idée de cette loi avait déjà pénétré, depuis au moins 1976, l'Assemblée nationale alors que le ministre de l'Environnement de l'époque, Marcel Léger, avait commandé un rapport sur cette question. Par la suite, d'autres instances gouvernementales s'étaient penchées sur le problème des usages du tabac dans les lieux publics, notamment le ministère des Affaires sociales et la Commission des droits de la personne. Des députés de l'Opposition avaient également soulevé la question à plusieurs reprises et même dans un cas réussi à faire cheminer jusqu'en première lecture un projet de loi. Pour ce qui est des exemples d'application de telles mesures, ils étaient, déjà à cette époque, relativement nombreux. Outre les exemples bien connus de plusieurs États et villes américains ainsi que de villes canadiennes, quelques municipalités du Québec telles Aylmer et Côte-St-Luc avaient également pris l'initiative de restreindre le tabagisme dans les endroits publics.<sup>(25)</sup> En somme, la quasi-absence de résistance au projet de loi, de même que l'accueil que lui ont réservé les députés de l'Assemblée nationale, laissaient présager que cet outil législatif n'allait pas

générer de chambardements significatifs dans la vision que les acteurs avaient du traitement du dossier du tabagisme. Rappelons que ce constat du faible impact des mesures de la LPNF est renforcé par le fait que la presse écrite fut peu loquace à l'égard des travaux parlementaires sur le projet de loi. La plupart des quotidiens passèrent d'ailleurs sous silence son adoption.

L'adoption de la loi ne se soldera pas par une augmentation des ressources tabac au ministère de l'Environnement, ce qui s'explique aussi par le fait qu'une grande partie de la loi relève des municipalités. À ce sujet, un militant antitabac porte un regard sévère sur l'efficacité de la loi.

« La loi proposée pour interdire de fumer dans des lieux publics ne fera pas grand mal aux compagnies de tabac. Une grande partie de son application relèverait des municipalités... Ce qui pourrait faire 1,500 règlements différents dans autant de municipalités du Québec, et personne qui ne les respecterait à cause du manque d'uniformité d'une place à l'autre! » (propos de Robert W. Talbot président de Cig-Arrête, 1986)<sup>(327)</sup>

Bref, l'adoption de la LPNF a comme principal impact l'implication des DSC. Ces entités, qui figuraient parmi les pièces maîtresses du réseau gouvernemental de santé publique, vont se retrouver ainsi avec un outil qui tout en légitimant leur intervention à l'égard de ce déterminant environnemental de la santé stimulera le développement d'une expertise sur les déterminants autres qu'individuels du tabagisme. Mais là s'arrête l'impact de cette loi puisqu'au niveau même du ministère de la Santé, l'orientation adoptée pour la réduction du tabagisme continuera de se limiter aux interventions d'éducation à la santé et cela au moins jusqu'en 1992, année de l'adoption de sa *Politique de la santé et du bien-être*.<sup>(21)</sup>

### **7.3 La crise de la contrebande**

Le problème de la contrebande est à ce point important qu'il monopolise l'essentiel des propos sur la question de l'intervention de l'État sur le tabac de cette époque. Si on en juge par le nombre (voir Appendice 3) et le ton des articles publiés dans la presse écrite, l'intensité des débats est élevée. En fait, plus intense même que lors du débat précédant l'adoption de la *Loi sur le tabac* de 1998. Pour mieux saisir

l'impact de la crise, il faut pour cela revenir sur les ressources des promoteurs de mesures antitabac avant la crise de la contrebande.

### **7.3.1 Les ressources des acteurs antitabac avant la crise de la contrebande**

Lorsque la crise de la contrebande frappe en 1992-1993, le niveau de ressources professionnelles et financières du réseau gouvernemental de santé publique en tabagisme est sensiblement le même que celui de la période entourant l'adoption de la LPNF; c'est-à-dire assez bas. Les organisations qui interviennent dans le dossier le font, règle générale, de manière assez isolée. Il existe bien un forum sur la question du tabagisme, le Conseil québécois sur le tabac et la santé, mais ses interventions sont davantage centrées sur l'éducation à la santé et la cessation du tabagisme que sur les politiques publiques. D'ailleurs, mis à part la promotion des espaces sans fumée, c'est sur l'éducation et la cessation que se concentre essentiellement l'action de la santé publique en réduction du tabagisme.

Pour les organisations du réseau gouvernemental de santé publique, la crise de la contrebande survient à un moment peu propice à leur implication. En effet, en 1993, les DSC sont au cœur d'une importante réforme des structures organisationnelles et des missions des organisations du réseau de la santé.<sup>(328)</sup> Le 1<sup>er</sup> avril 1993, les 32 DSC cessent d'être des départements hospitaliers et sont regroupés en 18 directions de la santé publique relevant d'autant de Régions régionales de la santé et des services sociaux. La réforme affecte également l'organisation du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui se retrouve avec une direction générale de la santé publique dotée à moyen terme de ressources accrues pour les missions de prévention et de promotion.

C'est donc dans un contexte de réformes significatives de leurs organisations que les professionnels attachés au dossier tabac sont confrontés au mouvement prônant la réduction des taxes spécifiques sur le tabac. Parmi eux, plusieurs sont d'avis qu'il faut intervenir pour contrer la baisse des taxes. Cette volonté se heurte toutefois à un contexte où les structures décisionnelles sont trop récentes pour être

en mesure de répondre efficacement à la menace que posent les ambitions des promoteurs de la baisse des taxes. Certains professionnels, rassemblés autour du Comité provincial sur le tabac, obtiendront toutefois le feu vert de leurs supérieurs pour investir une partie de leur temps dans le dossier de la contrebande. Leur travail se fera toutefois sans apport de ressources additionnelles et tout en tenant compte des hésitations de plusieurs directeurs régionaux de la santé publique à intervenir dans un débat davantage centré sur les aspects fiscaux que sur les aspects sanitaires du tabac.

Les interventions des professionnels de la santé publique et des représentants d'ONG santé présentent au moins deux lacunes. D'une part, ces personnes ont peu d'expérience du travail d'action publique auprès des autorités politiques telles les députés et ministres. Les professionnels tabac interviewés signalent d'ailleurs qu'ils n'avaient jusqu'à cette époque à peu près jamais visité des membres de l'Assemblée nationale ou de la Chambre des communes. D'autre part, ils font face à des opposants dont ils ignorent à peu près tout de la nature et des stratégies et incidemment, ils ignorent tout des pratiques d'action de l'industrie du tabac sur l'opinion publique.

### **7.3.2 L'impact de la crise de la contrebande sur les ressources des promoteurs de mesures législatives de réduction du tabagisme**

À la lumière du plan conjoint de lutte contre la contrebande (voir Tableau VII, page 94 pour un résumé des mesures) adopté le 8 février 1994 et des témoignages recueillis auprès d'acteurs de la coalition antitabac, quatre impacts de cette crise sur les ressources des promoteurs de mesures législatives de réduction du tabagisme retiennent tout particulièrement notre attention. Il s'agit :

1. du développement d'une expertise de l'action publique et d'une nouvelle perspective des stratégies de l'industrie,
2. de l'augmentation du budget provincial alloué à la lutte contre le tabagisme,

3. de la neutralisation de l'outil fiscal, et enfin,
4. de l'augmentation du tabagisme chez les jeunes.

La crise de la contrebande va générer chez les professionnels des ORGSP et représentants des ONG santé une toute autre vision du contexte dans lequel s'inscrivent leurs efforts de lutte contre les mesures de baisse de taxes et, plus largement, de réduction du tabagisme. Cette vision se nourrira de l'expérience qu'ils tireront de leurs interventions sur la place publique et plus encore des relations qu'ils vont développer avec certains militants de la scène fédérale. Les révélations d'un journaliste sur la complicité de l'industrie avec les contrebandiers et sur ses liens avec les représentants des organisations phares du mouvement pro-baisse des taxes vont également modifier leurs perceptions du problème du tabac.<sup>(82,329)</sup>

« On se doutait qu'il y avait des choses parce que là on a commencé à être plus attentifs au discours de Gar Mahood, de David Sweanor [de l'ADNF] et tout ça, qui disaient, "oh, attention, c'est pas comme ça que ça marche". Là on a commencé à comprendre les trucs de façade, à faire les liens entre Michel Descoteaux [porte-parole de Imperial Tobacco] et le porte-parole de l'Association des dépanneurs ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

L'acquisition de cette nouvelle perspective a principalement pour source l'arrivée, sur la scène québécoise, des responsables du Bureau national des questions d'intérêt public de la Société canadienne du cancer. Témoins des interventions des promoteurs de la baisse des taxes, les responsables de ce bureau avaient rapidement saisi l'importance stratégique de mener principalement la lutte au Québec, où le marché de la contrebande était le plus développé et le mouvement de baisse des taxes le plus actif<sup>57</sup>. Il apparaissait clairement, à ces militants pan-canadiens, que le Québec constituait le maillon faible de la politique fiscale canadienne sur les

---

<sup>57</sup> Rappelons que c'est au Québec qu'on observe un mouvement organisé de petits commerçants pour la baisse des taxes, le Mouvement pour l'abolition des taxes réservées aux cigarettes (MATRAC). De plus, les députés provinciaux et fédéraux du Québec se sont majoritairement exprimés en faveur de cette baisse, de même qu'une proportion importante des chroniqueurs de la presse écrite.



produits du tabac. C'est donc sur cette base que la Société canadienne du cancer dépêchera un de ses experts à sa division du Québec et financera une partie des efforts pour empêcher la baisse des taxes sur le tabac. En plus de contribuer à structurer la lutte à la baisse des taxes, notamment par la mise sur pied et le financement d'une coalition d'ONG<sup>58</sup>, les responsables de la SCC vont initier les professionnels et militants antitabac québécois aux stratégies d'action publique de l'industrie du tabac. Les promoteurs de mesures législatives en tabac seront donc présentés aux experts canadiens en matière de stratégies de l'industrie. Les rencontres avec ces experts leur permettront d'acquérir une perspective nouvelle de l'économie politique de la contrebande et, plus largement, des activités de l'industrie du tabac, une expertise qui faisait défaut au Québec. Des gens comme Robert Cunningham, auteur du livre « *La Guerre du tabac* »<sup>59</sup> (26) et des représentants du Bureau canadien de l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF) présenteront leurs analyses de la situation. Comme au Québec, les acteurs tabac avaient auparavant tendance à juger trop radicales les positions de l'ADNF, la collaboration entre l'ADNF, d'une part, et les professionnels des ORGSP et représentants des ONG santé d'autre part, peut être considérée comme un produit de l'intervention de la SCC. En somme, les acteurs tabac du Québec retireront de leur expérience du dossier de la contrebande les connaissances et habilités nécessaires pour envisager un travail d'action publique auprès des décideurs afin d'influencer leurs choix et le processus de formulation des politiques.

Le second impact tient du fait que les représentations des responsables d'ONG santé du Québec vont se solder par une mesure compensatoire à la baisse des taxes, soit l'attribution par le gouvernement du Québec d'un budget de 20 millions de

---

<sup>58</sup> La coalition comptait trois partenaires centraux soit la Société canadienne du cancer (division Québec), la Fondation des maladies du cœur du Québec et l'Association pulmonaire du Québec, ces deux dernières organisations ayant également financé la campagne contre la baisse des taxes. Les interventions de cette coalition se sont déroulées en partie sous le parapluie du Regroupement des organisations et des professionnels pour la santé au Québec (ROPS)<sup>(117,120,125,225,227,330-337)</sup> auquel se sont également joints des professionnels tabac des DSP et les représentants du CQTS.

<sup>59</sup> L'ouvrage de Cunningham, *La Guerre du tabac*, a été plusieurs fois mentionné par les professionnels et militants antitabac rencontrés.

dollars sur quatre ans dédié à la réduction du tabagisme. Le Bureau national de la SCC avait en effet engagé un lobbyiste afin d'ouvrir les portes de la Colline parlementaire aux représentants de la coalition. Ces derniers ont ainsi pu exprimer leurs points de vue aux membres des cabinets du Premier ministre (Daniel Johnson venait de prendre fonction à la suite de la démission de Robert Bourassa), de la ministre de la Santé et des Services sociaux (Lucienne Robillard), ainsi qu'à ceux des ministres des Finances et du Trésor. Comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre suivant, ce budget de 20 millions de dollars aura un impact important sur la capacité d'infléchir les orientations des politiques tabac à venir. Précisons pour le moment qu'une conséquence directe de cette injection de fonds tabac sera l'accroissement des ressources professionnelles et des activités en réduction du tabagisme au Québec et ce, tant au niveau des 18 régions sociosanitaires desservies par les Régies régionales de la santé et des services sociaux<sup>60</sup> qu'au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. En somme, on estime que le budget total en réduction du tabagisme au Québec est alors passé de moins de cent mille à cinq millions de dollars par année.

« En santé communautaire, au moment où je travaillais dans le domaine du tabagisme, on avait calculé l'équivalent de 6 personnes à temps plein au Québec dans les 32 Directions de Santé Communautaire. [...] Le Ministère de la Santé avait un professionnel à quart ou à un huitième de temps, une demi-journée par semaine qui travaillait là-dessus, et le maximum d'argent qui avait de disponible au Ministère, là, pour des petites choses, c'était 50 000\$ par année puis ça c'était un maximum ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

Un troisième impact de la crise de la contrebande se fera sentir dans la difficulté, au cours des années subséquentes, de promouvoir de nouvelles hausses de taxes sur le tabac qui permettraient à tout le moins de retrouver le niveau des prix de 1994. Les contrecoups de la crise de la contrebande semblent avoir bloqué pour toute la période s'écoulant du dénouement de la crise jusqu'à l'adoption de la loi, la possibilité d'initier un débat sur les mesures fiscales de réduction du tabagisme.

---

<sup>60</sup> En février 1997, toutes les directions de la santé publique avaient mandaté au moins un répondant pour le dossier du tabac.<sup>(338)</sup>

Des organisations, dont les représentants sont pourtant convaincus de l'importance d'un prix du tabac élevé comme mesure de réduction du tabagisme, en viendront à cesser de se positionner publiquement sur les taxes<sup>61</sup>.

« Après le 20 millions [...] Les gens étaient contents, quand même. On nous a donné 20 millions. Mais la contrebande avait créé tellement de vagues, un dossier si épineux, et là on savait bien que l'industrie était en arrière et il y avait les Indiens et tout ça, que c'est devenu un sujet presque tabou. Je me souviens un moment donné j'étais dans une conférence de presse, après [la baisse des taxes] [...] dans nos recommandations on ne demandait pas la hausse des taxes. Et il y a quelqu'un dans la salle [...] qui a dit, « oui, mais est-ce que vous laissez tomber la hausse des taxes? » ou quelque chose comme ça. Et on avait été bien briefés, avant. On avait dit, on n'en parlera pas parce que c'est un sujet épineux. On vient de vivre tout le brouhaha à cause de ça. Mais si jamais on est forcés d'en parler, le discours de [l'ONG santé] sera que : c'est sûr que c'est prouvé que quand on augmente les taxes, on a une réduction de la consommation de tabac. Donc on sera toujours pour cette mesure-là, mais en autant qu'elle n'entraîne pas la contrebande. [...] C'est tout. On ne dit pas : augmentez les taxes. On dit : c'est une mesure efficace; quand vous jugerez le bon moment de le faire parce que vous contrôlez bien la contrebande [...] dans l'imaginaire collectif, la hausse des taxes automatiquement entraîne la contrebande. C'est rentré dans les perceptions. Et en plus, l'industrie du tabac fait de la désinformation et cultive cette perception-là ». (Propos d'un bénévole d'une ONG santé)

Enfin, un dernier impact de la crise de la contrebande et de son dénouement par l'adoption d'une série de mesures fédérales et provinciales tient en une augmentation du tabagisme chez les jeunes Québécois. Les résultats d'une synthèse d'enquêtes sur la prévalence indiqueront que la proportion des jeunes fumeurs des niveaux scolaires de la 7<sup>ième</sup> à la 11<sup>ième</sup> année était passée de 19% en 1991, à 38% en 1996 (en 1994 29% fumaient, en 1995 ils étaient autour de 30%).<sup>(228,339)</sup> L'analyse de la presse écrite indique que cette augmentation, prédite par les opposants à la réduction des taxes, va constituer un argument de poids pour

---

<sup>61</sup> Cependant, quelques jours avant l'adoption de la *Loi sur le tabac* en 1998, le gouvernement du Québec adopte une mesure de perception des taxes par l'entremise des manufacturiers et grossistes à laquelle l'industrie ne sera pas en mesure de s'opposer.<sup>(50)</sup> Cette mesure constitue à notre avis une manifestation des leçons tirées par les autorités gouvernementales des impacts de la décision de réduire la taxe spécifique sur le tabac (notamment sur les finances publiques et le tabagisme chez les jeunes) pour mettre fin à la crise. Ces leçons découlent également des portraits du problème présentés par les promoteurs de l'outil fiscal pour contrôler le tabagisme.

ceux qui œuvreront dans les années suivantes à convaincre les autorités politiques de la nécessité d'adopter des mesures visant à prévenir la vente de tabac aux mineurs, à protéger les non-fumeurs de la fumée secondaire et à interdire à l'industrie du tabac de promouvoir ses produits.

#### **7.4 Les élections provinciales de 1994**

À l'automne 94, les élections portent le Parti québécois au pouvoir<sup>62</sup>. La réduction des taxes sur le tabac n'a donc pas permis la ré-élection du gouvernement libéral. Considérant que les députés du Parti québécois avaient fait pression sur l'ancien gouvernement libéral pour l'amener à réduire ses taxes sur le tabac, l'arrivée de ce nouveau gouvernement annonce guère de changements significatifs dans la vision qui guide la politique tabac. Ce constat est également confirmé par l'examen des déclarations pré et post-électorales des députés et ministres des différents partis rapportées dans la presse écrite et dans les journaux des débats de l'Assemblée nationale. Tous ces documents ne permettent pas d'entrevoir de divergences significatives dans la vision du problème du tabac et des solutions adoptées.

L'arrivée du nouveau gouvernement va toutefois marquer un gain réel pour la coalition antitabac en la nomination d'un nouvel arrivant, le Dr Jean Rochon, sur la scène politique québécoise à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux. Cette nomination est importante puisqu'elle ouvre, aux promoteurs de mesures antitabac, la porte au processus législatif. Médecin, spécialiste en santé communautaire, le nouveau ministre fréquentait depuis les années 70 des chercheurs préoccupés par la question du tabagisme. Sa familiarité avec le dossier va aussi s'accroître lors de son passage, au tournant des années 80-90, à l'Organisation mondiale de la santé où il dirige la direction générale de santé publique dont un des mandats était de développer la lutte globale contre le tabagisme.

---

<sup>62</sup> Les élections provinciales ont lieu le 12 septembre 1994. Le conseil des ministres est formé le 27 septembre 1994.

Signalons que dès la campagne électorale, le Dr Rochon s'est positionné en faveur d'une hausse de la taxe sur le tabac.<sup>(340)</sup> Plusieurs autres déclarations à titre de ministre sur la question du tabagisme et la confirmation de l'attribution d'un budget de 20 millions sur quatre ans pour cette problématique<sup>63(341)</sup> indiquaient l'importance que ce dossier avait à ses yeux<sup>64</sup>. Il annoncera d'ailleurs en mai 95 son intention de lancer des consultations pour renforcer le corpus législatif antitabac.<sup>(151)</sup> Le ministre jouera également un rôle actif dans la formulation du projet de loi sur le tabac, qu'il rendra plus global que ne l'escomptaient les professionnels en tabac. Ces derniers ne s'attendaient en effet qu'à une amélioration des éléments de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* adoptée en 1986 et à l'adoption d'une mesure interdisant la vente de tabac aux mineurs. Ces deux mesures avaient d'ailleurs été annoncées dans le *Plan d'action de lutte au tabagisme*<sup>(38)</sup> élaboré sous le gouvernement précédent. L'arrivée du ministre Rochon constitue donc un important facteur facilitant pour ceux qui souhaitaient l'adoption de mesures législatives de réduction du tabagisme. Dans ce contexte, il ne s'agissait pas pour la coalition antitabac de convaincre le ministre de légiférer le tabac mais plutôt de l'aider à le faire.

« L'enjeu c'est qu'on avait un ministre qui voulait passer une loi. Et nous [...] on avait à [...] contribuer à créer un environnement qui allait permettre de le faire. Alors c'est bien différent, ça, de faire du lobby pour convaincre un gouvernement de faire quelque chose. [...] Le leader du dossier, depuis le départ, ça a été le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui s'est assis, qui a dit, " on n'aurait pas dû faire ça, cette baisse-là [baisse des taxes sur le tabac]. Il faut des mesures pour qu'on s'attache à la tendance internationale. On va préparer une loi, on va passer une loi, on va la mettre large ". Et nous autres, dans le fond, on a travaillé beaucoup sur la création des conditions qui allaient permettre au gouvernement, de passer ça ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP).

---

<sup>63</sup> Le ministre en fait l'annonce lors de l'inauguration de la Semaine sans fumée le 16 janvier 1995.

<sup>64</sup> Dans le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux mieux connu sous le nom de Commission Rochon, le tabac est qualifié de « ennemi public numéro un ». (page 66)<sup>(342)</sup>

### **7.5 Le jugement de la Cour suprême du Canada sur les restrictions sur la promotion du tabac de la loi fédérale de 1988**

Un autre événement apparaît avoir eu un impact important sur les ressources du sous-système de la politique tabac du Québec. L'événement remonte au 21 septembre 1995 jour où la Cour suprême du Canada a rendu son arrêt sur l'incompatibilité de l'interdiction fédérale de la publicité sur le tabac avec la Charte canadienne des droits et libertés.<sup>(41,153-155)</sup> Le jugement a entraîné l'abrogation d'une partie des mesures de la loi fédérale, laissant ainsi la voie libre à l'industrie qui la contestait depuis son adoption en 1988.

Le jugement, de pair avec la reprise de la publicité par l'industrie du tabac, va soulever l'indignation du ministre fédéral de la santé et des militants antitabac à travers le pays.<sup>(153,229,317,343)</sup> Mais même s'il s'agit d'un coup dur porté à la capacité des gouvernements de limiter le recrutement de nouveaux consommateurs de tabac chez les jeunes, la remise à l'ordre du jour de la question de la promotion des produits du tabac va offrir l'occasion au gouvernement fédéral de redéfinir son approche de manière à colmater une brèche de la loi de 1988<sup>(33)</sup> exploitée par l'industrie du tabac. En effet, pour contourner l'interdiction de la publicité des produits du tabac, l'industrie a misé sur la visibilité que pouvait offrir à ses produits la commandite d'événements sportifs et culturels. La loi permettait en effet la publicité de commandite utilisant un nom de société<sup>65</sup>, ce qui avait incité l'industrie à créer une série de sociétés paravents dont la seule activité « *était de prêter leur nom à des événements commandités* ». <sup>(26)</sup> Cette pratique de l'industrie, non

---

<sup>65</sup> L'article 6 de la *Loi réglementant les produits du tabac* stipulait que: 6(1) Sous réserve du paragraphe (2), il est possible, malgré l'article 4 et le paragraphe 8(1), d'utiliser le nom intégral du fabricant ou de l'importateur d'un produit de tabac et, dans les cas où l'exige un contrat conclu avant le 25 janvier 1988, le nom du produit, sans toutefois y associer un produit du tabac, dans toute mention au public: a) qui vise à promouvoir une activité ou une manifestation culturelles ou sportives (Loi réglementant les produits du tabac (1989, ch. 20, art.6. cité par ADNF).<sup>(152)</sup>

encadrée par la loi de 1988, va donc être directement visée lorsque le gouvernement fédéral élaborera une nouvelle loi en réaction au jugement de la Cour suprême.

Le jugement crée en quelque sorte un vide juridique qui affecte directement le Québec puisque comme partout ailleurs au pays, la promotion du tabac y est maintenant permise. Une des implications directes est qu'il apparaît dorénavant légitime pour le gouvernement du Québec d'agir sur cet élément du dossier du tabac. Par ailleurs, comme il est fort probable qu'advenant que le fédéral fasse adopter une autre loi limitant la promotion, l'industrie conteste une fois de plus en cour la restriction, l'idée d'avoir une législation de cette nature adoptée par chacun des paliers de gouvernement apparaissait dorénavant justifiée. La mesure d'interdiction de la publicité de commandite du ministre de la Santé du Québec sera plus restrictive que celle du fédéral adoptée en 1997.

Soulignons enfin, que le débat sur la commandite engendré par le projet de loi fédéral va préparer les esprits à l'éventualité de son interdiction, ou du moins au caractère inéluctable de la disparition de cette pratique à moyen ou à long terme. Une situation qui va dans une certaine mesure contribuer à favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac* de 1998.

« Dans toutes les sociétés occidentales, la régression du tabagisme est un phénomène universel et irréversible [sic], qui s'accompagne partout de la limitation de la commandite, ou de virages, comme les compensations monstres que versera l'industrie américaine du tabac, qui marque le déclin incontournable de cette industrie et sa marginalisation. En Occident, c'est une industrie foutue. Dans dix ans, la commandite du tabac sera reléguée à l'Asie et au Tiers-Monde. [...] Oui, il faut éliminer la commandite, mais pas pour les raisons simplistes qu'on évoque. L'effet le plus nocif de la commandite, c'est qu'elle rend l'industrie du tabac indispensable, qu'elle crée une dépendance sociale chez les organismes qui en bénéficient. Cela ralentit le processus de nécessaire marginalisation de cette industrie ». (Alain Dubuc, éditorialiste, 1998)<sup>(267)</sup>

## **7.6 Autres événements importants**

Signalons une série d'événements dont les impacts sur les ressources des promoteurs ne se sont pas manifestés d'une manière aussi apparente que les

précédents mais dont l'effet a tout de même été observé par les promoteurs<sup>66</sup>. Ces événements qui se sont tous déroulés aux États-Unis sont présentés brièvement dans ce qui suit. Suivra une analyse de leur impact sur les ressources des promoteurs de mesures sur le tabac.

Le 25 mars 1994, le commissaire à la *Food and Drug Administration* (FDA) présente à un sous-comité du congrès américain sur la santé et l'environnement un argumentaire très étoffé sur les propriétés addictives du tabac et tout particulièrement des cigarettes.<sup>(37)</sup> L'intervention du commissaire vise à prouver que l'industrie a manipulé en toute connaissance de cause le contenu en nicotine de ses produits afin d'entretenir la dépendance des consommateurs. L'enjeu pour cette agence est de convaincre les membres du Congrès que la cigarette répond à la définition d'une drogue au sens de la *Federal Food, Drug, and Cosmetic Act*, ce qui conférerait à la FDA le pouvoir de réglementer le produit. Moins d'un an après la comparution du commissaire, la FDA propose une série de mesures pour restreindre la vente et la distribution des produits du tabac afin de protéger les enfants et les adolescents.<sup>(344)</sup> En 1996, alors que la FDA a statué que la nicotine constitue bien une substance addictive tombant sous sa juridiction,<sup>(345)</sup> le président Clinton l'autorise « *to restrict "advertising that hooks children on a product"* » et à intervenir sur la question de la vente.<sup>(346)</sup> La juridiction de la FDA sera immédiatement contestée par les fabricants de tabac et donnera lieu à une série de procédures légales qui se dérouleront sur plusieurs années.<sup>(347)</sup> Ces mesures sont appuyées par le président Clinton qui veut également restreindre la promotion du tabac visant les adolescents.<sup>(40,348)</sup> Parallèlement aux efforts de la FDA pour contrôler les cigarettes et le tabac sans fumée<sup>67</sup>, l'administration du président Clinton va présenter en 1997 un plan d'action visant à protéger les jeunes et comportant différentes mesures dont une hausse de taxe sur les cigarettes.<sup>(345)</sup>

---

<sup>66</sup> Dans une version préliminaire des chapitres résultats soumise à nos répondants pour les fins de validation, nous avons omis ces événements. Cette omission a été signalée par plusieurs de nos répondants, ce qui nous a incités à réexaminer nos données et à ajouter cette sous-section.



Tout au long des années 90 une série de poursuites sont intentées aux États-Unis contre différents fabricants de tabac. Ces poursuites, qui ponctuent régulièrement les pages des quotidiens québécois, émanent pour la plupart de fumeurs qui cherchent à obtenir d'un fabricant de tabac dédommagement pour la détérioration de leur santé. Mais ce qui retient encore plus l'attention ce sont les poursuites intentées par des États américains. Une des plus célèbres est celle du Minnesota.

En août 1994, l'État du Minnesota ainsi qu'une compagnie d'assurance (Blue Cross/Blue Shield) déposent une plainte en justice contre neuf compagnies de tabac afin de recouvrer les coûts des soins des maladies reliées au tabagisme.<sup>(39,47,48)</sup> En 1998, les fabricants sont forcés de rendre publiques près de 40 millions de pages de documents confidentiels portant sur des recherches qu'ils ont réalisées.<sup>(47,48)</sup> Les documents sont entreposés à Minneapolis au Minnesota et à Guilford en Grande-Bretagne.<sup>(48)</sup> Dès leur diffusion, les documents vont permettre de démontrer que les fabricants étaient au fait des dangers que constituaient leurs produits pour les consommateurs ainsi que des propriétés addictives de la nicotine<sup>68</sup>. Les documents prouveront également qu'ils ont manipulé les niveaux de nicotine.<sup>(47)</sup> La poursuite donnera lieu à un règlement hors-cour le 8 mai 1998 pour lequel les fabricants accepteront de verser 6,5 milliards de dollars américains aux plaignants et de donner un accès public aux documents de l'industrie.<sup>(49)</sup>

Ce mouvement de poursuites à travers les États-Unis (impliquant entre autres la Floride, le Minnesota et le Texas)<sup>(351,352)</sup> va inciter les quatre principaux fabricants des États-Unis à négocier une entente globale à l'amiable avec l'ensemble des États afin d'obtenir une immunité relative. L'entente (le *Master Settlement Agreement*), signée en novembre 1998, requiert des fabricants de tabac le versement sur une

---

<sup>67</sup> Le tabac sans fumée (*smokeless tobacco*) est un tabac que l'on mâche. Son usage est répandu aux États-Unis et dans les provinces de l'Ouest du Canada.

<sup>68</sup> Il faut signaler qu'une première occasion d'apprécier les stratégies et pratiques de l'industrie a été donnée par la divulgation en 1995 des documents de Brown and Williamson (B&W). Les résultats des premières analyses des quelques 10 000 pages de ces documents obtenus grâce à un envoi anonyme ont été publiés dans JAMA en 1995.<sup>(349,350)</sup>

période de 25 ans d'un montant estimé à 246 milliards de dollars pour rembourser 46 États pour les coûts de soins de santé associés au tabagisme couverts par le programme Medicaid<sup>(353,354)</sup> et le respect de certaines conditions tels la fin de la promotion du tabac visant les jeunes.<sup>(355,356)</sup> Les différents règlements avec les États ainsi que les négociations en vue du *Master Settlement Agreement* seront régulièrement couverts par la presse écrite tout au long des années 1997 et 1998.<sup>(357-361)</sup>

Bien qu'il soit difficile d'évaluer précisément l'impact spécifique de chacun de ces événements sur les ressources des promoteurs des mesures de réduction du tabagisme, nos répondants leur attribuent aux moins deux effets. Le plus important est que les poursuites, la divulgation des documents de l'industrie et les dénonciations par le commissaire de la FDA des manipulations de la nicotine vont avoir pour effet d'entacher la crédibilité des fabricants de tabac.

« l'autre [facteur qui a joué sur l'adoption de la loi], c'est ce qui s'est passé aux États-Unis, les poursuites contre les compagnies de tabac, des aveux faits par les dirigeants des compagnies de tabac qu'ils avaient menti publiquement. Ça enlevait, dans le fond, à peu près toute crédibilité à ceux qui défendaient l'industrie du tabac au Québec. [...] Et la façon dont les médias, rendent la question du tabagisme, s'est modifiée par ces événements-là ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

« en même temps [que les interventions des antitabac] il y a tout le débat aux États-Unis sur les poursuites des États et sur les évidences que l'industrie a trompé. Les premières pages des journaux pendant cette période-là, ce n'est pas notre travail. C'est bien plus tout ça. C'est ce qu'on voit dans les journaux, une pleine page du Times, dans La Presse et nos journaux locaux parlent des milliards que tel État vient d'avoir contre l'industrie. Et là tout d'un coup l'industrie devient le méchant ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

« Il y a beaucoup d'informations qui ont été publiées sur le comportement de l'industrie du tabac, surtout grâce à ce qui s'est passé aux États-Unis. On a fait un très gros effort de prendre cette information des États-Unis, et ce qui est ressorti des États-Unis, ce n'était pas seulement sur les compagnies américaines, c'était sur les compagnies canadiennes. [...] On a rendu publics des documents confidentiels des compagnies canadiennes démontrant que ces gens-là étaient impliqués dans une vaste conspiration de cacher la réalité sur le tabac. Il y avait de plus en plus de journalistes qui s'intéressaient à ça, de plus en plus de journalistes qui ont vu finalement que ce qu'on rapportait, nous, n'était pas faux. Autrement dit, on a contré finalement le

discours de l'industrie du tabac avec des faits, et des faits qui finalement se sont avérés réels. C'est ce qui s'est passé. Alors notre crédibilité a augmenté considérablement ». (Propos d'un militant antitabac)

Comme mentionné précédemment, cette lecture des acteurs antitabac est corroborée par l'existence d'une multitude d'entrefilets publiés à ce sujet dans les quotidiens québécois ainsi que par nos résultats d'analyse (présentés dans le Chapitre 6) qui indiquent un déclin de l'image publique de l'industrie après la période entourant la crise de la contrebande. Nous avons également trouvé un certain nombre d'interventions des promoteurs de mesures législatives visant à diffuser leur interprétation de ces événements survenus sur la scène internationale.<sup>(53,205,362)</sup>

Pour ce qui est du second impact de ces événements sur les ressources des acteurs antitabac, les personnes interviewées témoignent d'une amélioration du traitement que les médias ont accordé aux mesures contenues dans le projet de *Loi sur le tabac*. Plus spécifiquement, un répondant signale que les intentions du gouvernement des États-Unis d'intervenir sur différents aspects du problème du tabac ont contribué à réduire l'image de radicaux dont l'industrie du tabac et ses alliés ont affublé les acteurs antitabac du Québec.

« Rappelons-nous qu'en 95 l'industrie avait une très grande crédibilité encore et elle considérait qu'elle avait gagné ; c'était son discours public, la cause en Cour Suprême et défait la loi fédérale. Jusqu'à un certain point elle avait raison puisque la législation a dû être refaite. Donc 95, c'est ça. [...] il y a eu des événements particuliers qui ont été favorables, notamment l'intervention des Américains, de la FDA [...] qui est venue ajouter [une] lecture disant, "ah, c'est pas juste le Canada qui a quelque chose contre l'industrie du tabac; c'est quelque chose qui est beaucoup plus élargi" [...] La lecture que l'industrie tenait c'était le Canada qui chialait. [...] quand la sortie américaine s'est faite, "ah! c'est fondé. C'est pas le rêve des ayatollahs québécois". C'est venu défaire cette image d'excessivité, d'ayatollahs qui pouvaient nous couler des discours parfois agressifs et agressants que pouvaient tenir certains intervenants ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

## **7.7 Conclusion du chapitre**

En nous appuyant sur le modèle d'analyse des politiques de Sabatier & Jenkins-Smith (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, 1999; Sabatier, 1998), nous avons cherché

à circonscrire les événements ayant favorisé l'adoption de la *Loi sur le tabac* du Québec. Rappelons que selon ce modèle, seuls les événements externes au sous-système d'une politique donnée sont susceptibles d'engendrer un bouleversement significatif dans les ressources et opportunités des coalitions d'acteurs et, conséquemment, un changement dans l'orientation du sous-système.

Les résultats présentés dans ce chapitre ont permis de constater l'accroissement, au sein du réseau gouvernemental de santé publique, des ressources humaines et financières dédiées aux interventions de lutte contre le tabac (résultant de la crise de la contrebande de 1993-1994). Les événements ont également engendré une série d'occasions de convaincre les législateurs et les journalistes de la nécessité et de la faisabilité de doter le Québec de mesures plus efficaces pour prévenir le tabagisme et protéger les non-fumeurs de la FTE (les élections provinciales, le jugement de la Cour suprême, les événements aux États-Unis). Par ailleurs, certains événements ont été le moteur d'un apprentissage pour les promoteurs de la *Loi sur le tabac* des connaissances et habilités en lien avec l'action publique.

Dans le chapitre suivant, nous examinons les interventions des acteurs antitabac pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac* et les alliances à la base de ces interventions.

« dans le dossier du tabac, [...] on a perdu une première guerre [de la crise de la contrebande], il faut mettre de l'argent et il faut avoir des stratégies autres que juste dire que c'est dangereux pour la santé. Ça fait 40 ans qu'on le sait! C'est pas ça, la game. C'est de convaincre qu'on peut l'interdire dans la restauration, qu'on peut interdire la commandite et la publicité, qu'on peut resserrer la vente aux mineurs, et qu'on a un méchant, qui a des millions et qui a une stratégie. La stratégie classique de l'industrie du tabac, c'est tuer le messager, c'est la main invisible. Donc c'est toi qui finances les dépanneurs, c'est toi qui finances les événements culturels. Et ce n'est pas eux qui vont le défendre après; ça va être les responsables d'événements qui vont dire : *voyons donc! Voir s'il y a un lien entre le tennis et le tabac.* C'est toutes les stratégies pour bloquer toute procédure réglementaire ou loi. Toujours bloquer. Dans tous les dossiers, dans tous les États, dans toutes les nations, les continents où ils ont travaillé, c'est toujours autour de ça. Alors on se fait traiter d'ayatollahs, de cons, de n'importe quoi. On finance des sociétés, des organisations, des événements, parce que le produit lui-même est indéfendable, donc c'est tout le reste qui peut défendre l'industrie. Et toujours ils ont des millions et des millions et des millions de dollars dans les bureaux d'avocats pour toujours défendre, contester ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

## **Chapitre 8 Les alliances et interventions des acteurs de la coalition antitabac pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac***

### **8.1 Introduction**

Dans les chapitres précédents nous nous sommes principalement employé à dégager une vision d'ensemble des éléments du discours sur la problématique du tabac et du contexte des actions des promoteurs de mesures législatives. Dans ce chapitre, nous examinons de plus près les efforts consentis pour faire adopter la *Loi sur le tabac*. Il s'agit de décrire les stratégies déployées mais tout en nous intéressant également aux conditions sous-jacentes à la mobilisation des ressources préalables à l'intervention. Ce chapitre fait donc entrer en jeu nos préoccupations à l'égard des alliances d'acteurs individuels et organisationnels. Notre intérêt pour la théorisation de Lemieux prendra ici tout son sens.

L'analyse du matériel collecté nous amène à exposer nos résultats en deux temps. Le premier temps s'échelonne de 1994 à 1996, c'est-à-dire du moment où émerge le projet d'améliorer l'encadrement législatif du tabac jusqu'au moment où les ORGSP remettent en question leur capacité d'influencer le processus politique. Le second temps va de la fin de l'année 96 jusqu'à l'adoption de la *Loi sur le tabac*. Le lecteur trouvera en Appendice 8 le détail de la chronologie des événements pour la période allant de 1994 à 1998.

## **8.2 Le premier temps des efforts des promoteurs de la Loi sur le tabac (1994-1996)**

### **8.2.1 Une lecture du contexte des interventions**

Au lendemain de l'annonce de la stratégie conjointe de lutte contre la contrebande,<sup>(35,36)</sup> il apparaît évident aux militants antitabac que leur échec à contrecarrer les plans des promoteurs de la baisse des taxes est intimement lié aux manœuvres de l'industrie du tabac et au manque de cohésion dont ils ont fait preuve dans leurs actions. Chez les répondants tabac et les directeurs de la santé publique, plusieurs sont d'avis que toute volonté de promouvoir de nouvelles mesures de réduction du tabagisme faisant appel aux leviers de l'État devra tenir compte de la capacité de l'industrie à s'y opposer. C'est d'ailleurs ce bilan de la crise de la contrebande qui dictera la nécessité de venir en aide au ministre de la Santé dans son objectif de renforcement de la législation tabac. En fait, l'essentiel de la stratégie de la santé publique sera élaboré en fonction de la nature même de la stratégie de communication et de la force de frappe de l'industrie.

À l'automne 1995, le Conseil des directeurs de la santé publique identifie quatre volets à la stratégie de communication de l'industrie.<sup>(159)</sup> Ou, si on préfère, quatre types de messages susceptibles d'être communiqués par l'industrie. Le premier volet consiste à « *minimiser les effets du tabac sur la santé* » et à convaincre de l'absence de consensus dans la recherche. Le second volet de la stratégie de l'industrie s'appuie sur une contestation des données existantes, à « *fournir les*

*leurs et puiser dans des rapports officiels des données qui leur semblent favorables* ». Le troisième volet vise à faire dévier le débat sur d'autres considérations que celles de la santé en maximisant « *les conséquences dévastatrices* » des mesures discutées sur le sort des « *pauvres petits commerçants* » : dépanneurs, restaurateurs, pharmaciens, sur la situation économique, etc. Il s'agit de « *toucher à la sensibilité économique des acteurs politiques* ». <sup>(363)</sup> Enfin, le dernier volet de la stratégie de communication de l'industrie vise à « *montrer les fumeurs et les commerçants comme des victimes de l'intolérance du "lobby" de la santé* ».

L'analyse du Conseil des directeurs ne manque pas non plus de souligner la capacité de l'industrie de communiquer sa vision du problème et des solutions aux acteurs des médias, aux membres des cabinets ministériels et aux députés. Elle peut le faire par l'entremise de ses représentants mais aussi en contractant des alliances avec d'autres organisations. Au besoin, elle peut les appuyer dans l'organisation de leurs interventions, préparer pour eux mémoires et études et les financer. Dans certains cas, l'industrie peut aller jusqu'à mettre sur pied des groupes de façade défendant des aspects particuliers touchés par la loi. <sup>(159,363)</sup> En somme selon l'analyse de la santé publique,

« [Le lobby du tabac] ne manque pas de ressources financières pour mener des actions aussi discrètes qu'efficaces. Il connaît parfaitement les rouages gouvernementaux et la sensibilité des acteurs politiques sur les questions économiques; emplois, retombées fiscales, fermeture d'usine etc... Ses ramifications sont bien ancrées dans l'entourage intime ou amical de nombreux personnages politiques. L'Industrie connaît également tout le processus législatif et les procédures légales qui peuvent être utilisées pour entraver ou retarder l'application de mesures susceptibles de nuire à sa rentabilité ». <sup>(363)</sup>

Cette lecture des stratégies et de la capacité d'action de l'industrie par la santé publique va donc donner lieu à deux objectifs fondamentaux qui guideront ses interventions, sur la scène provinciale, pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac* (voir Tableau IX). Le premier objectif, général, sera de « *faire contrepoids à la stratégie d'influence de l'industrie* », <sup>(159)</sup> ce qui implique de répliquer aux arguments à l'extérieur de la sphère de la santé et de dénoncer les pratiques de

l'industrie. Le second est d'amener les médias à prendre en considération les points de vue de la santé.<sup>(159)</sup> On mentionne également un troisième objectif qui est d'obtenir l'appui de la population<sup>(363)</sup> mais qui jusqu'en 1997 n'apparaît pas proéminent dans les interventions.

Cela dit, les membres du Conseil des directeurs reconnaissaient que pour battre l'industrie deux autres conditions devaient être atteintes. Premièrement, l'entité agissante doit être dotée d'une capacité d'action suffisamment rapide pour réagir aux événements et attaques de l'industrie. Deuxièmement, elle doit être en mesure de s'appuyer sur un niveau de ressources professionnelles et financières suffisant.

**Tableau IX Stratégie et capacité d'action de l'industrie et réponse du réseau de la santé publique**

<i>Stratégie de communication/ de brouillage de l'industrie</i>	<i>Locus d'intervention de l'industrie</i>	<i>Réponse du réseau de la santé publique</i>
Interventions pour mettre en doute l'importance des effets du tabac sur la santé.	L'industrie, ses alliés et créatures visent de manière coordonnée les médias, bureaux de députés et cabinets ministériels.	Intervenir de manière coordonnée auprès des médias, bureaux de députés et cabinets ministériels (présenter les arguments santé, contester les arguments des opposants, dénoncer l'industrie).
Contestation des données existantes et diffusion de données favorables à l'industrie.		
Détournement du débat des préoccupations sanitaires vers d'autres préoccupations (économiques, légales, de droits de la personne).		
Diffusion d'une image défavorable des promoteurs de mesures antitabac.		

Le défi pour la santé publique consistera donc à réunir toutes les conditions nécessaires à la réalisation de ces objectifs, une tâche qui devra tenir compte d'un important ensemble de contraintes et barrières.

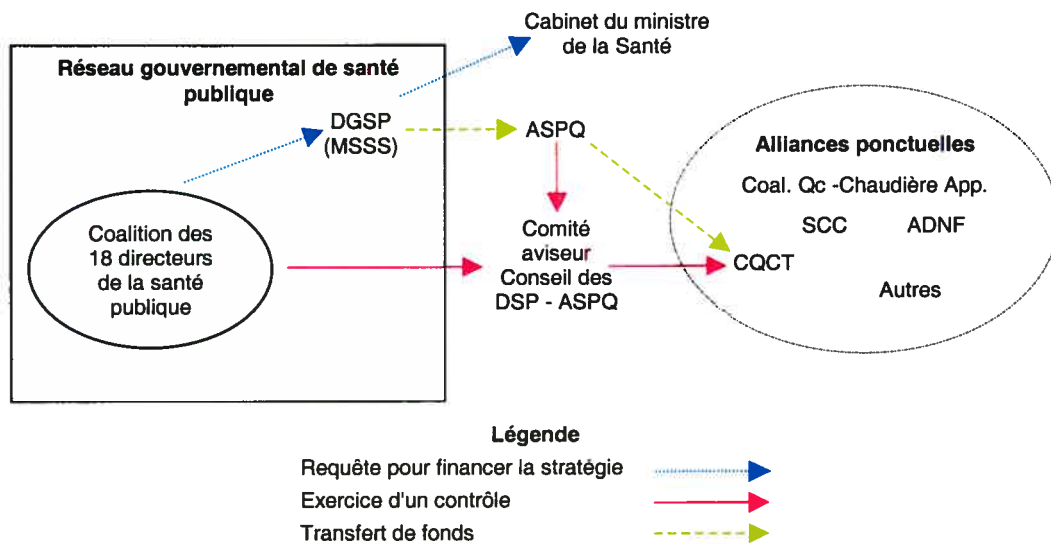


## 8.2.2 L'organisation et le déploiement des interventions dans le premier temps des efforts

Ce sont principalement des professionnels de directions de la santé publique qui vont initier le projet d'améliorer la capacité d'influence des ORGSP sur les orientations de la politique tabac du gouvernement du Québec. Ces professionnels, associés au Comité provincial sur le tabac, seront supportés par certains directeurs de santé publique influents et convaincus de la nécessité d'intervenir sur la scène publique d'une façon plus agressive.

L'organisation de la structure d'action publique, peut être envisagée comme le résultat d'une alliance dont les organisations membres ont été recrutées en trois phases (voir Figure 5). Nous présentons dans ce qui suit ces trois phases de recrutement de la coalition en faisant ressortir pour chacun les défis et objectifs propres à ceux-ci.

Figure 5 Alliances pour la promotion de la loi (1994-1996)



### 8.2.2.1 Une alliance entre les membres du Conseil des directeurs de santé publique

La première phase débute avec une entente cadre entre les 18 directeurs de santé publique sur le principe de financer collectivement une telle initiative. Pour ce faire, la voie la plus logique était de recourir à l'enveloppe budgétaire du *Plan d'action de lutte au tabagisme* dont l'axe prévention faisait référence à l'adoption d'une loi<sup>69</sup>.<sup>(38)</sup> La loi invoquée ne touchait qu'à la question de l'accès des mineurs au tabac mais la mention d'une campagne sociétale pour promouvoir la loi auprès du grand public justifiait d'une certaine manière l'utilisation des fonds à cette fin. Il s'agissait donc de prélever une partie des sommes destinées aux programmations tabac régionales. Le prélèvement des sommes dans les enveloppes tabac des régions se faisait au pro-rata des populations qu'elles desservaient. Pour les directeurs des régions moins peuplées l'appui à cette entente n'allait pas sans conséquence puisque leur faible niveau de ressources impliquait le sacrifice de certaines interventions planifiées.

---

<sup>69</sup> À la page 13 du Plan d'action on retrouve la description des activités de l'axe prévention (un des trois axes avec celui de la protection et de la cessation) dont le but est de « valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes ». L'activité 1.1 consiste à « Faire adopter et implanter une loi limitant l'accès des mineurs au tabac » et contient les sous-points suivants : « déposer un projet de loi »; « Concevoir le matériel requis ayant trait à la loi afin d'outiller et de former tous les intervenants et intervenantes qui devront l'appliquer »; « Mettre en place un réseau d'information et réaliser une campagne sociétale pour promouvoir la loi auprès du grand public » et « Soutenir la mise en place d'un réseau d'inspection pour assurer, de façon efficace, l'application de la loi ».<sup>(38)</sup>

**Tableau X Conditions et barrières pour contrecarrer les interventions de l'industrie du tabac**

<i>Conditions requises pour faire contrepoids à l'industrie et promouvoir les arguments de la santé publique</i>	<i>Barrières/ contraintes à l'atteinte des conditions requises</i>
Un niveau de ressources humaines et financières suffisant pour mettre sur pied des interventions au niveau provincial.	Une ponction des sommes distribuées à chacune des régions dans le cadre du <i>Plan d'action de lutte au tabagisme</i> <sup>(38)</sup> permettrait de rassembler suffisamment de fonds pour lutter contre l'industrie. Cependant, obtenir le consentement des 18 conseils d'administration des RRSSS apparaît trop laborieux et susceptible d'éventer sur la place publique la stratégie d'action du Conseil des directeurs.
L'entité doit jouir d'une marge de manœuvre suffisante pour attaquer l'industrie et intervenir sur des aspects autres que ceux de la santé.	Pour ce faire, l'entité doit être détachée du réseau de la santé publique mais tout en permettant aux DSP d'exercer un certain contrôle sur ses interventions.
Ne pas causer de tort au réseau de la santé	On craint que l'industrie du tabac ne pointe du doigt l'implication des DSP dans la sphère politique et trouve un moyen d'en faire matière à scandale. Une telle situation risquerait de coûter cher aux DSP et à leurs dirigeants.
Ne pas causer de tort au ministre	Le ministre ne doit pas être accusé de financer une organisation qui attaque le gouvernement sur sa politique tabac.
L'organisation fiduciaire ne doit pas être vulnérable face aux attaques de l'industrie.	Les ONG santé impliquées dans le dossier du tabac ne veulent pas parrainer une organisation qui attaquera l'industrie de peur que leurs campagnes de financement auprès du public en soit affectées.

À cette étape, deux éléments compromettaient la possibilité de mettre ces fonds à la disposition d'une organisation d'envergure provinciale (voir Tableau X). Le premier élément découlait de la difficulté perçue de convaincre tous les conseils

d'administration des RRSSS, desquels dépendaient les directions de santé publique régionales, d'endosser cette stratégie et de consacrer une partie des sommes allouées à leur DSP pour leurs interventions régionales en tabac. La perspective de se livrer à cette tâche apparaissait non seulement laborieuse mais surtout susceptible de mettre en danger les efforts de la santé publique. En effet, comme la demande des DSP aurait été débattue publiquement lors des conseils d'administration des RRSSS, elle aurait du même coup été portée à l'attention des stratèges de l'industrie du tabac. La piste privilégiée pour éviter ce problème a été de demander à la Direction générale de la santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux de retenir, avant attribution aux régions, une partie du montant de la contribution destinée aux régions et de verser ce montant à une organisation provinciale fiduciaire. La DGSP devait aussi approuver cette intervention qui n'était pas prévue par le Plan d'action, l'argent versé aux RRSSS devant servir aux programmations régionales. La DGSP a accepté de poser ce geste administratif non sans vérifier au préalable que le ministre était à l'aise d'en gérer les conséquences potentielles.

« [verser l'argent à un organisme fiduciaire] c'était faisable dans la mesure où les autorités ministérielles, le ministre porteur du dossier était à l'aise de se faire rentrer dans le corps éventuellement par des gens qui d'une certaine façon avaient ce financement, et l'autre ingrédient qu'il fallait soupeser, qui était un enjeu, c'était : *comment va réagir l'industrie?* Est-ce qu'ils pourront entacher la crédibilité de M. Rochon de par le fait qu'il y a des gens qui font un travail de type influence politique avec un financement à caractère public? Ces choses-là ont été soupesées ». (Propos d'un professionnel d'ORGSP)

Le deuxième élément susceptible de compromettre la mise sur pied de la structure résidait dans la crainte des directeurs de santé publique de subir les contrecoups de leurs interventions auprès de la sphère politique. Il était en effet envisageable que l'industrie s'emploie à dénoncer l'utilisation de fonds publics dans des interventions qu'elle dépeindrait comme étrangères au mandat des RRSSS et directions de santé publique. Pour se prémunir de cette éventualité, le Conseil des directeurs s'est assuré que l'entité créée soit le plus possible détachée du réseau de

la santé publique tout en la dotant d'une structure de supervision<sup>70</sup> qui permettait de s'assurer que ses interventions ne nuiraient pas à leurs organisations. Le fait que le financement de l'entité était accordé sur une base annuelle constituait, on le présume, un moyen de contrôle additionnel qui offrait la possibilité de mettre fin à cette alliance.

#### **8.2.2.2 Le recrutement d'un nouveau partenaire : l'Association pour la santé publique du Québec**

C'est ici qu'entre en scène un autre partenaire de la coalition des directeurs de santé publique et dont la contribution sera d'héberger l'entité en mesure de lutter contre l'industrie. Nous avons documenté deux cas d'échec de pourparlers avec des ONG santé pour l'hébergement de l'entité. Il semble que ces échecs découlaient de préoccupations liées au contrôle que la santé publique tenait à maintenir sur l'entité et aux risques que posait pour l'ONG le fait d'être associée à une entité attaquant l'industrie. Rappelons que les campagnes publiques de levées de fonds des ONG-santé étaient considérées vulnérables aux attaques de l'industrie et de ses alliés.

C'est l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) qui va finalement accepter de devenir fiduciaire de l'entité. L'ASPQ est une ONG dédiée à la promotion de la santé publique et au développement de la pratique professionnelle dans ce secteur. Comme l'ASPQ ne dépend pas de campagnes publiques de financement mais plutôt des cotisations des membres et de subventions accordées entre autres par le MSSS, elle est peu vulnérable aux attaques de l'industrie. Parmi les facteurs qui ont concouru à son acceptation de s'unir à la santé publique, mentionnons la compatibilité de ses orientations avec l'objectif de lutter contre le tabagisme. L'organisation venait en fait de se donner l'objectif d'œuvrer davantage dans le champ de l'action publique et sa nouvelle présidente était particulièrement sensible au rôle déterminant des politiques publiques sur la santé des populations.

---

<sup>70</sup> Un comité avisier a été mis sur pied. Sur le comité siégeaient des représentants du Conseil des directeurs, de l'Association pour la santé publique du Québec ainsi que les responsables de l'entité créée.

Dans un autre ordre d'idée, la direction de l'ASPQ voyait d'un bon œil le rayonnement que pourrait tirer l'organisation de son implication dans la lutte contre le tabagisme et la perspective de bénéficier d'un financement à l'année de son budget de fonctionnement.

### 8.2.2.3 Le recrutement des ONG santé

Dès les premiers mois de 1996, les responsables de l'entité créée sous l'égide du Conseil des directeurs de la santé publique et dorénavant désignée comme la *Coalition québécoise pour le contrôle du tabac* (CQCT), recrutent comme membres « *les principaux alliés à la cause de la réduction du tabagisme* ». <sup>(43)</sup> Ce noyau de huit organisations dont des ONG santé, l'ASPQ et le Conseil des directeurs de la santé publique élabore une plate-forme politique comportant cinq objectifs. Les objectifs définis touchent à la FTE, au tabagisme chez les jeunes, à la fabrication et la mise en marché du tabac, à la cessation et aux mesures d'appui à la loi. <sup>(364)</sup> Soulignons toutefois l'absence de la question des taxes sur le tabac que certains acteurs ont préféré exclure de la plate-forme en raison encore une fois de la crainte d'être impliqués dans une polémique susceptible d'entacher l'image des membres. Le consensus sur ces objectifs est important puisqu'il allouera à l'équipe tactique de la CQCT la capacité de réagir promptement aux événements et interventions des opposants à la loi, une capacité qui faisait défaut lors de la crise de la contrebande.

« Une première expérience à l'occasion de la crise de la contrebande nous a permis de constater que l'action des groupes de santé pouvait être largement sclérosée par un manque d'organisation et de concertation préalable. Dans la perspective d'une nouvelle action commune, nous devons inévitablement composer avec la problématique que rencontrent tous les comités parapluies : Définir des objectifs qui font consensus, déterminer les messages et les moyens d'action et confier un mandat clair à un comité directeur.

De plus, dans la poursuite d'une bataille qui implique un adversaire aussi redoutable que l'Industrie du tabac, il est essentiel de mettre en place une structure décisionnelle souple et un noyau « d'opérateurs » qui pourra agir rapidement sur le terrain et réagir promptement aux attaques de l'adversaire. À défaut d'être une garantie de succès, la rapidité d'exécution est l'une des

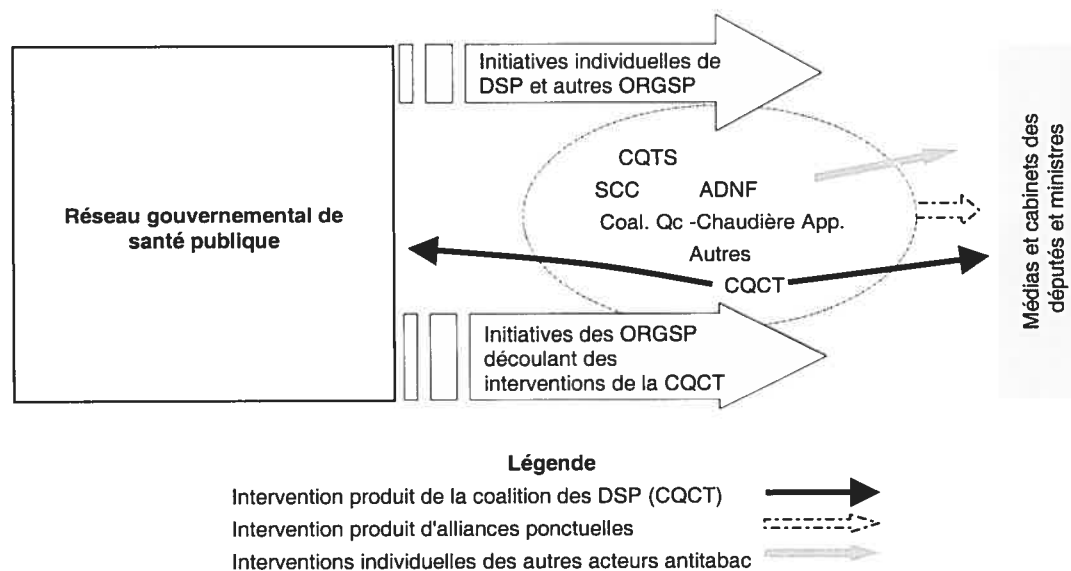
conditions d'opération préalables dans l'univers mouvementé de la gestion de crise ». <sup>(363)</sup>

Une fois ce consensus sur les objectifs atteint, la CQCT a procédé au recrutement d'organisations endossant la plate-forme. En mai 1997, plus de 600 organismes, dont des institutions du réseau de la santé, des écoles et des municipalités, avaient ainsi accepté d'appuyer la Coalition. <sup>(364)</sup> Ce succès de recrutement, certains répondants l'attribuent au travail de préparation du terrain effectué pendant des années par les titulaires du dossier tabac des DSC et DSP (notamment pour la promotion des espaces sans fumée). Mais c'est surtout le travail de conscientisation effectué en 1996, lors de la consultation pour une loi sur le tabac, qui a permis de faire partager aux organismes locaux et régionaux la préoccupation pour la problématique du tabac. Chose certaine, plusieurs acteurs tabac considèrent que cette large base d'appuis a conféré une certaine légitimité aux revendications de la CQCT<sup>71</sup>.

Ainsi, dès sa création, la CQCT va s'allier aux principales organisations impliquées dans la lutte contre le tabagisme. Du nombre, seul le Conseil québécois sur le tabac et la santé, le Bureau québécois de l'Association pour les droits des non-fumeurs (inauguré en 1995) et Info-tabac ont pour mission centrale la question du tabagisme. La CQCT va surtout coordonner ses actions avec celles de l'ADNF Québec, une organisation dont la direction partage la même volonté de dénoncer l'industrie du tabac, ainsi que la même vision de l'importance de porter la lutte contre le tabagisme au niveau des politiques gouvernementales. L'association entre ces deux organisations sera d'autant plus facile que leurs représentants avaient déjà eu l'occasion (alors qu'ils oeuvraient dans d'autres organisations) de collaborer lors d'interventions pour contrer la baisse des taxes de 1994. Soulignons que la SCC sera également étroitement liée aux efforts de la CQCT et de l'ADNF pour appuyer le projet de loi mais sans pouvoir investir un niveau de ressources aussi élevé que lors de la lutte contre la baisse des taxes.

De son lancement officiel au printemps 96 jusqu'à l'automne 1997, les interventions de la Coalition vont surtout consister en la diffusion de communiqués de presse et de lettres ainsi qu'en des entrevues accordées aux médias<sup>72</sup> et en des rencontres avec les députés (voir Figure 6). Un rôle important de la CQCT sera d'outiller et d'appuyer les directions de santé publique dans leurs représentations auprès des députés. La CQCT sollicitera également à plusieurs reprises les DSP pour intervenir à des moments jugés propices pour faire cheminer le projet de loi 444 dans l'appareil politique.

**Figure 6 Interventions de promotion de la loi (1994-1996)**



Soulignons que simultanément à la mise sur pied de la CQCT, une autre coalition antitabac va voir le jour (La coalition Québec/Chaudière-Appalaches). Cette coalition d'envergure régionale est le fruit d'une initiative de la RRSSS de Québec. La coalition s'est donné sensiblement les mêmes objectifs que ceux de la Coalition

<sup>71</sup> Plusieurs répondants ont souligné qu'en raison de sa taille, cette coalition se classait deuxième dans le monde. La première serait au Brésil.

<sup>72</sup> Plusieurs personnes rencontrées sont d'avis que, les militants antitabac du Québec ont vu croître leur crédibilité vis-à-vis les médias et même les ministres et fonctionnaires. Cette opinion a également été formulée en 1997 dans un article publié dans la revue Info-tabac.<sup>(191)</sup>



provinciale mais tout en centrant plus spécifiquement ses efforts sur le problème du tabagisme chez les jeunes. Sa mise sur pied reflète en quelque sorte une volonté chez certains dirigeants de DSP de prendre une part plus active dans le débat sur la loi.

### ***8.3 Le deuxième temps des efforts de la santé publique pour favoriser l'adoption de la Loi sur le tabac (1997-1998)***

#### **8.3.1 Une seconde lecture du contexte des interventions**

À la fin de l'année 1996, le dépôt du projet de loi sur le tabac a déjà été reporté à trois reprises et le débat sur l'interdiction par le fédéral de la publicité de commandite du tabac des événements sportifs et culturels fait rage. Au Québec, les professionnels tabac et certains directeurs de santé publique commencent à douter que la stratégie d'appui au ministre Rochon via la CQCT soit suffisante pour atteindre son but.

« Au cours des derniers mois, l'adoption du projet de loi fédéral C-71 a soulevé de vifs débats principalement autour du dossier de la commandite et de la publicité. Ce projet de loi prévoit limiter la publicité et la commandite sans toutefois l'interdire complètement. Les débats étaient animés par des groupes de pression provenant principalement du Québec et de Montréal plus spécifiquement. Les médias francophones se sont montrés très sympathiques aux groupes de pressions provenant du milieu des arts et du sport. Dans cet environnement dynamique et complexe, plusieurs acteurs de la santé, y compris la santé publique, ont pris part au débat. De ces expériences, s'est dégagée l'importance et l'urgence de préciser le créneau d'intervention de la santé publique, d'unir et d'ajuster nos forces à celles qui sont déjà en place (Coalition Québécoise, Association pour les droits des non-fumeurs, Coalition de Québec-Appalaches, Société canadienne du cancer) de façon stratégique. De plus, tout porte à croire que la bataille qui s'annonce au Québec risque d'être tout aussi sérieuse, sinon plus, étant donnée la portée élargie du projet de loi québécois ».<sup>(365)</sup>

L'importance d'intensifier les efforts va également découler de la lecture des moyens importants mis de l'avant par l'industrie pour combattre le projet de loi fédéral et du caractère hautement organisé de ses interventions (voir Tableau XI),

notamment grâce à l'expertise de firmes de communications.<sup>(43,169)</sup> Bref, la stratégie de l'industrie qui vise à faire dévier le débat de la question des méfaits du tabagisme sur la santé vers celui de la survie des événements commandités semble bien fonctionner<sup>(366,367)</sup> et même avoir gagné l'appui du Premier ministre du Québec : « *M. Bouchard reconnaît que le tabac représente un danger auquel il faut s'attaquer, mais mettre en péril des événements internationaux comme la loi C-71 le prévoit n'a aucun sens* ». <sup>(366-368)</sup>

**Tableau XI Examen des forces et faiblesses des acteurs antitabac en 1996**

<i>Forces/ressource/conditions favorables</i>	<i>Faiblesses/contraintes</i>
<p>Dispose de moyens financiers.</p> <p>Un ministre de la santé prêt à faire avancer le dossier.</p>	<p>Peu d'organisations sont disposées à investir temps et ressources dans le dossier.</p> <p>Les directeurs de DSP craignent, pour leurs organisations, les conséquences d'une implication dans la promotion de l'adoption de la loi.</p> <p>Les ONG santé craignent de s'impliquer dans la promotion de la loi en raison des répercussions possibles sur l'image et le financement de leurs organisations.</p> <p>L'environnement médiatique n'est pas propice à faire avancer le dossier (stigmaté de l'ayatollah).</p> <p>Les organisations antitabac ont peu d'alliés et interviennent mal dans les médias.</p> <p>L'industrie dispose de ressources importantes. Elle a des alliés (acteurs économiques, événements culturels et sportifs, travailleurs du tabac); ses interventions médiatiques et représentations auprès des députés sont bien coordonnées.</p> <p>Les représentants des événements commandités par l'industrie du tabac sont appréciés des médias.</p> <p>Les fumeurs offrent une certaine résistance aux mesures antitabac.</p>

### **8.3.2 Une reformulation de la stratégie et l'injection de nouvelles ressources (1997-1998)**

Cette lecture de la situation va donner lieu à l'élaboration d'une stratégie complémentaire à celle déployée par l'entremise de la CQCT et marquer

l'engagement plus direct du Conseil des directeurs dans le dossier de la loi. Le Conseil s'était en effet presque uniquement limité à un pilotage à distance des actions pour supporter le ministre. La lecture que des professionnels et les directeurs les plus motivés feront de la situation va être à l'origine d'une nouvelle stratégie qui cette fois visera à susciter « *auprès du grand public la meilleure compréhension possible des enjeux réels du prochain projet de loi soit, l'amélioration de la santé des Québécois* »<sup>73</sup>.<sup>(365)</sup>

Alors que la stratégie à la base de la CQCT va garder discrète l'implication du réseau de la santé publique, la nouvelle stratégie va plutôt s'appuyer sur le rôle conféré au directeur de la santé publique par l'article 373.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>(19)</sup> d'informer la population de l'état de santé en général. Cet article semble avoir rassuré les directeurs de la santé publique sur le caractère légitime de leurs représentations auprès des députés et ministres. Son libellé va comme suit :

373. Le directeur de santé publique est responsable dans sa région :  
1° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin.<sup>(19)</sup>

C'est donc une stratégie de communication pour contrecarrer celle de l'industrie que le Conseil des directeurs mettra en place. Pour ce faire, un comité en marge du Comité provincial sur le tabac et la santé du Conseil des directeurs de la santé publique est créé. Ce comité était pour une large part composé de professionnels tabac chevronnés provenant de différentes DSP. Mentionnons que les responsables de la CQCT étaient également arrivés au même diagnostic sur la nécessité d'améliorer la capacité d'intervention dans les médias sans toutefois avoir les ressources nécessaires pour ce type d'action.

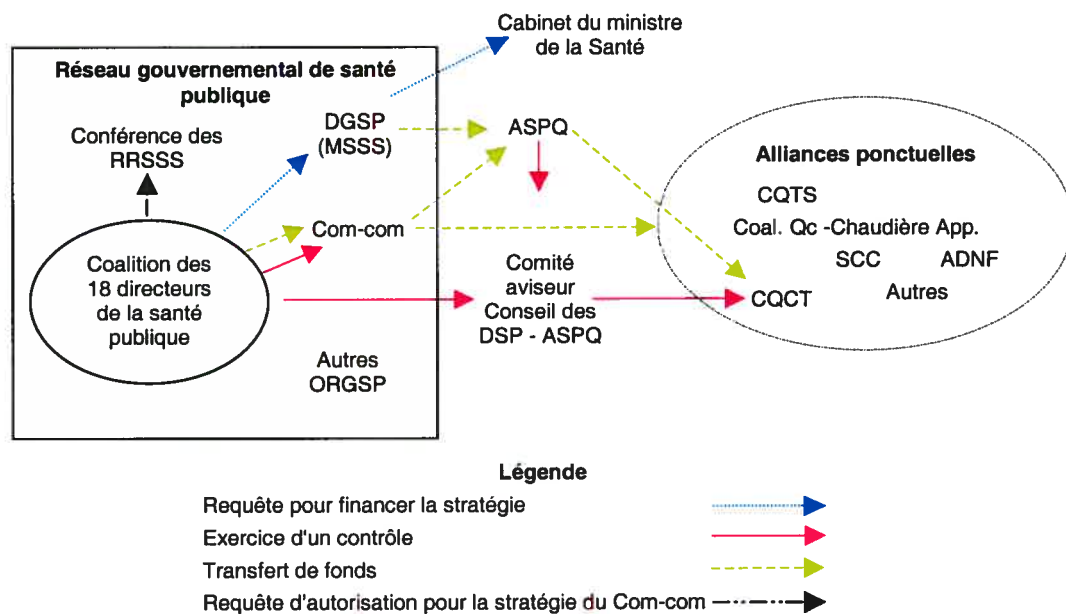
---

<sup>73</sup> Dans un compte rendu de réunion du Com-com, le coordonnateur réitère le rôle du comité qui est d'établir des stratégies de communication visant l'opinion publique.<sup>(369)</sup>

« Notre principal défi consiste à améliorer nos interventions médiatiques. L'industrie tire profit de ses millions pour faire former ses porte-parole par des experts, encadrer ses messages à l'aide de « *focus groups* », acheter des alliés populaires et bien placés, et publiciser ses messages. Elle profite également d'un certain biais dans plusieurs médias francophones ». (pp. 2-3)<sup>(43)</sup>

Le financement du Comité de communication (Com-com), sera fondé sur la même alliance entre Directions de santé publique que pour la CQCT, mais cette fois avec l'appui des conseils d'administration des Régies régionales de la santé et des services sociaux qui devront donner leur consentement à l'utilisation des budgets tabac de leurs DSP pour ce type d'intervention (voir Figure 7). Sans organisation tampon pour les protéger des attaques possibles de l'industrie du tabac (comme c'est le cas avec l'ASPQ pour la CQCT), les DSP se retrouveront dans une situation plus à risque. Cette lecture de la situation se reflétera dans l'entente qui lie les directeurs et le type d'interventions déployées.

Figure 7 Alliances pour la promotion de la loi (1997-1998)



Tout d'abord, les directeurs conviendront d'une modalité de retrait des fonds de leurs organisations qui leur permettra aisément de quitter la coalition. Ensuite,

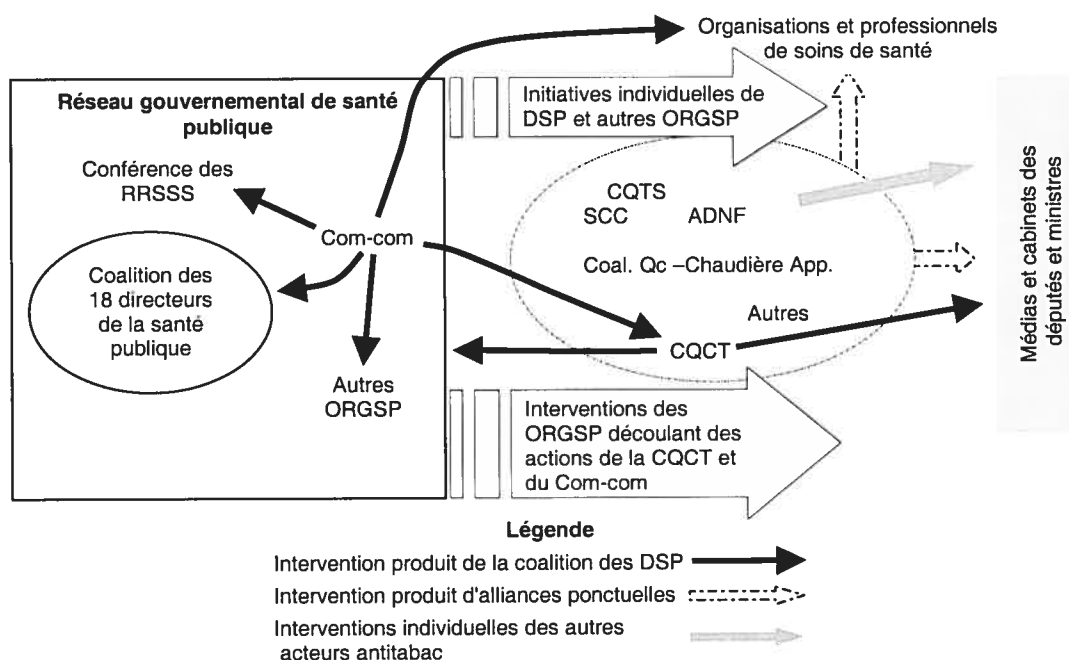
alors que le Conseil des directeurs de santé publique supervisait à distance le travail de la CQCT, dans le cas du Com-Com, la supervision sera plus étroite et un canal de communication direct sera établi entre le Conseil et le Comité. Cette relation plus étroite permettra aux directeurs d'être constamment tenus informés sur les interventions en cours et de donner leur aval ou de refuser de donner leur aval à des interventions jugées susceptibles d'embarrasser leurs organisations et les autorités de la RRSSS.

Trois autres éléments ont amené les directeurs de santé publique plus hésitants à se ranger au projet d'intensification des efforts pour favoriser l'adoption de la loi. Le premier tient en l'assurance reçue à l'effet que nombre d'interventions ne porteraient pas la signature de la santé publique. Si nécessaire, les interventions médiatiques, telles la diffusion d'une pleine page dans les journaux, pourraient porter la griffe de la CQCT ou d'une autre organisation partenaire comme l'ADNF. Le second élément tient dans l'appui que le projet recevait de certains des directeurs les plus influents du Conseil. Enfin, un troisième élément qui a pu faciliter l'approbation des membres du Conseil vient du fait que c'est un médecin bien connu par les directeurs qui a présenté le projet et pris en charge la supervision du Comité. Ce médecin était également reconnu pour son expertise en communication publique.

Les travaux du comité vont avoir plusieurs retombées susceptibles de favoriser l'adoption de la loi (voir Figure 8). La première retombée qui découle de l'objectif de ramener le débat vers les questions de la santé sera d'apporter une solution au dossier de la commandite.<sup>(365)</sup> L'intervention prendra la forme d'un mouvement pour un fonds de compensation des événements commandités par l'industrie, un fonds prélevé à même une taxe sur le tabac. Le mouvement pour le Fonds québécois pour la culture, le sport et la santé (FOQCUSS) sera organisé avec les services d'une firme de relations publiques. Non seulement le mouvement permettra de démontrer l'appui de différents organismes à l'idée d'un fonds mais en plus ouvrira, à son porte-parole, les portes de différents ministres et cabinets ministériels. L'adoption du principe du fonds par le ministre des Finances a

représenté une réelle victoire des antitabac en ce qu'elle neutralisa l'essentiel des arguments des alliés de l'industrie dont les plus importants étaient regroupés au sein du Ralliement pour la liberté de commandite.

Figure 8 Interventions de promotion de la loi (1997-1998)



Une seconde retombée de l'intensification des efforts de la santé publique par l'injection de fonds supplémentaires pour les interventions de communication publique sera dans la démonstration de l'appui de la population et de la communauté de la santé aux principales mesures contenues dans la loi. L'appui de la population sera démontré à l'aide de sondages commandés à cette fin.<sup>(245)</sup> Les résultats, qui ont été diffusés dans les médias et présentés aux députés rencontrés, montraient en effet l'appui de la population aux principales mesures contenues dans la loi. Un autre sondage sur le même sujet, commandé par un quotidien et une chaîne télé, a donné un portrait similaire de l'opinion publique.<sup>(246)</sup> Seules les mesures d'interdiction de la publicité de commandite par l'industrie du tabac étaient majoritairement rejetées par la population. Mais la présentation de ces

mesures en les accompagnant d'un fonds de compensation garantissant la survie des événements, renversait la tendance.<sup>(246)</sup>

« Mais nous, on n'a pas décidé d'investir sur le fait de convaincre les gens que la commandite c'est mauvais. On pense qu'ils étaient assez sensibilisés au fait qu'elle risque d'être interdite pis ça pose un problème. [...] on voulait travailler sur la solution. Sans jamais dire, *faut interdire la commandite*, on dit, *ça prend un fonds*. [...] Donc on a travaillé sur la solution. Et là, la solution, les gens étaient très favorables à 75% pour un fonds de commandite ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP).

Pour ce qui est de l'appui de la communauté de la santé aux mesures du projet de loi, il semble que le lien étroit entre le Com-com et le Conseil des directeurs va permettre une meilleure coordination des interventions entre les organisations du réseau de santé publique et les ONG déjà en relation avec la CQCT. Au moment où il sera nécessaire de mobiliser les directeurs de santé publique et même les directeurs généraux de RRSSS pour faire des représentations auprès des députés et ministres, le coordonnateur du Com-com sera en mesure de communiquer personnellement avec ceux-ci pour les inciter à l'action, une tâche plus difficile pour la CQCT qui avait été justement voulue à l'extérieur de la structure de la santé publique. Il est à noter que les interventions des directeurs de santé publique et directeurs généraux de RRSSS s'appuieront sur un argumentaire de santé publique distinct de celui de la CQCT, qui couvrirait un spectre plus large de préoccupations notamment en lien avec les aspects économiques.

La coordination permettra également de couvrir tous les aspects de la loi en attribuant à chacune des ORGSP ou ONG santé et autres organisations la responsabilité d'intervenir sur un élément particulier (par ex. l'accessibilité du tabac, la FTE, les jeunes). Les représentants des différentes organisations impliquées seront d'ailleurs formés pour mieux intervenir dans les médias et recevront quotidiennement une revue de la presse écrite traitant de la question du tabac au Québec, au Canada et dans le monde. Pour les ONG tels l'ADNF et le CQTS, l'intégration à cette structure de planification des actions ne semble pas autrement motivée que par l'occasion qui leur était donnée de faire avancer la cause de la lutte contre le tabagisme; ces organisations ont aussi pu tirer un rayonnement

important de leur participation aux efforts, alors que leur nom s'est retrouvé accolé à des pleines pages publiées dans les quotidiens et à d'autres interventions médiatiques financées par le réseau de la santé publique.

L'augmentation des ressources attribuées aux efforts pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac* va donc permettre de générer une stratégie susceptible de contrer celle de l'industrie et de ses alliés. Visiblement, cette stratégie va obtenir un certain succès. Alors que les voix se multiplieront en faveur de la loi, l'industrie va voir les arguments de plusieurs de ses co-opposants neutralisés par les études (sur l'exposition des travailleurs de la restauration à la FTE, sur les impacts économiques de la loi) et mesures compensatoires pour réduire les impacts économiques de l'entrée en vigueur de la loi (FOQCUSS, délais accordés aux restaurateurs pour l'application des mesures) proposées par la coalition. Qui plus est, l'industrie se retrouvera seule à contester la létalité de la FTE, l'association des restaurateurs ne contestant pas cet aspect mais plutôt les coûts de la mesure.

### **8.3.3 L'organisation des interventions des opposants au projet de Loi sur le tabac**

Pour bien saisir la portée des efforts de la coalition antitabac, il est utile d'examiner la situation des opposants aux mesures législatives qui comme nous l'avons vu apparaissent désavantagés par le contexte de leurs efforts. Il ne semble pas avoir existé de coalition contre la loi aussi importante que celle des antitabac, pas plus qu'il n'existe de vision des problèmes et des solutions ralliant tous les opposants. Cela fait que l'alliance entre les trois principaux fabricants de tabac, sous le chapeau du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac (CCFPT), est la seule qui s'apparente réellement à une coalition forte coordonnant et mettant en commun les ressources de ses membres. Les professionnels des ORGSP et militants antitabac rencontrés sont toutefois d'avis qu'une association existait entre le Ralliement des événements pour la liberté de commandite et l'industrie du tabac. Cette lecture de la situation s'appuyait entre autres sur le fait que c'est la multinationale de relations publiques Edelman Public Relations Worldwide qui



organisait les interventions du Ralliement, soit la firme détentrice du compte de relation publique de Imasco (Imperial Tobacco)<sup>74</sup> (80,371) S'il est fort probable qu'une telle coordination des efforts de l'industrie avec les responsables des événements commandités ait existé (ce qui expliquerait pourquoi le Ralliement n'a jamais avancé de solution de remplacement à la commandite par l'industrie du tabac), cette alliance n'apparaît plus très forte lors du témoignage des membres du Ralliement en commission parlementaire. Lors de leur audition, chacun des représentants des événements a pris la parole au nom de son organisation respective et non en celui du Ralliement. Il n'est pas sans intérêt de noter que des sept représentants des principaux événements commandités, seulement deux ont tenu le discours de l'industrie sur l'absence d'effet de la commandite sur le tabagisme chez les jeunes,<sup>(53,372)</sup> les autres se contentant de défendre la survie de leurs événements. Par ailleurs, l'intervention des représentants ne visait pas à s'opposer au projet de loi mais plutôt à obtenir un mécanisme de compensation et un calendrier de retrait du financement de l'industrie du tabac moins susceptible de nuire à leurs événements. La création du fonds de compensation avait, de toute évidence, déjà neutralisé la capacité du Ralliement à contester le projet de loi ainsi que réduit l'emprise de l'industrie sur les événements. L'industrie du tabac avait ainsi perdu la possibilité de bloquer le processus législatif en suscitant une contestation publique sur la question de la survie des événements.

« Nous on espérait faire transiter les responsables d'événements de notre bord. Ils ne l'ont pas fait, sauf que ça leur a fermé la trappe. Ils étaient toujours financés par l'industrie du tabac. Ils étaient, on le sait, pour la plupart d'accord avec notre idée, mais ils ne pouvaient pas le dire: *je reçois deux millions par année de l'industrie, je ne peux pas mordre la main qui me nourrit*. Donc ça a effrité leur solidarité. On ne les a plus vus, ou à peu près pas, en groupe. Quand ils sont venus en commission parlementaire, ils étaient beaucoup plus chambranlants. Donc on n'a pas démoli leur coalition, mais on les a rendus beaucoup plus silencieux ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

---

<sup>74</sup> Cette firme a notamment organisé une conférence de presse avec Jacques Villeneuve dans le cadre du Grand Prix de Montréal de 1998.<sup>(80,370)</sup> Un répondant affirme que c'est Imperial Tobacco qui a financé la campagne du Ralliement.

Le fait que la loi ait été adoptée à l'unanimité pourrait être une indication du succès des promoteurs de la loi à neutraliser l'opposition aux mesures. Cela d'autant plus que les mesures contenues dans le texte de loi, même si dans plusieurs cas leur implantation s'inscrit dans un calendrier sur plusieurs années, marquent l'échec de l'industrie à imposer sa vision du problème et des solutions. En fait, abstraction faite de la quasi-neutralisation de la prérogative de l'État de réglementer la fabrication et la composition du produit (voir note de bas de page numéro 55), tout ce que l'industrie a pu aller chercher ce sont des délais dans l'application des mesures. Le retrait du pouvoir de légiférer les usages que conférait aux municipalités la LPNF de 1986 a aussi été un élément susceptible de servir les intérêts de l'industrie du tabac. Toutefois, si c'est le cas, de l'avis d'un répondant impliqué étroitement dans l'élaboration de la loi, le retrait de ce pouvoir des municipalités ne résultait pas de pressions exercées par l'industrie. Il s'agissait plutôt de prévenir la multiplication des réglementations au niveau des municipalités de sorte à répondre à des préoccupations à l'égard de la compétitivité des restaurateurs.

Pour les autres acteurs susceptibles d'être affectés par les mesures, les négociations qui ont eu cours avant et pendant la commission parlementaire ne se sont soldées que par des délais et des aménagements propices à réduire les impacts économiques des mesures.

#### **8.4 Conclusion du chapitre**

Ce chapitre nous a fait pénétrer au cœur de la stratégie d'action publique des promoteurs de la *Loi sur le tabac*. Nous avons pour cela mis à contribution les éléments du modèle des coalitions plaidantes relatifs à l'espace du sous-système tabac (voir Figure 1, page 43). Nous avons aussi fait appel à la théorisation de la structuration des coalitions de Lemieux (1998).

Nous avons montré que les organisations du réseau gouvernemental de la santé publique ont occupé une place centrale dans les interventions pour favoriser l'adoption de la loi, une place qui s'explique en partie par l'importance de leurs

ressources mais aussi parce qu'à cette époque plusieurs ONG santé avaient décidé, suite à leur expérience de la crise de la contrebande, de limiter leurs interventions publiques sur le problème du tabac.

De manière générale, ce chapitre démontre que pour apprécier véritablement la stratégie d'action publique pilotée par la coalition des directeurs de la santé publique, il faut pour cela tenir compte de deux enjeux critiques. D'une part, il y a l'enjeu de la mise sur pied d'une capacité d'intervention suffisante. Cette capacité, qui peut être atteinte par la mobilisation de ressources humaines et financières, doit permettre de convaincre les décideurs et journalistes de l'importance des mesures tout en neutralisant le plus possible l'influence de l'opposition à la loi. D'autre part, ce dernier enjeu coexiste avec celui de la mise en place des conditions nécessaires pour que les coalisés s'assurent que leur implication ne s'avèrera pas plus coûteuse que le gain éventuel recherché. Le financement d'une ONG, abritant la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, constitue un exemple de mécanisme qui a assuré aux coalisés et au ministre de la Santé une relative protection contre les attaques des opposants aux mesures.

Nous poursuivons cet exposé par une synthèse des résultats qui nous permettra de répondre aux objectifs que nous nous sommes donnés en entreprenant cette étude de cas.

« J'ai présenté le mémoire en commission parlementaire, il y avait des députés, je pense qu'il y avait des ministres [...] Ils sont venus me serrer la main. Surtout les députées femmes, mais aussi les hommes. Ils sont venus me serrer la main et ils m'ont dit quelque chose comme : *jamais on nous avait présenté cet aspect du dossier de la façon dont vous l'avez fait*. Je leur disais : *pendant qu'on est ici et qu'on discute et qu'on essaie de trouver une solution, il y a des autobus pleins d'enfants qui commencent à fumer à chaque jour. Et ça, c'est vos enfants et c'est vos petits-enfants*. Je les regardais en pleine face et je leur disais : *c'est entre vos mains* ». (Propos d'un militant antitabac)

## **Chapitre 9 Expliquer l'adoption de la Loi sur le tabac et la contribution des ORGSP**

Le modèle de Sabatier et Jenkins-Smith (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, 1999; Sabatier, 1998) nous a conduit à considérer l'adoption de la *Loi sur le tabac* comme un événement s'inscrivant dans un processus de changement de politique publique. Rappelons que ce processus de changement procède de deux dynamiques distinctes mais inter-reliées. La première relève des événements ou perturbations qui surviennent à l'extérieur du sous-système de la politique tabac et qui ont pour conséquence d'affecter le niveau de ressources des acteurs de ce sous-système et de contraindre ou d'améliorer leur marge de manœuvre. La seconde dynamique de changement découle des efforts des différentes coalitions d'acteurs interpellés par le problème du tabac pour imprimer au sous-système leur vision du problème et de ses solutions. Notons qu'à leur tour, ces dynamiques de changement de politique publique, l'une interne et l'autre externe au sous-système, sont contraintes par un ensemble de paramètres très stables dans le temps, tels les attributs fondamentaux du problème du tabac et des normes socio-culturelles. Rappelons enfin, que nous nous sommes donné les moyens d'acquérir une compréhension plus fine des enjeux entourant l'organisation des efforts des acteurs, en faisant appel à la théorisation de la structuration des coalitions de Lemieux (1998).

Afin d'appliquer le modèle des coalitions plaidantes de Sabatier et Jenkins-Smith et la théorisation de Lemieux et pour guider la démarche de collecte et d'analyse des données nous avons formulé une série de propositions de recherche (voir Tableau II, page 57). Ce sont ces propositions qui guideront dans ce qui suit notre explication de l'adoption en 1998 de la *Loi sur le tabac*.

## **9.1 Les éléments externes au sous-système tabac**

### **9.1.1 Les paramètres relativement stables du problème du tabac**

Nous amorçons cette synthèse par l'examen de ce que Sabatier et Jenkins-Smith désignent les paramètres relativement stables (voir Figure 1, page 43), lesquels constituent une catégorie particulière d'éléments externes. Nous débutons par ces paramètres étant donné leur effet persistant sur les discours et actions des acteurs du sous-système politique. Les paramètres relativement stables évoluent sur une échelle de temps suffisamment longue pour que les multiples changements observables dans un sous-système (par exemple, dans la composition de son élite politique ou dans les orientations adoptées) se fassent à l'intérieur d'un cadre de normes, de paramètres, etc. qui lui ne change pas. Étant donné leur stabilité dans le temps et incidemment la lenteur de leur évolution, ce ne sont pas des éléments sur lesquels les acteurs ont une grande prise, ni des éléments susceptibles d'être visés par un plan d'action stratégique.

C'est la proposition 1 (voir Tableau II, page 57) qui a guidé notre exploration de ces paramètres en nous mettant sur la piste de la reconnaissance, par les membres de l'élite politique du sous-système tabac et plus largement des membres du système politique québécois, de la létalité du tabac. À ce titre, elle s'est avérée pertinente. Cependant, si nos résultats présentés au Chapitre 6 indiquent en effet une reconnaissance de cette létalité et de la difficulté pour les opposants aux mesures antitabac de la contester, plusieurs nuances sont à apporter.

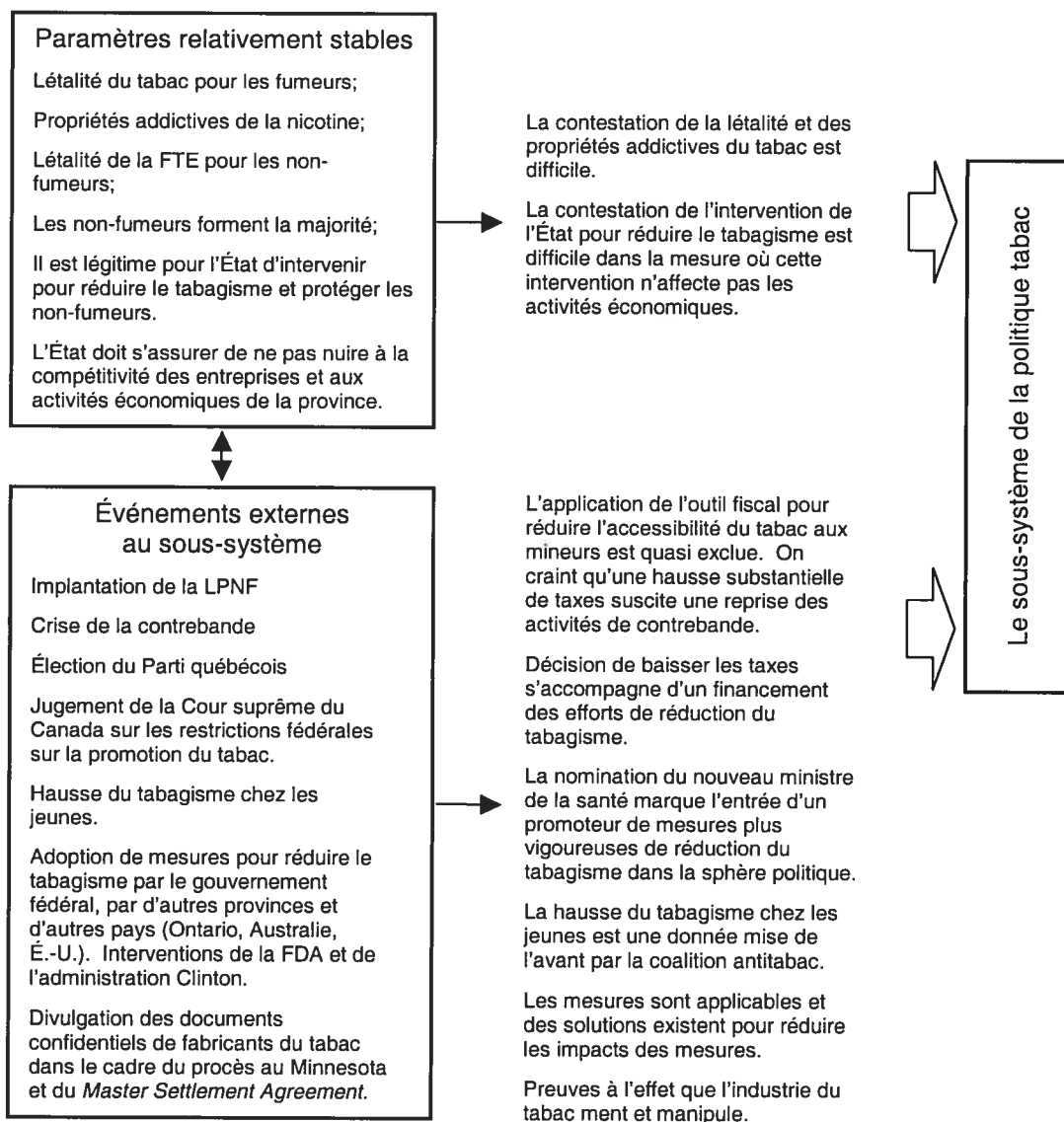
D'abord, il faut noter qu'en ce qui concerne la reconnaissance de la létalité du tabac pour les fumeurs, il n'y a pas eu évolution significative de 1986 à 1998. Dès 1986, alors que les députés de l'Assemblée nationale étudient le projet de loi 84 dite *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*, on constate qu'il y a déjà un large consensus sur ce paramètre du problème. Ce qui a évolué, toutefois, c'est le portrait épidémiologique sur lequel se fonde cette reconnaissance (grâce à des enquêtes populationnelles offrant un portrait plus fin des différents aspects du problème et de la prévalence dans les différentes strates populationnelles, notamment chez les jeunes et les femmes), ainsi que les procédés utilisés pour convaincre les législateurs, les journalistes et la population de l'importance du problème. On observe, par exemple, l'émergence de formules imagées telles *le tabac tue plus que les accidents de la route, les homicides, suicides, drogues et le SIDA réunis*<sup>(195)</sup> ou encore que la mortalité associée au tabagisme est comparable à celle qu'entraînerait l'écrasement d'un Boeing 747 par semaine. Ainsi, en 1998, il ressort clairement que ce paramètre encadre solidement les discours des acteurs de l'élite politique. L'industrie n'affirme plus ouvertement que l'usage de son produit ne constitue pas un risque pour la santé des fumeurs. Et lorsqu'elle le fait, pour la fumée de tabac environnementale, elle se retrouve seule et sa crédibilité est faible.

Sur ce dernier point, concernant la FTE, notre proposition 1 s'est avéré plus juste. Il est en effet plus à propos de parler d'une évolution de la reconnaissance de la létalité du tabac pour les non-fumeurs exposés à la fumée de tabac environnementale. Nos analyses indiquent que si les membres de l'élite politique du sous-système de la politique tabac sont, en 1986, généralement conscients du risque que représente pour les non-fumeurs l'exposition à la FTE, ce risque est nouveau dans les discours et tient plus d'une intuition que d'une connaissance basée sur des données scientifiques. De plus, les propos sur la question du risque disputent leur place avec d'autres découlant davantage de préoccupations centrées sur les nuisances de la fumée de tabac. En 1998, la FTE est traitée essentiellement comme un risque pour la santé et tout comme dans le cas de la létalité du tabac pour les fumeurs, les discours des acteurs s'appuient sur un corpus de connaissances et d'enquêtes populationnelles beaucoup plus important. En somme,

nous disposons de suffisamment d'occurrences de discours sur la FTE pour affirmer que même si le risque pour la santé est souvent estimé faible, les acteurs intègrent sans difficulté le paramètre à leur lecture du problème du tabac.

Cela dit même si la proposition 1 a été nuancée par nos analyses, il n'en demeure pas moins que la formulation de cette proposition s'est avérée utile. Cette proposition, en guidant notre collecte de donnée sur la question de l'évolution de la reconnaissance de la létalité du tabac, a incidemment ouvert la porte à l'identification d'une série d'autres paramètres au problème du tabac. La Figure 9, ci-dessous, résume l'essentiel de ces paramètres dont l'effet structurant sur les discours se manifeste tout au long de la période de douze années analysée pour l'étude du cas de l'adoption de la *Loi sur le tabac*. Ainsi, nous n'avions pas anticipé que l'analyse des propos des acteurs en 1986 ferait déjà ressortir un large consensus sur la légitimité de l'intervention de l'État dans la lutte contre le tabac. Pas plus que nous aurions pu saisir la reconnaissance des propriétés addictives du tabac comme autre paramètre du problème. Même si en 1986 le discours sur la dépendance à la nicotine est marginal, on observe déjà, à cette époque, une reconnaissance de la difficulté d'abandonner le tabagisme. Ce n'est toutefois que plus tard que le discours sur le tabagisme en tant qu'habitude va se muer en symptôme d'une dépendance à une drogue, un discours encouragé entre autres par les interventions du commissaire de la *Food and Drug Administration*.<sup>(37,373-375)</sup> Comme nous l'avons vu, la reconnaissance de la dépendance engendrée par le tabac puis plus tard par la nicotine sera centrale dans les efforts des promoteurs de mesures antitabac qui mettront de l'avant le fait que cette dépendance se crée dans la très grande majorité des cas durant l'adolescence.

Figure 9 Les éléments modelant les contraintes et occasions des acteurs du sous-système en 1998



Un autre paramètre qui apparaît central est le fait que les non-fumeurs représentent la majorité de la population québécoise ce qui confère à ce groupe un droit à un environnement sans fumée. Ce constat est formulé par nombre d'acteurs de l'élite politique tabac et ceci durant toute la période de douze ans analysée pour cette thèse.<sup>(211,213-218,256,299)</sup> Chez les 15 ans et plus au Québec, les enquêtes<sup>(376,377)</sup> confirment ce fait et indiquent une évolution à la baisse de la prévalence du tabagisme depuis au moins 1985. Même si la crise de la contrebande et la baisse



des taxes qui a suivi ont eu pour effet d'inverser cette tendance, l'effet apparaît temporaire et le mouvement reprend dès 1996.<sup>(377)</sup> Ainsi de 39,6%<sup>(377)</sup> en 1985 la prévalence va s'approcher graduellement des 31% en 1998. Bref, malgré les soubresauts dans la prévalence du tabac chez les 15 ans et plus le portrait donné par les enquêtes est celui d'une population où le nombre de fumeurs est en décroissance et incidemment où le tabagisme occupe une place de plus en plus marginale dans la vie de tous les jours des citoyens.

Mais ces paramètres n'ont pas tous pour effet de favoriser les promoteurs des mesures antitabac. Ainsi, à l'opposé, une préoccupation à l'égard de la compétitivité des entreprises et des activités économiques de la province influence la majorité des choix et préférences des acteurs économiques, politiques et des médias. Il se peut que ce discours soit révélateur de la grande ascendance des acteurs économiques sur les autorités politiques ou qu'il s'agisse, par exemple, d'une manifestation d'une volonté de combler le retard historique perçu de l'économie québécoise sur celles d'autres régions industrielles du Canada. Chose certaine, cette préoccupation en 1986 contribua à l'adoption d'une loi (la LPNF) dépourvue de toutes mesures perçues comme potentiellement préjudiciables aux activités économiques. En 1998, pour obtenir des mesures susceptibles d'avoir un impact sur la consommation et l'environnement des non-fumeurs, les promoteurs de mesures antitabac devront convaincre la majorité des autres acteurs du sous-système que la *Loi sur le tabac* ne constitue pas une menace pour les activités économiques et plus largement pour l'économie de la province.

### **9.1.2 L'impact des événements sur les ressources et contraintes des acteurs du sous-système de la politique tabac**

En abordant ici l'effet des événements sur le sous-système de la politique tabac, nous nous plaçons dans une échelle temporelle, davantage à la mesure de celle que ponctuent les activités des acteurs du sous-système. Ce qui contraste encore une fois avec les paramètres relativement stables dont l'évolution peut plus

difficilement être influencée pour servir les fins d'un groupe ou l'autre des acteurs du sous-système de la politique tabac.

La Figure 9, page 187, énumère ces principaux événements qui sont survenus de 1986 à 1998 et leurs impacts sur les contraintes et les occasions des acteurs du sous-système. Le travail d'identification de ces événements a principalement été guidé par la formulation de la proposition 2 (voir Tableau II, page 57), ainsi que de trois sous-propositions référant à autant d'événements jugés susceptibles d'avoir favorisé l'adoption de la *Loi sur le tabac*.

D'emblée il faut admettre que les deux premières sous-propositions, P2A et P2B qui traitent respectivement d'un changement de perception de la population à l'égard du tabagisme et de l'arrivée en fonction d'acteurs politiques sont réfutées par nos analyses. Comme l'indique nos résultats présentés dans le chapitre 7, il n'apparaît pas y avoir eu de changements significatifs dans l'opinion publique de 1986 à 1998. Les résultats des différents sondages d'opinion recueillis dans les articles de presse, documents gouvernementaux et autres appuient cette lecture. Par ailleurs, considérant les témoignages recueillis et la nature des interventions effectuées par les promoteurs des mesures antitabac, le cœur du problème ne résidait pas dans le fait de convaincre de la létalité du tabac pour les fumeurs et non-fumeurs mais plutôt de convaincre les législateurs et les journalistes que la population appuyait les mesures pour lutter contre le tabagisme et protéger les non-fumeurs. C'est cette lecture du problème par les promoteurs des mesures antitabac qui a donné lieu à l'élaboration et la promotion d'une solution, en un fonds financé à même la taxe spécifique sur le tabac du Québec, pour compenser les événements culturels et sportifs de la perte éventuelle de la commandite des fabricants de tabac. L'impact de cette solution a été observé au niveau de l'opinion publique, documenté et présenté aux législateurs afin de les convaincre qu'ils avaient l'appui de la population pour l'ensemble des mesures y compris celle interdisant la publicité de commandite par les fabricants de tabac.

Pour ce qui est de la sous-proposition P2B et comme nous l'avons déjà mentionné plus tôt, notre analyse des interventions publiques des députés de l'Assemblée nationale lors des travaux de 1986 sur la LPNF et lors de la crise de la contrebande ne montre pas de différences significatives dans la vision du problème du tabac et de ses solutions promue par les deux partis politiques qui se sont succédés au pouvoir en 1994. En fait, certains moyens mis de l'avant pour lutter contre le tabac ont été adoptés sous le gouvernement du Parti libéral (*Plan d'action de lutte au tabagisme*, budget pour le financement des interventions régionales de prévention du tabagisme). Plus encore, l'entrée en fonction, avec le nouveau gouvernement, d'acteurs gouvernementaux plus sensibles aux stratégies préventives d'amélioration de la santé des populations (P2B) est également réfutée par nos données. En effet, la réforme de 1991 de l'organisation du système de santé qui a notamment donné lieu à la création des directions régionales de santé publique et d'une direction générale de la santé publique intégrée au ministère de la Santé et des Services Sociaux a été initiée par les prédécesseurs du gouvernement du Parti Québécois.

Cela dit, la collecte de données effectuées afin d'être en mesure de confirmer/réfuter cette dernière sous-proposition nous a conduit à documenter en détail le rôle du ministre de la Santé qui a parrainé la *Loi sur le tabac*. Il en ressort que l'arrivée à la tête du ministère de la Santé et des Services sociaux du Dr Jean Rochon, signifie l'entrée dans la sphère des décideurs politiques d'un acteur qui, non seulement, maîtrise les différents éléments de la problématique du tabac mais est aussi en rapport avec des militants antitabac. Une indication de la motivation du ministre à doter le Québec d'une loi globale nous est donnée par sa décision de légiférer sur la promotion du tabac. Une décision qui survient à la suite du jugement de la Cour suprême qui a rendu inopérantes les mesures fédérales de restriction de la promotion du tabac. Ces mesures sur la promotion du tabac s'ajouteront donc à celles déjà formulées dès 1994 sur la vente du tabac aux mineurs et sur la protection des non-fumeurs.

Mais n'eut été de la crise de la contrebande, il n'est pas certain que le ministre aurait pu bénéficier d'une telle réceptivité de la part des députés à agir sur la

problématique du tabac. Pas plus qu'il n'est assuré qu'un autre ministre aurait eu la motivation nécessaire pour conduire à bien une telle entreprise.

À ce propos, la diminution des taxes suite à la crise de la contrebande de 1993-1994 constitue un événement dont les impacts sur les occasions et les ressources des acteurs du sous-système tabac confirment notre sous-proposition 2C. Ainsi, malgré la perte de l'outil fiscal en raison de la baisse générale des taxes sur le tabac, la crise de la contrebande va se solder par deux principaux gains. D'une part, le dénouement de la crise va offrir l'occasion à ces acteurs d'avoir accès à un financement stable pour le programme de réduction du tabagisme. D'autre part et ceci peut paraître paradoxal, le second gain découlera de la hausse du tabagisme chez les jeunes observée à la suite de la baisse des taxes. Cette hausse va constituer un argument puissant pour l'adoption de la vision des solutions au problème du tabagisme que partagent les acteurs de la coalition antitabac. La légitimité de leurs solutions au problème va également être renforcée par les différentes lois adoptées ailleurs au Canada, aux États-Unis et en Europe.

L'intervention de la *Food and Drug Administration* des États-Unis pour convaincre les membres du congrès que les fabricants de tabac ont manipulé le contenu en nicotine de leurs produits, ainsi que les procès intentés contre l'industrie du tabac par les procureurs de différents États américains qui ont donné lieu à la divulgation de près de 40 millions de pages de documents confidentiels des fabricants constituent une dernière série d'événements qui ont avantagé les promoteurs de mesures de réduction du tabagisme. Ces événements sont importants puisqu'ils vont fournir à la coalition antitabac des éléments de preuves des pratiques douteuses des fabricants, preuves avec lesquelles ils pourront alimenter les débats<sup>(53,205)</sup> et contribuer à miner davantage la crédibilité de l'industrie du tabac. L'image négative engendrée par ces événements a probablement eu aussi pour conséquence de gêner les fabricants dans leur recrutement de nouveaux alliés à leur cause, tant dans les médias que chez les acteurs économiques.

Certains de ces événements vont offrir des occasions d'apprentissage des différents éléments du problème et de ses solutions. Encore une fois, la crise de la contrebande va constituer une occasion, malheureusement il est vrai, de s'initier aux pratiques et aux stratégies de l'industrie, une expérience qui va se refléter directement dans l'organisation des efforts pour favoriser l'adoption de la loi. Par ailleurs, la mise en oeuvre, suite à son adoption en 1986, de la LPNF par le ministère de l'Environnement avec l'assistance des DSC, puis plus tard par le MSSS va également constituer une occasion d'apprentissage. La difficulté de faire respecter les mesures de protection des non-fumeurs va inciter les acteurs antitabac à opter pour une stratégie moins dépendante de la bonne volonté des fumeurs et des responsables des établissements visés par la LPNF.

Du point de vue de l'industrie du tabac, peu de gains ont été enregistrés depuis la baisse des taxes. Le seul gain significatif tient dans le fait que les décideurs des gouvernements fédéral et provincial sont ressortis de la crise de la contrebande réfractaires à l'idée d'user de mesures intensives de perception de taxes sur les produits du tabac pour réduire l'accès des jeunes à ces produits. Aucune autre donnée ne semble indiquer que l'industrie ait été en mesure d'accroître ses ressources et opportunités depuis le dénouement de la crise. Alors que pour la même période, il nous est permis d'affirmer que la situation des acteurs de la coalition antitabac a évolué de manière avantageuse.

## ***9.2 La stratégie d'action publique des promoteurs de la Loi sur le tabac***

L'exploration des interventions des promoteurs de la *Loi sur le tabac*, a été conduite sur la base de trois propositions de recherche P3, P4 et P5. Dans ce qui suit, nous traitons, tour à tour, de la question de la mise en oeuvre de la capacité d'intervention des promoteurs de la loi (P3), de la nature de leurs interventions (P4 et P5) et de l'impact de ces interventions sur la capacité d'intervention des opposants et sur le sous-système de la politique tabac en général.

### **9.2.1 La question de la capacité d'intervention des promoteurs de la loi**

Règle générale, nos résultats confirment la mise sur pied d'une coalition constituée d'organisations du réseau gouvernemental de santé publique, telle que formulée par la proposition P3A (voir Tableau II, page 57). Cette coalition que nous avons qualifiée de stratégique, afin de la différencier des coalitions plaidantes de Sabatier et Jenkins-Smith, est composée des directeurs de la santé publique membres du Conseil des directeurs de la santé publique. Comme nous l'avons vu, c'est en mettant ainsi en commun une partie de leurs budgets régionaux respectifs pour la lutte contre le tabac, que les directeurs de la santé publique ont pu accéder à un niveau suffisant de ressources financières et humaines.

Dans le Tableau IX, page 163, nous avons montré que la nécessité pour les directeurs de la santé de se coaliser découlait de la lecture que plusieurs professionnels tabac avaient fait de la capacité de l'industrie du tabac de neutraliser l'initiative du ministre de la Santé. C'est véritablement en vue des difficultés anticipées à faire adopter des mesures pour lutter contre le tabac et protéger davantage les non-fumeurs de la FTE que cette coalition a vu le jour.

Dans le chapitre 8, nous avons vu également que pour neutraliser l'influence de l'industrie dans le sous-système de la politique tabac un certain nombre de conditions devait être atteint. Ces conditions présentées dans le Tableau X, page 166 se résumaient dans la capacité d'agir au niveau provincial, d'attaquer les allégations de l'industrie, d'intervenir au besoin sur des aspects autres que la santé et ceci tout en garantissant une certaine protection aux membres de la coalition et au ministre de la Santé à l'égard des attaques de l'industrie et de ses alliés. C'est en remplissant ces conditions que les coalisés pouvaient espérer être en mesure de neutraliser l'opposition à la loi ou encore, pour utiliser les termes de Lemieux (1998), atteindre le seuil de prépondérance pour ainsi contrôler l'environnement externe de la coalition.

À la vue de ce qui précède et de la formulation des sous-propositions 3A, 3B et 3C, on constate que la coalition des directeurs de la santé publique s'est formée d'une manière conforme à ce que prédisait la théorisation de la structuration des coalitions développée par Lemieux et dont découlent ces sous-propositions. Ainsi et en complément à ce que nous avons dit plus haut, il est clair que la coalition stratégique s'est formée sur la base des ressources requises et des liens d'affinité existants (sous-proposition P3B), la plupart des directeurs se connaissaient depuis plusieurs années pour avoir collaboré ensemble à de nombreuses reprises alors qu'ils étaient, à la fin des années 80, à la tête des départements de santé communautaire. Pour ce qui est du caractère collégial de la structure de cette coalition et l'incitatif que représente pour les membres l'éventualité d'obtenir un avantage supérieur à leur non-participation, un certain nombre d'éléments sont à prendre en compte. Tout d'abord, le caractère collégial de la coalition s'imposait *a priori*, puisque les directeurs devaient se présenter unis pour déposer au ministère de la Santé et plus tard à la Conférence des régies régionales leur requête d'utiliser, pour leur stratégie d'action publique, les fonds du *Plan d'action de lutte au tabagisme*. La collégialité de la coalition s'imposait aussi en raison de l'impossibilité d'imposer des sanctions à un directeur qui aurait décidé de faire défection de la coalition. Par conséquent, l'unité de cette coalition était surtout fondée sur l'incitatif que représentait pour ses membres l'éventualité d'un gain, la *Loi sur le tabac*, un gain, faut-il le préciser, qui s'inscrivait directement dans le mandat de santé publique des directeurs et de leurs organisations.

Mais tout comme pour les autres propositions, l'enjeu ici n'était pas de les confirmer ou de les infirmer. Il s'agissait plutôt de se donner un instrument pour guider notre collecte et l'analyse de nos données. À ce titre, ces propositions se sont avérées extrêmement utiles pour cerner les enjeux de la coopération inter-organisationnelle et de la mise en place d'une capacité d'action pour faire face à la menace que posaient les opposants à l'adoption de la *Loi sur le tabac*.

### 9.2.2 Les interventions pour promouvoir la Loi sur le tabac

Nous avons analysé la question des interventions pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac* en nous appuyant sur deux propositions de recherche. La proposition 4 pose qu'une partie des interventions a visé la modification des perceptions de la population. La proposition 5 avance l'hypothèse d'un travail de modification de la perception des autorités gouvernementales à l'égard du problème du tabac.

Soulignons dès le départ que la proposition 4 a été réfutée par nos analyses. L'opinion publique n'a pas représenté une cible d'intervention importante au sein de la stratégie des promoteurs des mesures antitabac. Ce que l'on constate en fait, c'est que l'opinion publique a plutôt servi aux fins du débat politique. Les promoteurs de la loi n'ont pas véritablement cherché à modifier cette opinion, optant plutôt pour la sonder afin de démontrer aux journalistes et législateurs que la population appuyait les mesures antitabac. L'exemple le plus probant de cette instrumentalisation de l'opinion publique est sans doute celui de la campagne pour promouvoir le fonds compensatoire pour les événements commandités par l'industrie du tabac. Les promoteurs ont ainsi commandé un sondage dans lequel était présentée la solution du fonds afin d'évaluer l'effet qu'elle aurait sur l'opinion publique. Les résultats du sondage, qui montrait l'appui de la population pour l'interdiction de la commandite du tabac advenant la mise en place d'un fonds compensatoire, ont ensuite été diffusés au sein du sous-système politique.

Les actions des acteurs de la coalition antitabac ont donc porté essentiellement sur deux cibles, soit les médias et les députés. L'action sur les médias, qui n'avait pas été l'objet d'une proposition de recherche, découle d'une appréciation négative de la couverture médiatique des positions des promoteurs de mesures antitabac lors de la crise de la contrebande et lors du débat sur les mesures sur la promotion du tabac contenues dans la loi fédérale adoptée en 1997. Les actions sur les médias ont principalement émané de quatre groupes d'acteurs : la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, le Conseil québécois sur le tabac et la santé, le Comité de communication et enfin de militants antitabac. Nous avons documenté plusieurs



interventions visant à influencer le traitement que font les journalistes de la question du tabac et le point de vue des députés et ministres exposés à ces médias.<sup>(191)</sup> L'extrait suivant constitue l'une des rares manifestations tangibles de ces actions.

« Depuis que j'ai admis publiquement avoir cessé de fumer, les lettres d'amour pleuvent sur mon bureau. On m'applaudit, on me félicite, on m'encourage, on me couvre de fleurs et de conseils. *Vos timbres facilitent actuellement le sevrage de la nicotine en fournissant à vos cellules cérébrales leur pitance minimale pour rester fonctionnelles*, m'écrit le docteur Marcel Boulanger [note : il est président du CQTS]. *Il vous reste à assurer le sevrage intérieur, freudien, existentiel, qui vous mènera vers la liberté de la Petrowski d'origine qui, faut-il le rappeler, est née non fumeuse*. Comme c'est bien dit. Merci Marcel de vous préoccuper de ma santé physique et mentale. Je profite de l'occasion pour remercier du fond de mon fond tous les autres qui m'aident à passer ce très mauvais quart d'heure dans ma vie. Je les remercie les uns après les autres. Tous sauf un. J'ai nommé un certain Fernand Turcotte, prof au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval. Depuis plus d'un an, ce casse-pieds de Fernand m'envoie une logorrhée de documentation plate, illisible et en anglais qui encombre mon espace vital et m'empoisonne la vie ». (Nathalie Petrowski, chroniqueuse, 1997 : les italiques sont de nous)<sup>(378)</sup>

L'une des retombées importantes de ce travail sur les médias va être de permettre à certains militants antitabac d'entretenir des rapports étroits avec des journalistes sensibles au problème du tabagisme et ainsi de bénéficier de portes d'accès utiles pour la diffusion d'éléments clés en lien avec les débats sur le projet de *Loi sur le tabac*. Notons que plusieurs des personnes rencontrées ont témoigné d'une amélioration au fil des ans du traitement que réservaient les médias à leurs positions.<sup>(191)</sup>

Pour ce qui est des actions des acteurs de la coalition antitabac sur la deuxième cible, c'est-à-dire les députés et les ministres, elles émaneront principalement de deux sources. La première source est liée au ministre de la Santé qui a travaillé à convaincre ses collègues députés et ministres. Outre ses interventions personnelles, il a également recruté un médecin reconnu pour son expertise de la problématique du tabac et des pratiques de l'industrie pour rencontrer les députés de son caucus et ainsi les sensibiliser aux différentes dimensions du dossier. Les ORGSP

constituent l'autre source d'influence des députés et ministres. Leurs actions se traduisent principalement par l'envoi de lettres et des visites de ces députés par les directeurs de santé publique accompagnés, selon le cas, par le directeur général de leur RRSSS et des représentants des ONG santé. La plupart de ces actions ont été coordonnées soit par l'équipe de la CQCT ou du Com-com et effectuées à des moments clés du processus législatif. Les représentants de la CQCT et du Com-com ont également effectué de telles rencontres.

« Mais c'était un des points qu'on amenait beaucoup devant les politiciens, ça, et le fait de prendre une décision éclairée, qui n'était pas toujours dans le sens des sondages et qu'ils devaient s'attendre à ça, que l'industrie était pour être très habile pour venir modifier leur perception du risque et leur perception aussi de la justice dans ce sens-là, de l'équité comme fabricants, et qu'il ne fallait pas tomber là-dedans. [...] Et je me souviens que le fait d'être médecin était un atout pour les rencontrer. Ils écoutaient ça avec attention, surtout toutes les affaires qu'un [professionnel donné] avait faites sur la question de la nicotine en disant, "ils ne vendent pas des cigarettes, ils vendent de la nicotine, et on serait en mesure d'avoir des cigarettes sans nicotine, qui n'auraient pas d'effet d'addiction ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

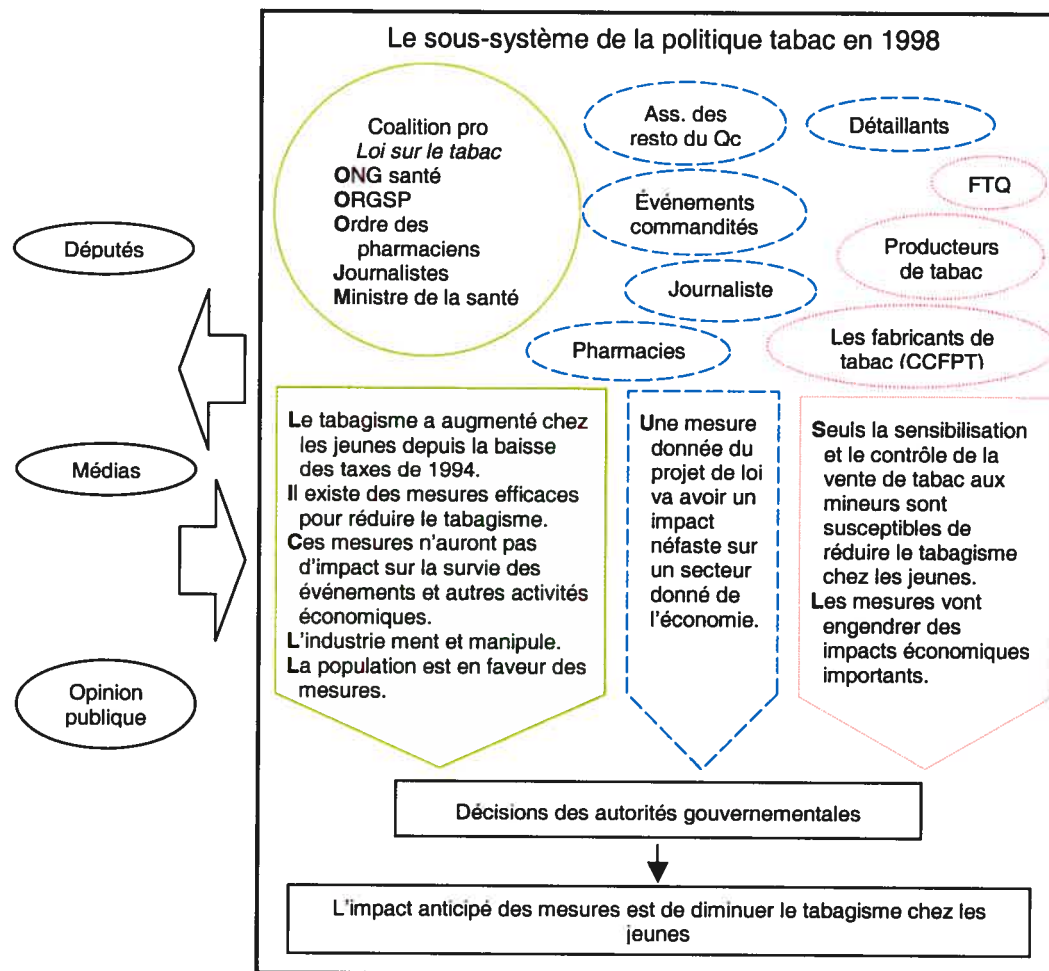
Quelles que soient leurs actions sur les médias ou sur les députés, les acteurs de la coalition antitabac vont essentiellement alimenter le débat public sur les problèmes et solutions liés au tabac et sur les pratiques des fabricants de tabac. Comme la situation et les conditions d'exercices des interventions varient d'un acteur à un autre, le discours sur lequel s'opèrent ces interventions va aussi varier. Ainsi les représentants des ORGSP vont généralement concentrer leurs interventions sur la diffusion de portraits sanitaires sur le tabagisme et l'exposition à la FTE. Les acteurs des ONG santé, ONG antitabac et de la CQCT seront en mesure d'aborder différentes dimensions du problème, soient-elles sanitaires, économiques (impacts sur les événements, sur les restaurateurs, sur l'économie en générale) ou fiscales. Parmi les acteurs de ce dernier groupe, certains vont pouvoir aller plus loin en répliquant aux allégations de l'industrie et en dénonçant ses pratiques. De sorte que de tous les acteurs organisationnels, ce sont la CQCT et l'ADNF qui disposent de la marge de manœuvre la plus grande que ce soit pour le type d'intervention ou pour la nature du message véhiculé.

### **9.2.3 l'impact des interventions des promoteurs de la Loi sur le tabac**

Pour bien saisir la portée des efforts de la coalition antitabac, il est utile d'examiner la situation des opposants aux mesures législatives. La Figure 10 donne un portrait des principaux acteurs en présence. On peut voir qu'il n'existe pas de coalition plaidante contre la loi aussi importante que celle des antitabac. Pas plus qu'il n'existe de vision des problèmes et des solutions qui rallie tous les opposants. Ainsi et comme nous l'avons déjà signalé, l'alliance entre les trois principaux fabricants de tabac sous le chapeau du CCFPT est la seule qui s'apparente réellement à une coalition dont les membres coordonnent et mettent en commun leurs ressources.

Pour ce qui est des autres opposants au projet de loi, leurs interventions visaient des mesures spécifiques. Leurs discours n'apparaissent pas en porte à faux avec les principaux éléments de la vision du problème que constitue le tabac promu par la coalition antitabac. Même les détaillants de tabac ne semblaient plus aussi étroitement liés à l'industrie que lors de la crise de la contrebande. Le fait que les représentants des détaillants proposeront un système de perception de l'équivalent des taxes provinciale et fédérale chez les distributeurs (pour annuler l'avantage compétitif des détaillants opérant en territoire autochtone) est indicatif de l'effritement des appuis sur lesquels pouvait compter les fabricants de produits du tabac.<sup>(51)</sup> Cette mesure, déjà prônée par les opposants à la baisse des taxes lors de la crise de la contrebande, ne va pas dans le sens des intérêts des fabricants puisqu'elle est susceptible de diminuer le risque d'une reprise de la contrebande. Ce qui, incidemment, ouvre la porte à un retour à des niveaux de taxation du tabac plus élevés. Quant au secteur de la restauration, ses représentants s'entendront avec le ministre sur un compromis touchant le calendrier d'application des mesures de protection des non-fumeurs.

Figure 10 Modélisation des actions des acteurs du sous-système sur la politique tabac en 1998



Outre la question de la publicité de commandite, les interventions des fabricants de produits du tabac se sont limitées essentiellement à tenter de convaincre les autorités sur trois aspects. Premièrement, que les différentes mesures pour réduire le tabagisme chez les jeunes s'avèreront inefficaces. Deuxièmement, que les articles susceptibles d'avoir un impact sur la composition du produit et son emballage vont affecter la compétitivité de leurs usines du Québec. Sur ce point, l'industrie obtiendra l'adoption de différents amendements ce qui constitue probablement une manifestation de plus de la préoccupation des acteurs du sous-système de la politique tabac et de l'ensemble du système politique pour la compétitivité des entreprises et l'économie de la province. Troisièmement, qu'il

n'y a pas de preuve à l'effet que la FTE ait un impact sur la santé des non-fumeurs. En somme, ces éléments témoignent d'une lecture de la situation par l'industrie plutôt pessimiste de sa capacité de contester la loi. Considérant sa faible crédibilité dans le débat sanitaire, le seul fait que l'industrie ait jugé nécessaire d'exprimer au Premier ministre et députés sa position sur la FTE (par un document<sup>(379)</sup> et par l'entremise des économistes qu'elle a mandaté<sup>(54)</sup>) est probablement indicatif de son échec à s'associer à des alliés jouissant d'une meilleure crédibilité et acceptant de défendre cette position.

Cela dit, l'indication la plus claire du succès de la coalition antitabac à promouvoir sa vision du problème et de ses solutions s'observe dans le discours des autorités politiques. Les députés ont en effet adopté presque intégralement leur vision du problème et une partie substantielle de leurs solutions. De plus, certains députés n'ont pas hésité à attribuer leur compréhension des enjeux du dossier aux acteurs antitabac.

« Mais, effectivement, M. le Président, nous avons un débat civilisé, un débat très civilisé, avec des opinions assez différentes. Je veux féliciter tous les groupes qui ont présenté... et je voudrais féliciter particulièrement la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac qui m'a aidé à comprendre le dossier comme je comprends ça maintenant. Je ne mets pas en doute les autres interventions des autres groupes, mais j'ai apprécié beaucoup toute l'information qu'ils ont fournie pendant le débat. Je pense que, à cause d'eux, on comprend la question maintenant beaucoup mieux que nous comprenions la question avant ». (le député de Nelligan, Russell Williams, PLQ, 1998)<sup>(194)</sup>

Le ministre de la Santé lui-même témoignera également de l'utilité des efforts des promoteurs de mesures de réduction du tabagisme.

« M. le Président, en arrivant à la fin de ce débat, je pense qu'il est important qu'on se rappelle qu'on réalise un résultat très important. C'est une étape très significative où on va, par ce projet de loi, confirmer une nouvelle norme sociale au Québec en ce qui regarde la cigarette et la pureté de l'air dans les endroits publics, mais ce n'est pas une fin. Les véritables résultats en termes de santé, on va les voir venir à moyen et à long terme, parce que la phase de latence des effets est longue, et il y a déjà une génération qui sera difficile à récupérer. Alors, en voulant remercier tous ceux, comme l'a fait le député de Nelligan, qui auront accompagné ce processus depuis plusieurs années, qui se sont mobilisés, qui ont informé, qui ont soutenu, je veux leur dire: Ne

lâchez pas, parce qu'il y a encore beaucoup de travail à faire pour l'appliquer, cette loi-là, et c'est avec la prochaine génération qu'on verra vraiment les résultats. Mais c'est déjà changé de façon significative. Merci, M. le Président ». (le Ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon, PQ, 1998)<sup>(194)</sup>

Notons que l'adoption de la vision des problèmes et solutions par les membres de l'Assemblée nationale pourrait être un indice de la domination du sous-système de la politique tabac du Québec par la coalition plaidante antitabac et aussi une manifestation de l'atteinte du seuil de prépondérance par la coalition stratégique des directeurs de la santé publique.

### **9.3 Synthèse des résultats**

#### **9.3.1 Premier objectif : expliquer l'adoption de la Loi sur le tabac**

Notre premier objectif consistait à identifier les conditions et les dynamiques à la base des transformations ayant conduit à l'adoption, en 1998, de la *Loi sur le tabac*. Globalement, nos données et les analyses effectuées nous incitent à considérer l'adoption de la loi comme une manifestation de la prédominance de la vision du problème du tabac et de ses solutions de ses promoteurs. Une prédominance que nous expliquons par différentes caractéristiques propres à leur discours. Premièrement, ce discours des promoteurs ne contredit pas les principaux paramètres (voir Figure 9, page 187) qui encadrent les interventions et les discours des acteurs de l'élite politique en tabac tels la létalité du tabac, la légitimité de l'intervention de l'État pour réduire le tabagisme et la reconnaissance du fait que les droits des non-fumeurs priment sur ceux des fumeurs.

Deuxièmement, la vision promue par les antitabac est intégratrice, c'est-à-dire qu'elle ne couvre pas uniquement la dimension sanitaire du problème du tabac, mais offre également une grille de lecture des aspects économiques de cette problématique. Ce discours avance aussi des solutions aux impacts attendus des mesures. Le fonds compensatoire pour les événements qui perdront la commandite

de l'industrie du tabac est un exemple éloquent de solution apportée à un tel impact. Par opposition, le discours des opposants aux mesures apparaît limité dans sa capacité d'intégrer les différentes facettes du problème du tabac et échoue carrément pour ce qui est d'offrir une solution à la forte prévalence du tabagisme chez les jeunes. La plupart des interventions des opposants visent ouvertement à préserver le *statu quo* et ainsi protéger leurs intérêts financiers. À cet effet, il est intéressant de constater que contrairement à la situation qui prévalait lors de la crise de la contrebande, les antitabac n'ont pas vu leurs préoccupations sanitaires subordonnées à d'autres préoccupations véhiculant des valeurs telles la justice (contrebandiers vs honnêtes commerçants), la nécessité de préserver la loi et l'ordre et autres valeurs avancées par les promoteurs de la baisse des taxes. En 1998, ce sont les antitabac qui ont imposé comme préoccupation première la santé et tout particulièrement la santé des jeunes. La santé des jeunes a été un argument extrêmement efficace pour dominer le débat et apparaît un objectif impossible à contester.

Enfin, la troisième caractéristique de ce discours tient dans la légitimité et la crédibilité de ses porteurs surtout lorsque ceux-ci étaient des représentants des institutions de santé ou des professionnels des disciplines médicales. Cette qualité du discours antitabac faisait défaut chez la plupart des opposants, à l'exception notable des représentants des événements commandités qui jouissaient d'un certain respect des médias.

Mais ce discours des promoteurs des mesures antitabac n'est pas une entité figée dans le temps. Sa substance et son succès en 1998 ne peuvent être dissociés du processus d'apprentissage qui l'a modelé et que nous avons pu voir se déployer sur plus d'une douzaine d'années. De manière générale, pour les promoteurs de mesures de réduction du tabagisme, le processus d'apprentissage les a conduit à mieux connaître leurs opposants, surtout l'industrie du tabac, les stratégies à adopter et à mieux intégrer dans leur vision les différentes dimensions de la problématique du tabac qu'elles soient économiques ou sanitaires. Ils ont ainsi été mieux à même d'anticiper les impacts éventuels de la mise en oeuvre des mesures.

Pour les journalistes, députés et ministres qui sont également des acteurs de l'élite du sous-système de la politique tabac, l'apprentissage a porté, par exemple, sur le phénomène de l'initiation au tabagisme et les mesures pour prévenir cette initiation. La reconnaissance de l'influence de la commandite des événements sportifs et culturels sur le tabagisme chez les jeunes est également l'un des résultats de cet apprentissage politique.

Enfin, chez les opposants aux mesures, tout particulièrement pour les représentants des fabricants de produits du tabac qui, dès 1986, sont des acteurs actifs du sous-système, l'apprentissage porte entre autres sur la nécessité de reformuler leur discours afin de tenir compte du consensus sur la létalité du tabac, sur la légitimité de l'État et sur l'objectif de réduire le tabagisme chez les jeunes. Les acteurs de l'industrie du tabac ont également intégré à leurs stratégies le fait qu'ils ne pouvaient plus autant miser sur la crédibilité dont ils jouissaient en tant qu'acteur économique.

Ceci étant dit, il faut s'interroger sur les catalyseurs de cet apprentissage. Nous en avons distingué quatre. Le premier provient des interactions (les négociations, confrontations, etc.) entre les différents acteurs de l'élite politique. La crise de la contrebande nous offre une illustration évidente de cet apprentissage alors que les antitabac se sont familiarisés avec les pratiques de l'industrie du tabac (notamment à travers leurs échanges avec des experts des stratégies de l'industrie œuvrant sur la scène fédérale), ce qui a modifié durablement leur manière de considérer la lutte contre le tabac. La crise de la contrebande figure d'ailleurs parmi les différents événements qui en frappant le sous-système politique ont eu un impact important sur le traitement de la problématique du tabac. Les événements (voir Figure 9, page 187) forment ainsi la deuxième catégorie de catalyseurs de l'apprentissage politique. Un troisième catalyseur identifié est celui engendré par les répercussions de la mise en oeuvre des décisions prises à l'égard du tabac. Les conséquences des importantes hausses de taxes des années 80 et du début des années 90, de la baisse dramatique des taxes en 1994 ainsi que des difficultés d'implantation des mesures de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* sont autant



d'exemples de répercussions qui ont influencé la manière de traiter le problème politique que constitue le tabac. Enfin, le quatrième catalyseur de cet apprentissage tient dans les expériences réalisées ailleurs au Canada ou à l'étranger et qui permettent de trouver des solutions aux problèmes associées aux mesures et de démontrer la faisabilité des solutions avancées. L'expérimentation par les États australiens d'un fonds pour financer les événements culturels et sportifs à l'aide d'une taxe sur le tabac ou par les États américains et les provinces canadiennes des interdictions de l'usage du tabac dans les lieux publics sont autant d'expériences mises à profit par les promoteurs de la loi.

Bref, si la vision du problème et de ses solutions promue par les acteurs de la coalition antitabac a réussi à subordonner en grande partie celle des opposants, c'est qu'elle s'est alimentée durant plus d'une décennie de l'expérience acquise lors des luttes contre les fabricants de produits du tabac (et ses différents alliés de circonstance), que cette vision a été en mesure de tirer profit des différents événements qui ont affecté le sous-système politique et a su se réajuster face aux expériences d'implantation de différentes mesures législatives de contrôle du tabagisme et de protection des non-fumeurs.

Mais s'il est vrai que la promotion de cette vision du problème du tabac et de ses solutions par les acteurs antitabac a joué un rôle essentiel dans l'adoption de la loi, se limiter à ces facteurs serait faire abstraction de plusieurs barrières importantes auxquels ces acteurs étaient confrontés. Il faut entre autres reconnaître que la problématique du tabac demeurait, même en 1998, une cause peu populaire à défendre. Une cause qui était toujours susceptible de mériter à ceux qui la défendaient l'épithète *d'ayatollah*. À cette époque, au Québec, en ce qui concerne le champ des politiques tabac le *statu quo* apparaissait comme la préférence des autorités politiques. C'est donc ici que l'intervention du ministre de la Santé prend toute son importance. Aux vues des hésitations et même de la résistance du Premier ministre du Québec à soumettre au vote le projet de *Loi sur le tabac*, même la simple formulation du projet de loi aurait difficilement été envisageable sans les interventions d'un acteur motivé œuvrant dans les rangs des députés. Et ceci en

dépit même du consensus que les acteurs antitabac avaient su rallier autour de leur définition du problème et de ses solutions.

Soulignons enfin un dernier élément d'explication de l'adoption de la loi, soit l'opinion largement favorable de la population à l'endroit des mesures pour réduire le tabagisme. Considérant le stigmate qui afflige tout projet de faire intervenir l'État sur la problématique du tabac, il apparaît dès lors peu probable que les députés et le Premier ministre auraient consenti à l'adoption de la loi dans un contexte où l'électorat aurait été en désaccord. Cet appui de la population était tout particulièrement critique dans le cas du fonds compensatoire pour les événements commandités par l'industrie du tabac et pour la question des restrictions sur l'usage du tabac dans les endroits publics dont les milieux de travail. Le fait que la population adulte était majoritairement composée de non-fumeurs explique probablement en partie cet appui aux mesures.

### **9.3.2 Second objectif : décrire la contribution des organisations du réseau gouvernemental de santé publique**

Cet exposé des facteurs et circonstances qui ont permis l'adoption de la *Loi sur le tabac* étant fait, nous pouvons dès lors revenir à notre second objectif qui est de décrire la contribution des organisations du réseau gouvernemental de santé publique (ORGSP) dans l'adoption de la loi. D'entrée de jeu, précisons que la loi résulte des interventions auprès des médias, des députés et autres instances d'un large groupe d'acteurs, dont plusieurs œuvrant en marge des ORGSP. Il s'agit donc ici de circonscrire les éléments plus spécifiques à la contribution des ORGSP.

De manière générale, la contribution des ORGSP se résume à la formulation d'une stratégie globale d'action, à la mobilisation et à l'affectation d'une partie substantielle des ressources totales investies par les acteurs antitabac dans la promotion de la loi. Ces ressources vont être gérées de manière à ce que leur conversion donne lieu à trois principales contributions.

Une partie des ressources des ORGSP va permettre la mise en œuvre d'un travail d'analyse politique. Ce travail principalement réalisé par la CQCT et aussi par le Com-com va avoir deux retombées. La première est qu'il va donner forme à un argumentaire propre aux acteurs et aux institutions de santé publique. Cet argumentaire, facile à s'approprier, va habiliter plusieurs représentants d'institutions et de corps professionnels du secteur de la santé à intervenir dans le débat sur la loi. Une deuxième retombée de ce travail d'analyse se concrétise par l'intervention sur des dimensions autres que sanitaires. Par exemple, le rôle de l'industrie dans la prévalence du tabagisme et ses pratiques de manipulation de l'opinion publique et des décideurs vont être étudiés. Les promoteurs de mesures antitabac pourront alors intervenir de manière à neutraliser les arguments de l'industrie notamment, sur l'inefficacité des mesures et la définition du problème du tabagisme chez les jeunes. Ce travail d'analyse va aussi donner lieu à l'élaboration d'une solution à la perte de financement des événements commandités par l'industrie du tabac en un fonds compensatoire.

Une seconde partie des ressources a permis aux promoteurs de la loi de bénéficier non seulement d'une certaine visibilité lors de leurs interventions auprès des médias, mais également d'intervenir auprès des députés et ministres. Des conférences de presse et des espaces publicitaires à la télévision et dans les journaux ont ainsi pu être achetés afin de diffuser le discours des promoteurs de la loi. La création de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac constitue un élément clé de cette stratégie d'intervention auprès des médias et députés. Au Québec, la CQCT est l'une des seules organisations, avec l'ADNF, véritablement en mesure de répliquer aux allégations de l'industrie du tabac et de dénoncer activement ses agissements. Avec la CQCT, la coalition antitabac s'est ainsi donné la capacité d'attaquer ses opposants. Ce faisant, la CQCT et l'ADNF éviteront à leurs partenaires de trop s'exposer au risque de revivre une campagne de dénigrement de leurs positions sur le tabac similaire à celle de la crise de la contrebande.

Enfin, la troisième contribution découlant de l'affectation des ressources des ORGSP à la promotion de la loi tient dans la capacité d'organisation et de coordination des interventions des différentes organisations associées à la lutte au tabagisme. Cette coordination va être importante puisqu'elle va permettre entre autres de défendre l'ensemble des mesures du projet de loi en partageant cette responsabilité entre les partenaires. Les interventions des différents organismes en faveur de la loi lors des audiences de la Commission parlementaire sont une manifestation évidente de cette coordination des efforts.

Bref, la contribution des ORGSP dans la promotion des mesures de la *Loi sur le tabac*, a été fondamentale. Il est difficile d'imaginer comment, sans cette contribution, un tel niveau de ressources financières et humaines aurait pu être mobilisé pour appuyer le ministre de la Santé et incidemment favoriser l'adoption de la loi.

« Et quand je suis tombé dans le dossier, je m'y suis impliqué avec intérêt. Donc je me suis mis à fouiller davantage, à l'approfondir et à en connaître les tenants et aboutissants comme problématique de santé [...] Et depuis le temps j'ai mis beaucoup d'heures à étudier la question en dehors même de mes heures de travail parce que je considère que c'est un très, très beau défi de santé publique. Quand on fait de la lutte au tabagisme, on fait de la santé publique ». (Propos d'un professionnel d'une ORGSP)

## Conclusion

Cette thèse vise à illustrer l'intérêt, pour la recherche et la pratique d'action publique en promotion de la santé, d'intégrer des modélisations théoriques des processus à la source de l'adoption des politiques publiques. Nous avons argumenté sur le fait que de tels modèles permettraient aux chercheurs et aux praticiens d'acquérir une vision globale des processus qui se déploient de l'élaboration de la politique publique à sa mise en œuvre et aussi des enjeux organisationnels associés à l'action publique. Comme plusieurs modèles de ce type (Hall, 1993; Kingdon, 1984; Muller, 2000; Stone, 1989) ont été développés par des politologues oeuvrant dans le champ de l'analyse politique, il nous apparaissait souhaitable que s'amorce pour l'action et l'analyse des politiques favorables à la santé un mouvement d'intégration de ces modèles et de la vision du processus politique dont ils se font porteurs.

Pour démontrer l'intérêt d'une telle intégration des enseignements de la science politique, nous avons fait appel à un cas d'adoption d'une loi, la *Loi sur le tabac* du Québec, visant à réduire le tabagisme et protéger les non-fumeurs de l'exposition à la FTE. Notre démarche s'est appuyée sur un ensemble de propositions de recherche dérivées d'un cadre conceptuel mettant de l'avant deux modélisations théoriques. Une modélisation décrivait le processus de changement des politiques publiques (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, 1999; Sabatier, 1998) alors que l'autre expliquait la structuration et la pérennité des coalitions d'acteurs (Lemieux, 1998). Guidés par Sabatier et Jenkins-Smith, nous avons porté notre analyse du processus de changement à la source de l'adoption de la *Loi sur le tabac* sur une période de

douze ans et sur un large groupe d'acteurs. Nous avons documenté le cas en recourant à plusieurs sources de données.

Pour orienter notre étude du cas de l'adoption, en 1998, de la *Loi sur le tabac* du Québec, nous nous sommes donné deux objectifs. D'une part, nous cherchions à décrire les conditions et les dynamiques en lien avec l'adoption de cette loi sachant que la production scientifique en santé publique souligne les difficultés inhérentes à l'obtention de ce type de gains pour les promoteurs de politiques en matière de santé. D'autre part, il s'agissait d'analyser la contribution des organisations du réseau gouvernemental de santé publique du Québec au sein des processus ayant donné lieu à cette adoption. La formulation de ces objectifs nous assurait également de tirer des enseignements utiles pour la pratique en réduction du tabagisme, au Québec et ailleurs.

### ***Résultats de l'étude du cas de l'adoption de la Loi sur le tabac***

Les résultats de cette étude de cas indiquent que l'adoption de la *Loi sur le tabac* procède de plusieurs causes. Au niveau de la contribution des acteurs promouvant les mesures antitabac, deux groupes se démarquent. D'abord, relevons le rôle central joué par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'élaboration de la loi ainsi que dans sa promotion auprès des décideurs de la sphère politique. La nomination de cet acteur à la tête du ministère de la Santé a constitué une condition *sine qua non* à l'adoption de la loi dans sa forme finale, c'est-à-dire une loi globale touchant non seulement aux usages du tabac et à la vente de tabac aux mineurs, mais aussi à la promotion et à la composition du tabac. Cette nomination, bien que déterminante dans l'adoption de la loi, ne constituait pas une condition suffisante. Pour être adoptée, la loi a nécessité l'intervention des acteurs gouvernementaux, para-gouvernementaux et des ONG de la coalition antitabac et la stratégie mise en place par le Conseil des directeurs et ses alliés. Ces actions se sont avérées cruciales car elles ont permis de (1) modifier l'environnement médiatique dans lequel s'inscrivait le processus législatif, c'est-à-dire, la perception et le traitement

du problème par les journalistes, (2) de formuler une solution aux impacts attendus de la mesure d'interdiction de la commandite des événements culturels et sportifs par l'industrie du tabac et (3) de démontrer l'appui de la population, des professionnels et des établissements de la santé au projet de loi.

Nous avons également vu que les acteurs de cette large coalition antitabac se distinguaient par leur marge de manœuvre perçue. Cette marge de manœuvre se manifestait dans la nature des dimensions du problème et de ses solutions qu'ils estimaient être en mesure d'aborder sans pour cela s'exposer (ou exposer leur organisation) à des conséquences négatives. Certains acteurs se sont ainsi confinés à des interventions centrées sur la dimension sanitaire de la problématique du tabac alors que d'autres, se sont permis d'intervenir sur d'autres dimensions; notamment l'influence de l'industrie sur la prévalence du tabagisme. En s'alliant, les directeurs de la santé publique ont été en mesure d'accroître leur marge de manœuvre en finançant des véhicules pour leurs actions (la CQCT, le Mouvement pour un Fonds québécois pour la culture, le sport et la santé). Ces véhicules ont permis d'intervenir sur des dimensions du problème du tabac, telles la survie des événements commandités et autres enjeux exclusivement économiques, que les autorités des directions de la santé publique jugeaient difficiles d'aborder en tant qu'acteur du réseau gouvernemental de santé publique.

Mais au-delà des actions des acteurs de la coalition antitabac, nous avons démontré que l'analyse de l'adoption de la *Loi sur le tabac* devait tenir compte de différents événements. Ces événements sont centraux puisqu'ils ont permis à la coalition antitabac d'augmenter ses ressources, ses connaissances et habiletés et de jouir d'occasions de mettre de l'avant un ensemble de mesures. Nous avons aussi identifié des éléments paramétriques stables dans le temps encadrant les discours et actions des acteurs du sous-système tabac. La reconnaissance de la létalité du tabac et de la légitimité de l'intervention de l'État comptent parmi ces paramètres. La plupart de ces éléments ont avantagé les promoteurs de mesures antitabac au détriment de leurs opposants.

Enfin, nos résultats ont fait ressortir le rôle central joué par les organisations du réseau gouvernemental québécois de santé publique dans les interventions pour favoriser l'adoption de la *Loi sur le tabac*. Il apparaît que ces organisations ont non seulement mis en œuvre des stratégies d'action publique et rendu accessibles des ressources cruciales pour promouvoir la loi, mais elles ont aussi habilité un ensemble d'acteurs à intervenir tant sur les dimensions sanitaires du dossier que sur d'autres dimensions soulevées lors du processus législatif.

### ***Quelques enseignements tirés du cas de la Loi sur le tabac***

À la question : qu'est-ce que cette étude apprend à la santé publique? Nous répondons que le cas de l'adoption de la *Loi sur le tabac* du Québec illustre bien la complexité du processus sous-jacent à l'adoption de mesures de réduction du tabagisme et de protection des non-fumeurs. Cette complexité est d'autant plus grande que le processus peut, comme l'illustre cette étude, se dérouler sur plusieurs années. À cet effet, il est fort instructif de voir que la mise en place de certaines des conditions nécessaires à l'intervention des organisations du réseau gouvernemental de santé publique remonte à aussi loin que 1986, soit douze années avant l'adoption de la loi.

Une caractéristique saillante du cas étudié tient dans le rôle central joué par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Un rôle qui lui confère plusieurs attributs du *policy entrepreneur* étudié par les politologues (Kingdon, 1984; Lemieux, 1994; Mintrom, 1997; Mintrom & Vergari, 1996; True, Jones & Baumgartner, 1999). Par exemple, son rôle dans l'identification et la mise à l'agenda politique du problème et le fait qu'il ait persévéré malgré la levée de boucliers que suscitait son projet de loi. Ainsi, le ministre a su profiter de l'occasion offerte par le dénouement de la crise de la contrebande pour promouvoir et faire adopter un train de mesures. Considérant la résistance dont a fait preuve le cabinet du Premier ministre à l'égard du projet de loi, il apparaît improbable qu'un acteur agissant hors du Conseil des ministres aurait pu amener le gouvernement à se doter d'une loi aussi globale par la diversité de ses mesures. Tout au plus, les



interventions des acteurs antitabac à l'extérieur de la sphère politique auraient pu encourager un ministre à faire adopter, comme prévu dans le *Plan d'action de lutte au tabagisme* de 1994 (Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux, 1994), une mesure interdisant la vente de tabac aux mineurs.

Il n'est pas sans intérêt de constater que l'appartenance à la coalition plaidante antitabac n'épousait pas chez les députés les contours d'appartenance imposés par les partis politiques. Le parti au pouvoir tout comme le parti de l'Opposition comptaient des députés en faveur des mesures du projet de loi. Une observation qui va dans le sens de celle formulée par Hecló (1974) dans son analyse comparée de l'évolution des politiques sociales de la Grande Bretagne et de la Suède. Pour la pratique en santé publique, cette observation montre qu'il est possible d'intervenir sur une politique tabac en obtenant l'appui des députés de différents partis politiques. Au Québec, le fait d'avoir amené le débat sur la question de la protection de la santé des jeunes a permis de rallier tous les partis vers cet objectif plaçant ainsi le problème du tabac au-dessus des intérêts partisans.

Le cas à l'étude illustre également l'importance d'opposer à l'industrie du tabac et à ses alliés une large coalition d'acteurs, un constat qui va dans le sens de ce que l'on retrouve dans la littérature (Balbach & Glantz, 1998; Cady, 1998; Nathanson, 1999). La diversité et la taille de la coalition apparaissent des caractéristiques importantes, surtout dans le contexte d'une loi comportant une grande variété de mesures. La diversité des acteurs de la coalition antitabac a permis une certaine spécialisation chez ceux-ci et ainsi d'intervenir sur l'ensemble des dimensions du problème et de ses solutions. Outre la taille et la diversité de la coalition, le cas du Québec confirme la lecture de plusieurs chercheurs (Balbach, Traynor & Glantz, 2000; Givel & Glantz, 2000a; Givel & Glantz, 2001; Ibrahim, Tsoukalas & Glantz, 2004; Tsoukalas & Glantz, 2003b) sur la nécessité de contester les allégations de l'industrie du tabac et de dénoncer ses comportements passés. Cette stratégie a joué un rôle important dans la neutralisation des arguments des opposants et a aussi contribué à limiter la capacité des fabricants de produits du tabac à recruter des alliés pour diffuser leur vision du problème et de ses solutions. Il faut dire aussi

que de manière générale, les opposants aux différentes mesures du projet de loi évoluaient dans un contexte difficile. Ces opposants ne disposaient pas d'un niveau de cohésion et d'organisation aussi élevé que celui des promoteurs des mesures. Qui plus est, ils ont dû formuler leurs objections tout en renonçant en général à contester l'objectif de santé publique porteur des mesures et tout en faisant face à un large consensus, tant chez les journalistes et députés, sur la nécessité de trouver une solution à l'augmentation du tabagisme chez les jeunes.

Un autre enseignement important à retenir de cette étude est que le défi principal des promoteurs de la loi n'était pas de convaincre de la létalité du tabac pour les fumeurs et les non-fumeurs. En cela, notre examen du traitement de la problématique du tabac sur une période de douze années montre bien qu'il n'y a pas eu de changements majeurs chez les acteurs ou au sein de la population quant à la sensibilisation à la létalité du tabac. Le défi résidait plutôt dans la persuasion des acteurs du sous-système à l'effet qu'il est possible de concilier les mesures du projet de loi avec les autres valeurs et priorités de la société. À cet égard, il est particulièrement intéressant de constater qu'au Québec, la plupart des mesures ponctuent déjà les discours des différents acteurs de l'élite politique dès 1986 et même avant. L'évolution de la politique tabac ne tient donc pas tant dans la découverte de nouveaux instruments politiques pour réduire le tabagisme ou protéger les non-fumeurs – on n'innove pas – mais plutôt dans l'évolution des perceptions de ce qui est applicable ou ne l'est pas. Au Québec, en 1998, on dispose d'un exemple australien d'application d'un fonds compensatoire pour la perte par les événements culturels et sportifs de la commandite de l'industrie (Chapman & Wakefield, 2001). Les promoteurs de mesures antitabac peuvent aussi s'appuyer sur les multiples exemples de mise en œuvre de mesures de protections des non-fumeurs au Canada et aux États-Unis. À ces expériences d'application, s'ajoute également une étude des impacts économiques de la loi qui désamorce les pronostics les plus sombres. Soit autant d'éléments qui ont contribué à faire évoluer les perceptions d'une majorité d'acteurs à l'effet que les mesures contenues dans la *Loi sur le tabac* étaient applicables.

Il a fallu aussi que les promoteurs oeuvrent à prévenir un glissement du débat vers des préoccupations autres que celles en lien avec les objectifs sanitaires, une stratégie de l'industrie du tabac documentée ailleurs (Givel & Glantz, 2001; Menashe & Siegel, 1998; Tsoukalas & Glantz, 2003b). Ce n'est probablement pas un hasard si la loi a été déposée après qu'eut été acceptée par le ministre des Finances une solution pour prévenir la disparition des événements culturels et sportifs advenant l'interdiction de la commandite. Cette solution trouvée, les préoccupations à l'égard de la santé ont pu reprendre le devant de la scène. Les promoteurs de mesures de réduction du tabagisme ont donc été amenés à livrer deux batailles simultanées l'une, comme nous venons de le mentionner, pour que les préoccupations sanitaires occupent une place centrale dans le débat, l'autre, pour neutraliser les éléments non-sanitaires avancés par les opposants. Car au Québec, que ce soit en 1993, lors de la crise de la contrebande, ou en 1998, des préoccupations en lien avec la justice, le rayonnement des athlètes du Québec et autres rivalisent efficacement avec les préoccupations sanitaires.

En somme, alors que la littérature en tabac accorde encore trop peu de place à la question des valeurs et des préoccupations autres que la santé chez les décideurs (Cohen, *et al.*, 2000; Flynn, *et al.*, 1998; Nathanson, 1999), il est clair que la question des impacts économiques d'une mesure est toujours susceptible d'être posée et que la laisser sans réponse implique de s'exposer à un risque substantiel d'échec (Tsoukalas & Glantz, 2003b). Au Québec, parce que les représentants des organisations du réseau gouvernemental de santé publique ne considéraient pas détenir la légitimité pour intervenir sur cette question, ils se sont donnés les moyens de le faire en mettant sur pied une capacité d'intervention, par la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, détachée du réseau de la santé.

Autre leçon fondamentale à retenir du cas du Québec est qu'il est possible pour les ORGSP d'influencer le processus d'élaboration de politiques publiques et cela malgré leur appartenance à la structure de l'appareil d'État. En fait, cette implication est non seulement possible, mais elle s'est avérée essentielle dans le contexte du Québec. Notre examen de douze années d'interventions dans les

journaux sur la problématique du tabac montre en effet que ces interventions étaient presque exclusivement le fait d'acteurs du secteur de la santé, oeuvrant dans les ORGSP ou dans d'autres organisations. Ce qui nous fait dire que sans l'implication des acteurs de ce secteur, le dossier aurait rarement figuré au nombre des préoccupations amenées sur la place publique.

Pourtant, comme nous l'avons vu, la littérature en tabac compte peu de cas où les ORGSP ont joué un rôle aussi central dans les stratégies pour favoriser l'adoption de mesures législatives. Cette situation s'explique à la base par le fait qu'au Québec, les ORGSP sont intervenues avec le consentement implicite du ministre de la Santé et probablement même d'une majorité des députés. Une situation qui contraste fortement avec les cas où les changements de lois sont imposés aux décideurs par le biais d'initiatives populaires comme se fut le cas en Californie et dans d'autres États pour augmenter le niveau de taxes perçus sur les cigarettes (Cady, 1998; Heiser & Begay, 1997; Nicholl, 1998; Traynor & Glantz, 1996). Un autre élément d'explication à cette implication des ORGSP est donné par la relative autonomie dont jouissaient les autorités sanitaires des 18 régions; une autonomie qui leur a permis d'agir sans que le ministre ait à répondre de leurs initiatives. À ces éléments d'explication, il faut également ajouter le fait que la coalition stratégique des directeurs de la santé publique disposait d'un niveau de financement appréciable grâce à l'enveloppe du *Plan d'action de lutte au tabagisme*. Pour compenser l'absence d'un tel fonds dédié spécifiquement à la lutte contre le tabac, des négociations, à l'issue plutôt incertaine, aurait dû être amorcées avec les directions générales des régies régionales.

Chose certaine et nonobstant ces facteurs facilitants, le cas du Québec témoigne du mérite d'une stratégie de mise en commun des ressources pour augmenter la capacité d'intervention des ORGSP auprès des acteurs de l'élite politique afin de transmettre leur vision des problèmes et des solutions en lien avec différents enjeux de santé publique.

À l'exemple du cas du Québec, une telle intervention des ORGSP doit toutefois s'appuyer sur une bonne capacité d'analyse des politiques publiques. Cette capacité, défendue par Nathan (2002), permettrait d'identifier dès le départ les principaux éléments de la vision des problèmes et des solutions promue par les différents intervenants dans le débat et de tirer des enseignements des expériences domestiques ou étrangères d'interventions gouvernementales. Le Conseil des directeurs de santé publique s'est donné cette capacité en dégagant des professionnels pour leur permettre d'élaborer et d'implanter les stratégies de la CQCT et plus tard du Com-com. Ces équipes ont ainsi fait le monitoring des interventions des opposants aux mesures et réagi lorsque nécessaire pour en neutraliser les impacts.

Toutefois, pour être efficace, cette capacité d'analyse des politiques publiques devrait être logée de manière permanente dans les structures de fonctionnement d'un système de santé publique. L'intégration d'une telle capacité serait d'autant plus pertinente dans un contexte où les acteurs de ce système apparaissent, comme ce fut le cas pour le tabac, à peu près les seuls à défendre ou à aborder les dimensions sanitaires d'une problématique donnée. Au vue de la situation qui régnait en 1998 au Québec, il était clairement souhaitable qu'une telle capacité d'analyse des politiques tabac demeure ne serait-ce que pour garantir la mise en oeuvre des mesures et aussi parce que l'effet de ces mesures sur la prévalence du tabagisme n'est pas totalement prévisible et pourrait éventuellement susciter d'autres débats (par exemple l'interdiction de la commandite du tabac). Par ailleurs, si les ORGSP souhaitent véritablement l'intervention du gouvernement sur la composition du produit, il faudrait pour cela que les tenants et les aboutissants de cette mesure soient davantage explorés et clarifiés afin que les autres acteurs de l'élite politique (journalistes, député, etc.) soient en mesure de l'intégrer à leur propre vision du problème et des solutions.

### ***L'apport des modèles de l'analyse politique***

À un niveau théorique, l'application d'un appareil conceptuel fondé sur les travaux respectifs de Sabatier et Jenkins-Smith et de Lemieux est fort concluante. L'analyse du cas du Québec fait ressortir un processus qui s'apparente à la modélisation du processus de changement de politique publique de Sabatier et Jenkins-Smith. Ce modèle apparaît utile, à la fois pour identifier les éléments clés et pour décoder les processus en jeu. Signalons toutefois que la perspective sur douze ans employée pour analyser l'évolution de la politique tabac du Québec s'est avérée tout juste suffisante. La suggestion de ces auteurs de se donner une perspective d'au moins une décennie apparaît donc une condition minimale à l'examen d'un sous-système. Dans le cas du Québec, en prenant pour point de départ l'année 1988, nous n'aurions pas pu recueillir certains éléments clés des discours entourant l'adoption en 1986 de la LPNF et qui ont contribué à enrichir notre compréhension de l'évolution de la politique tabac.

Ce cas est également fort instructif en ce qui a trait au processus d'apprentissage politique qui prend place au sein de l'élite des acteurs de la politique tabac. Tout comme l'a observé Hall (1993) dans son étude de l'évolution de la politique macro-économique de la Grande Bretagne, ce processus implique un large groupe d'acteurs. Nous avons relevé des manifestations de cet apprentissage dans à peu près toutes les catégories d'acteurs qu'ils soient journalistes, députés ou professionnels d'ORGSP.

Pour ce qui est de la théorisation de Lemieux, d'entrée de jeu, il faut dire que le cas de l'adoption de la *Loi sur le tabac* n'a pas permis d'en explorer toutes les facettes. La raison principale en est qu'il y a eu très peu de négociations sur le partage des coûts et bénéfices entre les membres de la coalition stratégique des directeurs de la santé publique. La modalité de fixation des coûts pour chacune des DSP, s'est fait selon une pratique courante d'allocation des budgets aux régions sanitaires au *pro rata* de leur population respective (une modalité également adoptée pour la distribution de l'enveloppe annuelle du *Plan d'action de lutte au tabagisme*).

Quant aux bénéfiques recherchés, nous n'avons pas été en mesure d'identifier d'autres gains que celui commun à tous soit l'amélioration de la santé publique. Ceci n'a rien pour étonner considérant la forte homogénéité de la composition de la coalition stratégique des directeurs de santé publique. Par ailleurs, alors que dans le cadre d'une coalition comme celle à la base de la Proposition 99 de Californie (Traynor & Glantz, 1996), les coalisés ont dû négocier entre eux les éléments soumis à l'initiative référendaire (par exemple, l'allocation éventuelle des revenus de taxes dans les différents postes budgétaires de l'État); au Québec, les coalisés poursuivaient un bénéfice, c'est-à-dire une loi, dont la formulation leur échappait pour l'essentiel. Rappelons en effet que c'est principalement le ministre de la Santé et ses fonctionnaires du ministère qui étaient les maîtres d'œuvre de cette loi. Bref, un tel contexte, a probablement contribué à prévenir les conflits au sein de la coalition.

Mais à la lumière des autres facettes de la théorisation de Lemieux, il apparaît clair que celle-ci s'est avérée fort précieuse. Cette modélisation, nous a conféré la perspective nécessaire pour appréhender les contraintes auxquelles étaient confrontés les coalisés, analyser l'enjeu des ressources requises pour prétendre avoir un impact sur le dénouement de l'initiative législative du ministre de la Santé et apprécier les mécanismes adoptés pour protéger la coalition et le ministre des attaques des opposants aux mesures.

Mais c'est véritablement la combinaison de ces deux modélisations qui confère à cette recherche son caractère original. Nous sommes ainsi parvenu à tenir compte à la fois du processus à long terme de changement de politique tabac, dont l'adoption de la loi de 1998 n'est qu'une manifestation, et d'un processus décisionnel à court terme fondé sur des exigences et contingences liées à une stratégie visant un gain précis, c'est-à-dire la loi. Le seul recours au modèle des coalitions plaidantes pour expliquer l'adoption de la loi nous aurait confiné à des généralités alors que le seul recours à la théorisation de la structuration des coalitions de Lemieux nous aurait empêché de saisir véritablement les opportunités et contraintes engendrées par plusieurs années d'évolution de la politique tabac.

En somme, notre démarche se distingue avantageusement des récits a-théoriques d'actions publiques centrés sur les interventions que l'on retrouve dans la littérature tabac (Cady, 1998; Heiser & Begay, 1997; Macdonald & Glantz, 1997; Traynor & Glantz, 1996) et des travaux quantitatifs (Asbridge, 2004) ou qualitatifs (Austin-Lane, Girasek & Barbour, 2004) se limitant à l'énumération d'une série de facteurs d'échec et de succès. Par la perspective temporelle adoptée et la prise en compte des événements et de l'évolution des normes et valeurs, notre approche s'avère davantage en mesure de saisir les conditions et les dynamiques à la base de l'adoption de mesures législatives.

### ***Les limites de la démarche***

Certains éléments ont contribué à limiter la portée de nos résultats. Parmi ceux-ci, certains découlent du type et de la qualité des données analysées. Nous avons dû, pour des raisons de faisabilité et de ressources disponibles, privilégier certaines sources de données au détriment d'autres. Par exemple, nous nous sommes limité à examiner le traitement médiatique accordé à la problématique du tabac uniquement par l'entremise de quatre quotidiens, négligeant ainsi sciemment les médias électroniques tels les chaînes radio et télé. Nous avons aussi fait des choix méthodologiques qui nous ont conduit à négliger l'interprétation que donnent à leurs choix et préférences les opposants aux mesures pour nous restreindre uniquement à leurs interventions et à la présentation de leurs positions dans les médias et autres documents écrits.

La collecte des données plus de cinq ans après l'adoption de la *Loi sur le tabac* a posé un défi de taille à nos répondants qui, malgré toute leur bonne volonté, ont parfois avoué peiner à se souvenir du détail des événements et la base factuelle sur laquelle se sont fondé leurs choix et préférences. Il est clair qu'une telle étude aurait pu bénéficier des conditions de réalisation qu'offre une collecte de données réalisée en temps réel, c'est-à-dire, alors que les acteurs sont encore plongés dans l'action pour faire adopter la loi. Cette remarque ne remet cependant pas en question l'importance de se donner une perspective de l'évolution de la politique



sur au moins une décennie. Nous nous sommes donné ce recul en analysant le cas de la politique tabac du Québec de 1986 à 1998.

À ce biais de mémoire de nos répondants, il faut aussi ajouter certaines difficultés à obtenir les informations recherchées en raison de la résistance de certains d'entre eux. Comme nous l'avons signalé en introduction, cette résistance est principalement attribuable au contexte de changement du gouvernement provincial. Il apparaissait en effet risqué, aux yeux de certains acteurs antitabac, de livrer leur stratégie de lutte alors que le nouveau gouvernement en place leur semblait plus sensible aux positions défendues par les représentants de l'industrie du tabac. Comme cette crainte n'était pas partagée par tous les répondants, nous avons tout de même eu accès à une documentation riche sur les stratégies des ORGSP mais dont l'utilisation et la diffusion ont été l'objet de plusieurs discussions afin de ne pas causer de préjudices à nos répondants et à leurs organisations.

Une autre limite importante et encore une fois dictée par nos contraintes en ressources tient dans notre délimitation dans le temps du processus de changement de la politique tabac; une délimitation qui exclut la période de mise en œuvre des mesures de la *Loi sur le tabac*. Une conséquence de ce choix est que nos résultats peuvent avoir sous-estimé le rôle et l'influence du personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le sous-système tabac. Nous nous coupons aussi d'une occasion de mieux saisir l'ampleur des gains réalisés par la coalition plaidante antitabac. Il est en effet toujours possible que l'industrie du tabac ou d'autres opposants à la loi puissent contrecarrer la mise en œuvre des mesures, une stratégie documentée à plusieurs reprises (Balbach, Traynor & Glantz, 2000; Givel & Glantz, 2001; Ibrahim, Tsoukalas & Glantz, 2004; Jacobson & Wasserman, 1999; Tsoukalas & Glantz, 2003b).

Cela dit, selon les informations dont nous disposons aujourd'hui, il ne semble pas que l'industrie ait depuis réalisé des gains tangibles susceptibles de compromettre la mise en œuvre des mesures, notamment en ce qui à trait à la promotion du tabac alors que la publicité de commandite a pour ainsi dire disparu du paysage

québécois. En fait, la victoire de la coalition antitabac apparaît aujourd'hui encore plus grande que ce qu'il aurait été possible d'anticiper en 1998. L'évolution de la taxation du tabac en est un exemple probant puisqu'en 2002, grâce aux hausses combinées de taxes des deux paliers de gouvernement, le prix de détail du tabac a franchi le cap de ce qu'il était à la veille de la baisse des taxes de 1994 (Lessard, 2002).

De plus, l'adoption des révisions à la *Loi sur le tabac* sous le parrainage de l'actuel ministre de la Santé (Gouvernement du Québec, 2005) se soldera dès mai 2006 par l'interdiction de fumer dans la plupart des lieux jusqu'ici exemptés ce qui inclut les restaurants, bars, tavernes et salles de bingo (Province de Québec, 2005), soit une situation conforme à l'expansion, constatée de 1986 à 1998, de la définition du lieu public. Il semble donc que notre lecture de la situation de 1998 s'applique dans les grandes lignes à la période de la mise en oeuvre et tendrait même à sous-estimer la domination relative de la coalition antitabac sur les orientations du sous-système.

Enfin, bien que notre approche, basée sur la formulation d'une série de propositions de recherche, se soit avérée non seulement profitable mais aussi suffisamment souple pour identifier des facteurs inattendus au départ (par exemple l'impact du jugement de la Cour suprême du Canada), il est permis d'envisager que certains facteurs de changement ont pu être négligés. Par exemple, des aspects liés à la nature du régime parlementaire québécois, aux relations fédérales-provinciales ou à l'influence des expériences de l'application des mesures au niveau fédéral et municipal n'ont pas été examinés dans cette étude.

Cela dit, nous sommes convaincus, malgré les limites inhérentes à notre approche et au contexte de réalisation de cette étude, que les résultats présentés dans cette thèse sont robustes. Cette conviction s'appuie sur un travail rigoureux de triangulation des données et sur un processus de validation des résultats qui nous confère une certaine assurance quant à l'absence de faits erronés et de déductions ou inductions outrancières. Soulignons d'ailleurs que le travail de validation nous a permis d'affiner davantage certains aspects par l'apport de nouvelles données qui

nous avaient échappées. Force nous est toutefois d'admettre que, faute de moyens suffisants, nous n'avons pu mettre en branle une procédure de double codage des données, c'est-à-dire impliquant deux codeurs, ce qui aurait maximisé encore davantage la qualité de la démarche suivie.

Concluons en soulignant l'intérêt pour la pratique en santé publique d'une démarche analytique fondée sur une modélisation du processus de changement des politiques publiques et de la structuration des coalitions. Il est clair qu'il s'agit d'un premier pas qui ne peut qu'inciter les chercheurs en santé publique à s'intéresser aux modélisations disponibles des processus en cause dans l'adoption des lois et plus largement dans le changement des politiques publiques. Il est essentiel que d'autres cas d'actions sur la sphère politique et plus largement sur le sous-système d'une politique donnée soient documentés, cela afin non seulement d'enrichir nos modèles et nos pratiques mais aussi pour mieux cerner les spécificités de chacune des expériences et en tirer des leçons générales pour la santé publique et la promotion de la santé.

## Références

Alexander DL, Cohen JE, Ferrence RG, Ashley MJ, Northrup DA, Pollard JS. Tobacco Industry Campaign Contributions in Ontario, 1990-1995. *Canadian Journal of Public Health*. 1997;88:230-231.

Andersen BS, Begay ME, Lawson CB. Breaking the alliance: Defeating the tobacco industry's allies and enacting youth access restrictions in Massachusetts. *American Journal of Public Health*. 2003;93(11):1922-1928.

Anderson J. *Public Policymaking: An Introduction*. 4th ed. Boston: Houghton-Mifflin; 1990.

Anonyme. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General: executive summary. *Morbidity and mortality weekly report*. 2000;49(16):1-27.

Anonyme. Govt changes anti-smoking moves. *nzoom.com [cité par Globalink News & Information]*. 10-09. Accédé à: [http://onenews.nzoom.com/onenews\\_detail/0,1227,227351-1-8,00.html](http://onenews.nzoom.com/onenews_detail/0,1227,227351-1-8,00.html) le 10-09, 2003.

Anonyme. Minister to question officials over anti-smoking lobbying. *Stuff [cité par Globalink News & Information]*. 10-09. Accédé à: <http://www.stuff.co.nz/stuff/0,2106,2686227a6160.00.html> le 10-09, 2003.

Asbridge M. Public place restrictions on smoking in Canada: assessing the role of the state, media, science and public health advocacy. *Social Science & Medicine*. 2004;58(1):13-24.

Ashby WR. *Introduction à la cybernétique*. Paris: Dunod; 1958.

Austin-Lane J, Girasek DC, Barbour GL. A qualitative study of post-settlement influences on state tobacco control funding. *Health Promotion Practice*. 2004;5(3 supp):46S-56S.

Badovinac K. Policy advocacy for public health practitioners: workshops on policy change. *Public Health Nursing*. 1997;14(5):280-285.

Bal DG, Kizer KW, Felten PG, Mozar HN, Niemeyer D. Reducing tobacco consumption in California. Development of a statewide anti-tobacco use campaign. *Journal of the American Medical Association*. 1990;264(12):1570-1574.

Balbach ED, Glantz SA. Tobacco Control Advocates must Demand High-quality Media Campaigns: the California Experience. *Tobacco Control*. 1998;7(4):397-408.

Balbach ED, Traynor MP, Glantz SA. The implementation of California's tobacco tax initiative: the critical role of outsider strategies in protecting Proposition 99. *Journal of Health Politics, Policy & Law*. 2000;25(4):689-715.

Baum F, Sanders D. Can health promotion and primary health care achieve health for all without a return to their more radical agenda? *Health Promotion International*. 1995;10(2):149-160.

Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet*. 2004;363(9426):2084-2086.

Becker MH. The tyranny of health promotion. *Public Health Reviews*. 1986;14(1):15-23.

Begay ME, Glantz SA. Question 1 tobacco education expenditures in Massachusetts, USA. *Tobacco Control*. 1997;6(3):213-218.

Bennett C, Howlett M. The lessons of learning: reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy sciences*. 1992;25:275-294.

Bergeron H, Surel Y, Valluy J. L'Advocacy Coalition Framework. *Politix*. 1998(41):195-223.

Bero LA, Montini T, Bryan-Jones K, Mangurian C. Science in regulatory policy making: case studies in the development of workplace smoking restrictions. *Tobacco Control*. 2001;10(4):329-336.

Bialous SA, Fox BJ, Glantz SA. Tobacco industry allegations of "illegal lobbying" and state tobacco control. *American Journal of Public Health*. 2001;91(1):62-67.

Bleakley A, Ellis JA. A Role for Public Health Research in Shaping Adolescent Health Policy. *American Journal of Public Health*. 2003;93(11):1801-1802.

Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*. 1997;92(11):1427-1435.

Breslow L. Musings on sixty years in public health. *Annual Review of Public Health*. 1998;19(1):1-15.

Brigden LP, Peck SH, Coy P. The development and implementation of a revised municipal bylaw to control environmental tobacco smoke. *Canadian Journal of Public Health*. 1993;84(2):118-121.

Brown ER. 1996 Presidential Address. Leadership to meet the challenges to the public's health. *American Journal of Public Health*. 1997;87(4):554-557.

Brownson RC, Eriksen MP, Davis RM, Warner KE. Environmental tobacco smoke: health effects and policies to reduce exposure. *Annual Review of Public Health*. 1997;18:163-185.

Brownson RC, Newschaffer CJ, Ali-Abarghoui F. Policy Research for Disease Prevention: Challenges and Practical Recommendations. *American Journal of Public Health*. 1997;87:735-739.

Bryant T. Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*. 2002;17(1):89-98.

Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation, and planning. *Health Education Quarterly*. 1996;23(1):65-79.

Butterfoss FD, Morrow AL, Rosenthal J, *et al*. CINCH: an urban coalition for empowerment and action. *Health Education & Behavior*. 1998;25(2):212-225.

Cady B. History of Successful Ballot Initiatives - Massachusetts. *Cancer*. 1998;83:2685-2689.

Caira NM, Lachenmayr S, Sheinfeld J, Goodhart FW, Cancialosi L, Lewis C. The health educator's role in advocacy and policy: principles, processes, programs, and partnerships. *Health Promotion Practice*. 2003;4(3):303-313.

CEDROM Technologies. *Periodisc La Presse (1985-1991)*. Montréal: CEDROM Technologies; 1991.

Chapman S, Dominello A. A strategy for increasing news media coverage of tobacco and health in Australia. *Health Promotion International*. 2001;16(2):137-143.

Chapman S, Wakefield M. Tobacco control advocacy in Australia: Reflections on 30 years of progress. *Health Education and Behavior*. 2001;28(3):274-289.

Christoffel KK. Public health advocacy: process and product. *American Journal of Public Health*. 2000;90(5):722-726.

Cohen JE, de Guia NA, Ashley MJ, Ferrence R, Northrup DA, Studlar DT. Predictors of Canadian legislators' support for tobacco control policies. *Social Science & Medicine*. 2002;55(6):1069-1076.

Cohen JE, Milio N, Rozier RG, Ferrence R, Ashley MJ, Goldstein AO. Political ideology and tobacco control. *Tobacco Control*. 2000;9(3):263-267.

Curtis S, Taket AR. *Health and societies : changing perspectives*. London ; New York: Edward Arnold; 1996.

de Guia NA, Cohen JE, Ashley MJ, Ferrence R, Northrup DA, Pollard JS. How Provincial and Territorial Legislators View Tobacco and Tobacco Control: Findings from a Canadian Study. *Chronic Diseases in Canada*. 1998;19:57-61.

de Guia NA, Cohen JE, Ashley MJ, *et al*. Dimensions underlying legislator support for tobacco control policies. *Tobacco Control*. 2003;12(2):133-139.

de Leeuw E. Policy Research: Development Process Determines Success. *American Journal of Public Health*. 1998;88:838-839.

de Leeuw E. Investigating policy networks for health: theory and method in a larger organizational perspective. *WHO Regional Publications. European Series*. 2001;92:185-206.

de Leeuw E, Polman L. Health policy making: the Dutch experience. *Social Science & Medicine*. 1995;40(3):331-338.

- Delaney FG. Muddling through the middle ground: theoretical concerns in intersectoral collaboration and health promotion. *Health Promotion International*. 1994;9(3):217-225.
- deLeon P. The Stages Approach to the Policy Process: What Has it Done? Where is it Going? In: Sabatier PA, ed. *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO: Westview; 1999:19-34.
- Dievler A, Cassady C. Politics and Policy Making. *American Journal of Public Health*. 1998;88:839-839.
- Drope J, Glantz S. British Columbia capital regional district 100% smokefree bylaw: a successful public health campaign despite industry opposition. *Tobacco Control*. 2003;12(3):264-268.
- Dye TR. *Understanding public policy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1972.
- Ellison BA. Intergovernmental relations and the advocacy coalition framework: The operation of federalism in Denver water politics. *Publius-the Journal of Federalism*. 1998;28(4):35-54.
- Farrelly MC, Evans WN, Sfekas AES. The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tobacco Control*. 1999;8(3):272-277.
- Fenger M, Klok P-J. Interdependency, beliefs, and coalition behavior: A contribution to the advocacy coalition framework. *Policy sciences*. 2001;34(2):157-170.
- Fleischer PM, Leroux J, Mee CG. Public support for a 100% smoke-free by-law in Scarborough. *Canadian Journal of Public Health*. 1996;87(3):170-171.
- Florin D. Influencing national policy; public health medicine and coronary heart disease prevention by general practitioners. *Journal of Public Health Medicine*. 1998;20(1):80-85.
- Flynn BS, Goldstein AO, Solomon LJ, et al. Predictors of state legislators' intentions to vote for cigarette tax increases. *Preventive Medicine*. 1998;27(2):157-165.
- Forest P-G. *Six leçons sur l'analyse normative des politiques sociales*. Bordeaux: Institut d'Études Politiques de Bordeaux; 1997. 3.
- Frattoni S. Grassroots advocacy for gun violence prevention: a status report on mobilizing a movement. *Journal of Public Health Policy*. 2003;24(3-4):332-354.
- Freedman D. From Association to Causation: Some Remarks on the History of Statistics. *Statistical Science*. 1999;14:243-258.
- Galer-Unti RA, Miller SM, Tappe MK. A content analysis of the CNHEO journals for policy and advocacy articles: 1991-2000. *Journal of Health Education*. 2004;35(1):30-36.

Gamson WA. A Theory of Coalition Formation. *American Sociological Review*. 1961;26(3):373-382.

Garner DW. Banning tobacco billboards: The case for municipal action. *Journal of the American Medical Association*. 1996;275(16):1263-1269.

Geller AL. Going public. Smart Growth: a prescription for livable cities. *American Journal of Public Health*. 2003;93(9):1410-1415.

Gerston LN. *Public policy making : process and principles*. Armonk, N.Y.: M.E. Sharpe; 1997.

Gibson B. Suggestions for the Creation and Implementation of Tobacco Policy. *Journal of Social Issues*. 1997;53:187-192.

Giles-Corti B, Wood L, Donovan R, M. R, Saunders J, Mills C. Opportunities and challenges for promoting health in a changing world. *Health Promotion Journal of Australia*. 2004;15(1):17-23.

Givel MS, Glantz SA. Failure to defend a successful state tobacco control program: policy lessons from Florida. *American Journal of Public Health*. 2000a;90(5):762-767.

Givel MS, Glantz SA. Tobacco control and direct democracy in Dade County, Florida: future implications for health advocates. *Journal of Public Health Policy*. 2000b;21(3):268-295.

Givel MS, Glantz SA. Tobacco lobby political influence on US state legislatures in the 1990s. *Tobacco Control*. 2001;10(2):124-134.

Glantz SA, Fox BJ, Lightwood JM. Tobacco Litigation: Issues for Public Health and Public Policy. *Journal of the American Medical Association*. 1997;277:751-753.

Glanz K, Lankenau B, Foerster S, Temple S, Mullis R, Schmid T. Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through nutrition: opportunities for state and local action. *Health Education Quarterly*. 1995;22(4):512-527.

Glouberman S, ed. *A dynamic concept of health: CPRN Discussion Paper H|03*; 2000. Glouberman S, Kisilevsky S, Groff P, Nicholson C, eds. Towards a New Concept of Health: Three Discussion Papers.

Goldman LK, Glantz SA. The passage and initial implementation of Oregon's Measure 44. *Tobacco Control*. 1999;8(3):311-322.

Goldstein AO, Bearman NS. State Tobacco Lobbyists and Organizations in the United States: Crossed Lines. *American Journal of Public Health*. 1996;86:1137-1142.

Goldstein AO, Cohen JE, Flynn BS, al. State Legislators' Attitudes and Voting Intentions Toward Tobacco Control Legislation. *American Journal of Public Health*. 1997;87:1197-1200.



- Goodhart FW. Policy and politics. Teaching advocacy to public health students: the New Jersey experience. *Health Promotion Practice*. 2002;3(3):341-346.
- Gorovitz E, Mosher J, Pertschuk M. Preemption or prevention?: lessons from efforts to control firearms, alcohol, and tobacco. *Journal of Public Health Policy*. 1998;19(1):36-50.
- Gottlieb NH, Goldstein AO, Flynn BC, *et al.* State legislators' beliefs about legislation that restricts youth access to tobacco products. *Health Education & Behavior*. 2003;30(2):209-224.
- Goumans M, Springett J. From projects to policy: "Healthy Cities" as a mechanism for policy change for health? *Health Promotion International*. 1997;12:311-322.
- Gouvernement du Québec. *Plan d'action pour enrayer le commerce illégal du tabac*. Québec: Gouvernement du Québec; 1994.
- Gouvernement du Québec. *Pour notre progrès vers un avenir sans tabac - Développement de la législation québécoise contre le tabagisme. Document de consultation*. Sainte-Foy: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2005.
- Gray C. Tobacco Wars. The Bloody Battle Between Good Health and Good Politics. *Canadian Medical Association Journal*. 1997;156:237-240.
- Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning : an educational and ecological approach*. 3rd ed. Mountain View; Toronto: Mayfield Pub. Co.; 1999.
- Green LW, Nathan R, Mercer S. The Health of Health Promotion in Public Policy: Drawing Inspiration from the Tobacco Control Movement. *Health Promotion Journal of Australia*. 2001;12(2):110-116.
- Green LW, Richard L. The need to combine health education and health promotion: the case of cardiovascular disease prevention. *Promotion et Education*. 1993(suppl.):11-17.
- Hall P. Policy paradigm, social learning and the state. *Comparative politics*. 1993;25(3):275-296.
- Hancock T. Beyond health care: from public health policy to healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*. 1985;76(Suppl 1):9-11.
- Hann NE, Kean TJ, Matulionis RM, Russell CM, Sterling TD. Policy and environmental change: new directions for public health. *Health Promotion Practice*. 2004;5(4):377-381.
- Hawe P, Wise M, Nutbeam D. Policy- and system-level approaches to health promotion in Australia. *Health Education and Behavior*. 2001;28(3):267-273.

Heckathorn DD, Maser SM. The Contractual Architecture of Public Policy: A Critical Reconstruction of Lowi's Typology. *The Journal of Politics*. 1990;52(4):1101-1123.

Heclo H. *Modern social politics in Britain and Sweden; from relief to income maintenance*. New Haven: Yale University Press; 1974.

Heiser PF, Begay ME. The Campaign to Raise the Tobacco Tax in Massachusetts. *American Journal of Public Health*. 1997;87(6):968-973.

Hodge JG, Jr., Eber GB. Tobacco control legislation: tools for public health improvement. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2004;32(3):516-523.

Holman CD, Donovan RJ, Corti B, Jalleh G, Frizzell SK, Carroll AM. Banning tobacco sponsorship: replacing tobacco with health messages and creating health-promoting environments. *Tobacco Control*. 1997;6(2):115-121.

Howlett M, Ramesh M. Policy Subsystem Configurations and Policy Change: Operationalizing the Postpositivist Analysis of the Politics of the Policy Process. *Policy studies journal*. 1998;26(3):466-481.

Howlett MP, Ramesh M. *Studying public policy : policy cycles and policy subsystems*. Toronto ; New York: Oxford University Press; 1995.

Ibrahim JK, Tsoukalas TH, Glantz SA. Public health foundations and the tobacco industry: lessons from Minnesota. *Tobacco Control*. 2004;13(3):228-236.

Institute of Medicine. Committee for the Study of the Future of Public Health. *The Future of Public Health*. Washington D.C.: National Academy Press; 1988.

Jacobson PD, Wasserman J. The implementation and enforcement of tobacco control laws: policy implications for activists and the industry. *Journal of Health Politics, Policy & Law*. 1999;24(3):567-598.

Jacobson PD, Wasserman J. Missing in action: the public health voice in policy debates. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2001;7(3):ix-x.

Jacobson PD, Wasserman J, Anderson JR. Historical overview of tobacco legislation and regulation. *Journal of Social Issues*. 1997;53(1):75-95.

Jacobson PD, Wasserman J, Raube K. The Politics of Antismoking Legislation. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1993;18(4):787-819.

Jason LA, Berk M, Schnopp-Wyatt DL, Talbot B. Effects of enforcement of youth access laws on smoking prevalence. *American Journal of Community Psychology*. 1999;27(2):143-160.

Jenkins WI. *Policy analysis : a political and organizational perspective*. New York: St. Martin's Press; 1978.

Jenkins-Smith HC, Sabatier PA. The dynamics of policy-oriented learning. In: Sabatier PA, ed. *Policy change and learning : an advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press; 1993:41-56.

- Jobert B. L'État en action. L'apport des politiques publiques. *Revue Française de Science Politique*. 1985;35(4):654-682.
- Kaplan RM, Ake CF, Emery SL, Navarro AM. Simulated effect of tobacco tax variation on population health in California. *American Journal of Public Health*. 2001;91(2):239-244.
- Kemm J. Health impact assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promotion International*. 2001;16(1):79-85.
- Kickbusch I. Health Promotion: A Global Perspective. *Canadian Journal of Public Health*. 1986;77:321-326.
- Kingdon J. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2ième ed. New York: Harper Collins; 1984.
- Knoepfel P, Kissling-Naf I. Social learning in policy networks. *Policy and Politics*. 1998;26(3):343-367.
- Krieger J, Higgins DL. Public health matters. Housing and health: time again for public health action. *American Journal of Public Health*. 2002;92(5):758-768.
- Kriesi H, Jegen M. Decision-making in the Swiss Energy Policy Elite. *Journal of Public Policy*. 2000;20(1):21-53.
- Kübler D. Understanding policy change with the Advocacy Coalition Framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy*. 2001;8(4):623-641.
- Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, *et al*. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*. 2000;9(1):47-63.
- Laperrière A. Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In: Poupart J, Deslaurier J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, eds. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur; 1997.
- Lasswell HD. *The decision process*. College Park: University of Maryland press; 1956.
- Lasswell HD. *A pre-view of policy sciences*. New York: American Elsevier Pub. Co; 1971.
- Lasswell HD. The study of political elites. In: Marvick D, ed. *Harold D. Lasswell on political sociology*. Chicago: University of Chicago Press; 1977:114-134.
- Lavis JN. Perspective: Ideas At The Margin Or Marginalized Ideas? Nonmedical Determinants Of Health In Canada. *Health Affairs*. 2002;21(2):107-112.
- Lavis JN, Farrant MSR, Stoddart GL. Barriers to employment-related healthy public policy in Canada. *Health Promotion International*. 2001;16(1):9-20.

Leichter HM. *Free to be foolish : politics and health promotion in the United States and Great Britain*. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1991.

Lemieux V. Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. In: Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, eds. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy: Les presses de l'Université Laval; 1994:107-128.

Lemieux V. *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval; 1995.

Lemieux V. *Les coalitions: liens, transactions et contrôles*. Paris: Presses universitaires de France; 1998.

Lertzman K, Rayner J, Wilson J. Learning and change in the British Columbia forest policy sector: A consideration of Sabatier's advocacy coalition framework. *Canadian journal of political science/ Revue canadienne de science politique*. 1996;29(1):111-133.

Lessard D. Tabac. La contrebande n'augmente pas. *La Presse*. 09-30, 2002; p. A3.

Leverett M, Ashe M, Gerard S, Jenson J, Woollery T. Tobacco use: the impact of prices. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002;30(3 Suppl):88-95.

Litfin KT. Advocacy coalitions along the domestic-foreign frontier: Globalization and Canadian climate change policy. *Policy studies journal*. 2000;28(1):236-252.

Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;3.

Luke DA, Krauss M. Where there's smoke there's money: Tobacco industry campaign contributions and U.S. Congressional voting. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004;27(5):363-372.

Macdonald HR, Glantz SA. Political realities of statewide smoking legislation: the passage of California's Assembly Bill 13. *Tobacco Control*. 1997;6(1):41-54.

Maioni A. *Parting at the crossroads : the emergence of health insurance in the United States and Canada*. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1998.

Malone RE. Tobacco industry surveillance of public health groups: the case of STAT and INFACT. *American Journal of Public Health*. 2002;92(6):955-960.

Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999.

Mawhinney H. An advocacy coalition approach to change in Canadian education. In: Sabatier PA, Jenkins-Smith H, eds. *Policy Change and Learning*. Boulder, CO: Westview Press; 1993:59-82.

McKinlay JB, Marceau LD. Upstream healthy public policy: lessons from the battle of tobacco. *International Journal of Health Services*. 2000a;30(1):49-69.

McKinlay JB, Marceau LD. US public health and the 21st century: diabetes mellitus. *Lancet*. 2000b;356(9231):757-761.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*. 1988;15(4):351-377.

Menashe CL, Siegel M. The power of a frame: an analysis of newspaper coverage of tobacco issues--United States, 1985-1996. *Journal of Health Communication*. 1998;3(4):307-325.

Mény Y, Thoenig J-C. *Politiques publiques*. Paris: Presses universitaires de France; 1989.

Microfor. *Index de l'actualité vue à travers la presse écrite*. Vol 21. Québec: Microfor; 1986.

Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook*. 2ième ed. Thousand Oaks ; London ; New Delhi: Sage Publications; 1994.

Milewa T. Health for All and British health policy: a comment on the quest for "healthy public policy". *Journal of Management in Medicine*. 1996;10(6):59-64.

Milio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promotion*. 1987;2(3):263-274.

Milio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. In: Badura B, Kickbusch I, eds. *Health promotion research : towards a new social epidemiology*. Vol 37. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1991:7-28.

Milio N. Evaluation of health promotion policies: tracking a moving target. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al., eds. *Evaluation in health promotion - Principles and perspectives*. Copenhagen: WHO/EURO, Health Canada & Centers for Disease Control CDC; 2001:365-385.

Minkler M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education Quarterly*. 1989;16(1):17-30.

Mintrom M. Policy Entrepreneurs and the Diffusion of Innovation. *American Journal of Political Science*. 1997;41(3):738-770.

Mintrom M, Vergari S. Advocacy Coalitions, Policy Entrepreneurs, and Policy Change. *Policy studies journal*. 1996;24(3):420-438.

Mittelmark MB. The Psychology of Social Influence and Healthy Public Policy. *Preventive Medicine*. 1999;29(6 Pt 2):S24-S29.

Mittelmark MB. Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promotion International*. 2001;16(3):269-274.

Muller P. *Les politiques publiques*. Vol 2534. 4ième ed. Paris: Presses universitaires de France; 2000.

Muller P, Thoenig J-C, Duran P, Majone G, Leca J. Enjeux, controverses et tendances de l'analyse des politiques publiques. *Revue Française de Science Politique*. 1996;46(1):96-133.

Nathan S, Rotem A, Ritchie J. Closing the gap: building the capacity of non-government organizations as advocates for health equity. *Health Promotion International*. 2002;17(1):69-78.

Nathanson CA. Social movements as catalysts for policy change: the case of smoking and guns. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1999;24(3):421-488.

Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Social Science and Medicine*. 2001;52(3):481-491.

Nicholl J. Tobacco Tax Initiatives to Prevent Tobacco Use: a Study of Eight Statewide Campaigns. *Cancer*. 1998;83(Suppl):2666-2679.

Novotny TE, Siegel MB. California's tobacco control saga. *Health Affairs*. 1996;15(1):58-72.

O'Neill M. The political dimension of health promotion work. In: Martin CJ, McQueen DV, eds. *Readings for a new public health*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1989.

O'Neill M, Gosselin P, Boyer M, eds. *La santé politique : petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé*. Beauport, Québec: Réseau québécois des villes et villages en santé; 1997. Monographies du Centre québécois collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour le développement des villes et villages en santé ; monographie no 3.

O'Neill M, Lemieux V, Groleau G, Fortin J-P, Lamarche PA. Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. *Health Promotion International*. 1997;12(1):79-87.

O'Neill M, Pederson AP. Building a methods bridge between public policy analysis and healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health*. 1992;83(Suppl 1):S25-S30.

Parmet WE, Daynard RA. The new public health litigation. *Annual Review of Public Health*. 2000;21:437-454.

Pederson LL, Bull SB, Ashley MJ. Smoking in the workplace: do smoking patterns and attitudes reflect the legislative environment? *Tobacco Control*. 1996;5(1):39-45.

Perdue WC, Stone LA, Gostin LO. The Built Environment and Its Relationship to the Public's Health: The Legal Framework. *American Journal of Public Health*. 2003;93(9):1390-1394.

- Pipe A. Smoking, restaurants and bars: the Toronto experience. *Canadian Medical Association Journal*. 1998;158(1):68-70.
- Platt J. What can case studies do? In: Bryman A, Burgess RG, eds. *Qualitative research*. London ; Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999:160-179.
- Portz J. Problem Definitions and Policy Agendas: Shaping the Educational Agenda in Boston. *Policy studies journal*. 1996;24:371-386.
- Province de Québec. Loi sur le tabac, L.R.Q., Chapitre 33; 1998.
- Province de Québec. Projet de loi no 112. Loi modifiant la loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives. L.R.Q. chapitre 29; 2005.
- Québec. Direction générale de la santé publique. *Un choix pour la santé : une législation québécoise contre le tabagisme : document de consultation*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique; 1995.
- Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux. *Plan d'action de lutte au tabagisme*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1994.
- Rains JW, Barton-Kriese P. Developing political competence: a comparative study across disciplines. *Public Health Nursing*. 2001;18(4):219-224.
- Rathjen H. Back to basics in the fight against tobacco. *Canadian Journal of Public Health*. 1997;88(4):221-224.
- Richard L, Breton E, Lehoux P, Martin P, Roy D. La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé: approche écologique et participation. *Revue canadienne de santé publique*. 1999;90(2):99-103.
- Richard L, Lehoux P, Breton E, Denis J-L, Labrie L, Léonard C. Implementing the ecological approach in tobacco control programs: Results of a case study. *Evaluation and Program Planning*. 2004;27(4):409-421.
- Richard L, Lehoux P, Denis J-L, et al. *Implantation de l'approche écologique dans la programmation de réduction du tabagisme de deux directions de santé publique : étude de cas*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé - Université de Montréal; 1999.
- Russell A, Voas RB, DeJong W, Chaloupka M. MADD rates the states: a media advocacy event to advance the agenda against alcohol-impaired driving. *Public Health Reports*. 1995;110(3):240-245.
- Sabatier PA. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*. 1986;6(1):21-48.
- Sabatier PA. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy sciences*. 1988;21:129-168.

Sabatier PA. Policy Change over a Decade or More. In: Sabatier PA, Jenkins-Smith HC, eds. *Policy change and learning. An advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press; 1993:13-39.

Sabatier PA. The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. *Journal of European Public Policy*. 1998;5(1):98-130.

Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. *Policy change and learning : an advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press; 1993.

Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. The Advocacy Coalition Framework. An Assessment. In: Sabatier PA, ed. *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press; 1999:117-166.

Sallis JF, Bauman A, Pratt M. Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;15(4):379-397.

Sato H. The advocacy coalition framework and the policy process analysis: The case of smoking control in Japan. *Policy studies journal*. 1999;27(1):28-44.

Schlager E. Policy Making and Collective Action: Defining Coalitions Within the Advocacy Coalition Framework. *Policy sciences*. 1995;28:243-270.

Schlager E, Blomquist W. A Comparison of Three Emerging Theories of the Policy Process. *Political Research Quarterly*. 1996;49(3):651-672.

Schneider A, Ingram H. Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. *The American Political Science Review*. 1993;87(2):334-347.

Schwab M, Syme SL. On Paradigms, Community Participation, and the Future of Public Health. *American Journal of Public Health*. 1997;87(12):2049-2051.

Schwartz R, Goodman R, Steckler A. Policy advocacy interventions for health promotion and education: Advancing the state of practice. *Health Education Quarterly*. 1995;22(4):421-426.

Scott CM, Thurston WE, Crow B. Development of healthy public policy: feminist analysis of conflict, collaboration and social change. *Health Care for Women International*. 2002;23(6-7):530-539.

Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001;4.

Sharp EB. The Dynamics of Issue Expansion: Cases from Disability Rights and Fetal Research Controversy. *The Journal of Politics*. 1994;56(4):919-939.

Shillis JA, Hall BA, Sneden GG, Gottlieb NH. Keeping the focus on public health: the struggles of a tobacco prevention task force. *Health Education & Behavior*. 2003;30(6):771-788.



- Signal L. The politics of health promotion: insights from political theory. *Health Promotion International*. 1998;13(3):257-264.
- Smith KC, Wakefield M. Textual analysis of tobacco editorials: how are Key media gatekeepers framing the issues? *American Journal of Health Promotion*. 2005;19(5):361-368.
- Sparling PB, Owen N, Lambert EV, Haskell WL. Point of view. Promoting physical activity: the new imperative for public health. *Health Education Research*. 2000;15(3):367-376.
- Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *Journal of Public Health Policy*. 2004;25(1):85-110.
- Staggenborg S. Coalition work in the pro-choice movement : organizational and environmental opportunities and obstacles. *Social Problems*. 1986;33:374-390.
- Stake R. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994:236-247.
- Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005.
- Stebbins KR. Clearing the Air: Challenges to Introducing Smoking Restrictions in West Virginia. *Social Science and Medicine*. 1997;44:1393-1401.
- Stokols D. Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1996;10(4):282-298.
- Stone DA. Causal Stories and the Formation of Policy Agendas. *Political Science Quarterly*. 1989;104(2):281-300.
- Studlar DT. *Tobacco control : comparative politics in the United States and Canada*. Peterborough, Ont.: Broadview Press; 2002.
- Surel Y. The role of cognitive and normative frames in policy-making. *Journal of European Public Policy*. 2000;7(4):495-512.
- Traynor MP, Glantz SA. California's Tobacco Tax Initiative: the Development and Passage of Proposition 99. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1996;21(3):543-585.
- True JL, Jones BD, Baumgartner FR. Punctuated-Equilibrium Theory: Explaining Stability And Change in American Policymaking. In: Sabatier PA, ed. *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO: Westview; 1999:97-116.
- Tsoukalas T, Glantz SA. The Duluth clean indoor air ordinance: Problems and success in fighting the tobacco industry at the local level in the 21st century. *American Journal of Public Health*. 2003a;93(8):1214-1221.
- Tsoukalas TH, Glantz SA. Development and destruction of the first state funded anti-smoking campaign in the USA. *Tobacco Control*. 2003b;12(2):214-220.

Tuohy CH. Dynamics of A Changing Health Sphere : The United States, Britain and Canada. *Health Affairs*. 1999;18(3):114-134.

Université Laval. Centre de documentation. *L'index du journal Le Devoir*. Vol 1 à 7. Québec: Centre de documentation de la Bibliothèque de l'Université Laval; 1966-1972.

Université Laval. Service d'analyse et d'indexation. *Index de l'actualité vue à travers la presse écrite*. Vol 8-20. Québec: Service d'analyse et d'indexation, Bibliothèque de l'Université Laval,; 1973-1985.

Waller BJ, Cohen JE, Ferrence R, Bull S, Adlaf EM. The early 1990s cigarette price decrease and trends in youth smoking in Ontario. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*. 2003;94(1):31-35.

Walt G. *Health policy an Introduction to process and power*. London & New Jersey: Zed Books; 1994.

WHO. *First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva: World Health Organization; 1986.

WHO. *Conference Statement of the 2nd International Conference on Health Promotion: The Adelaide Recommendations - Healthy Public Policy*. Geneva: World Health Organization; 1988.

WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*: World Health Organization; 2004.

Williams L, Labonte R. Changing health determinants through community action: power, participation and policy [French]. *Promotion et Education*. 2003;10(2):65-71, 88, 104.

Wilson JQ. *Bureaucracy*. New York: Basic Books; 1989.

Winkleby MA. The future of community-based cardiovascular disease intervention studies. *American Journal of Public Health*. 1994;84(9):1369-1372.

Yin RK. *Case study research : design and methods*. Vol 5. 2ième ed. Thousand Oaks, CA: Sage publications inc; 1994.

Ying JY, Abernathy T, Choi BC. A comprehensive evaluation of the 1993 city of Toronto smoking by-laws. *Canadian Journal of Public Health*. 1995;86(1):32-36.

Zafonte M, Sabatier P. Short-term versus long-term coalitions in the policy process: Automotive pollution control, 1963-1989. *Policy studies journal*. 2004;32(1):75-107.

## Documents du corpus de données

1. Royaume-Unis. Acte de l'Amérique du Nord britannique, 30-31 Victoria, c. 3 (R.-U.); 1867.
2. Maioni A. Les normes centrales et les politiques de santé. In: Bégin C, Bergeron P, Forest P-G, Lemieux V, eds. *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1999.
3. Canada. Loi canadienne sur la santé, L.R. du Canada, Chapitre C-6; 1985.
4. Canada. Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, L.R. du Canada, chapitre F-8; 1985.
5. Hancock T. Lalonde and beyond: looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion*. 1986;1(1):93-100.
6. Glouberman S, Millar J. Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *American Journal of Public Health*. 2003;93(3):388-392.
7. Vayda E, Evans RG, Mindell WR. Universal health insurance in Canada: history, problems, trends. *Journal of Community Health*. 1979;4(3):217-231.
8. Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens; un document de travail*. Ottawa: Ministre des approvisionnements et services Canada; 1974.
9. Gagnon F, Bergeron P. Le champ contemporain de la santé publique. In: Bégin C, Bergeron P, Forest P-G, Lemieux V, eds. *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1999.
10. Canada. Loi sur les produits dangereux, S.R., chapitre H-3; 1985.
11. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay - Nepveu)*. Québec: Éditeur officiel du Québec; 1967.
12. Pineault R, Lamarche PA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Denis JL. The reform of the Quebec health care system: potential for innovation? *Journal of Public Health Policy*. 1993;14(2):198-219.
13. Turgeon J, Lemieux V. La décentralisation: panacée ou boîte de Pandore? In: Bégin C, Bergeron P, Forest P-G, Lemieux V, eds. *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1999.
14. Comité d'étude sur la prévention sanitaire. *Rapport du Comité d'étude sur la prévention sanitaire*. Québec: le Comité; 1971.

15. Pineault R. The place of prevention in the Quebec health care system. *Canadian Journal of Public Health*. 1984;75(January/February):92-97.
16. Desrosiers G, Gaumer B, Keel O. *La santé publique au Québec : histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1998.
17. Pineault R, Leduc N, Denis JL, Champagne F. L'innovation dans les départements de santé communautaire du Québec. *Canadian Journal of Public Health*. 1993;84(5):325-330.
18. Champagne F, Leduc N, Denis JL, Pineault R. Organizational and environmental determinants of the performance of public health units. *Social Science & Medicine*. 1993;37(1):85-95.
19. Province de Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Lois du Québec, chapitre 42; 1991.
20. Colin C. La santé publique au Québec. Mandats et pratiques. In: Présentation dans le cadre du séminaire SPU 7001 du 27 septembre, ed; 2001.
21. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1992.
22. Dubuc J-G. Interdit de fumer: et pourquoi donc? *La Presse*. 02-05, 1986; p. A6.
23. Bonhomme J-P. Les fumeurs se font reléguer... au fumoir. *La Presse*. 01-11, 1986; p. A15.
24. Delisle N. Endroits publics. L'usage du tabac contrôlé à compter de janvier 1987. *Le Devoir*. 05-15, 1986; p. 1+8.
25. Assemblée nationale. Journal des débats. Trente-troisième législature, première session, vol. 29, no. 40, le vendredi 6 juin 1986: 2382-2401.
26. Cunningham R. *La guerre du tabac : l'expérience canadienne*. Ottawa: Centre de recherches pour le développement international; 1997.
27. Canada. Parlement. Chambre des communes. Comité permanent de la santé du bien-être social et des affaires sociales, Isabelle G. *Rapport sur l'usage du tabac et de la cigarette*. Ottawa,; Imprimeur de la Reine; 1969.
28. Province de Québec. Projet de loi 191. Loi régissant l'usage du tabac dans les endroits publics. Assemblée nationale du Québec, trente et unième législature, troisième session; 1978.
29. Conseil consultatif de l'environnement du Québec. *L'usage du tabac dans les endroits publics et la protection des non-fumeurs / préparé pour le Ministre délégué à l'environnement par le Conseil consultatif de l'environnement*. Québec: Éditeur officiel; 1979.

30. Ministère des Affaires Sociales. *Politique de prévention des problèmes reliés au tabagisme*. Québec: Ministère des Affaires Sociales; 1983.
31. Conseil des affaires sociales et de la famille. *Objectif santé : rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé*. Québec: Québec : Ministère des communications, Direction générale des publications gouvernementales; 1984.
32. Province de Québec. Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, Lois et règlements du Québec, Chapitre 13; 1986.
33. Canada. Loi réglementant les produits du tabac, Loi du Canada, chapitre 20; 1988.
34. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development; December 1992.
35. Chambre des communes du Canada. Débats de la Chambre des communes du Canada (hansard). Trente-cinquième Législature, première session, le mardi 8 février 1994.
36. Gouvernement du Québec. *Plan d'action pour enrayer le commerce illégal du tabac*. Québec: Gouvernement du Québec; 1994.
37. Kessler D. *Statement on Nicotine-Containing Cigarettes, House Subcommittee on Health and the Environment March 25 1994*.
38. Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux. *Plan d'action de lutte au tabagisme*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1994.
39. Hurt RD, Robertson CR. Prying Open the Door to the Tobacco Industry's Secrets About Nicotine: The Minnesota Tobacco Trial. *Journal of the American Medical Association*. 1998;280(13):1173-1181.
40. Rutter TL. Clinton aims to ban under age smoking. *British Medical Journal*. 1995;311(7003):470a-.
41. Cour suprême du Canada. *RJR-Macdonald Inc. c. Canada (Procureur général)*. Vol 3: Recueil des arrêts de la Cour suprême du Canada; 1995: 199.
42. PC. Le ministre Rochon lance une consultation sur le tabac. *La Presse*. 11-15, 1995; p. A17.
43. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. *Rapport d'activités. Février 1996 à mai 1997. Déposé au Conseil des directeurs de santé publique*. Montréal: Coalition québécoise pour le contrôle du tabac; Mai 1997.
44. Gagnon K. Tabac : Rochon promet une loi «dure». *La Presse*. 11-27, 1996; p. A1.
45. Canada. Loi sur le tabac, Lois du Canada, chapitre 13; 1997.

46. Comité de communication. *Faciliter l'adoption d'un projet de loi sur le tabagisme au Québec. Stratégie de communication. Rapport d'activités*: Comité provincial sur le tabac et la santé, Conseil des directeurs de la santé publique; Septembre 1998.
47. Dyer C. Confidential tobacco documents enter public domain. *British Medical Journal*. 1998;316(7139):1185c.
48. Glantz SA. The truth about big tobacco in its own words. *British Medical Journal*. 2000;321(7257):313-314.
49. Samet JM. Reflections: testifying in the Minnesota tobacco lawsuit. *Tobacco Control*. 1999;8(1):101-105.
50. Assemblée nationale. Journal des débats. Débats de l'Assemblée nationale. Trente-cinquième législature, deuxième session, Cahier n°179, le jeudi 14 mai 1998: 11111-11112.
51. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente des affaires sociales. Trente-cinquième législature, deuxième session, Cahier n°126, le mercredi 27 mai 1998: 22-92.
52. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente des affaires sociales. Trente-cinquième législature, deuxième session, Cahier n°127, le jeudi 28 mai 1998: 1-60.
53. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente des affaires sociales. Trente-cinquième législature, deuxième session, Cahier n°128, le vendredi 29 mai 1998: 1-76.
54. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente des affaires sociales. Trente-cinquième législature, deuxième session, Cahier n°129, le lundi 1er juin 1998: 1-47.
55. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente des affaires sociales. Trente-cinquième législature, deuxième session, Cahier n°136, le mercredi 10 juin 1998: 1-65.
56. Chambre des communes du Canada. Débats de la Chambre des communes du Canada. Hansard révisé, no. 114. Trente-sixième Législature, première session, le mercredi 3 juin 1998.
57. Assemblée nationale. Journal des débats. Débats de l'Assemblée nationale. Trente-cinquième législature, deuxième session, le mercredi 17 juin 1998: 12022-12023.
58. Studlar DT. *Tobacco control : comparative politics in the United States and Canada*. Peterborough, Ont.: Broadview Press; 2002.
59. Dubuc A. Le passage à tabac. *La Presse*. 05-31, 1986; p. H1.
60. Leclerc J-C. Des fumées pires que les PCB. *Le Devoir*. 01-17, 1986; p. 6.
61. Vézina F. La cigarette en chute libre. *La Presse*. 05-31, 1986; p. H1.

62. Roy P. Le paquet à \$3 fait réfléchir plus d'un fumeur. *La Presse*. 02-06, 1986; p. A3.
63. Assemblée nationale. Projet de loi 191. Loi régissant l'usage du tabac dans les endroits publics. Trente et unième législature, troisième session; 1978.
64. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente de l'aménagement et des équipements. Trente-troisième législature, première session, no. 14, le lundi 9 juin 1986: 557-615.
65. Minnesota. Minnesota Clean Indoor Air Act. Minnesota Statutes chapter 211 s 1; 1975.
66. Forgues A. Dans plusieurs endroits publics, l'usage du tabac sera sévèrement réprimé. *Le Soleil*. 05-15, 1986; p. A4.
67. Laughrea M. Éloge de l'intolérance des non-fumeurs. *Le Devoir*. 07-19, 1986; p. A7.
68. Castonguay A. Fumer n'est pas un droit mais un privilège. *Le Soleil*. 01-19, 1986; p. B4.
69. Boulanger M, Ducharme JC. Jusqu'à la ciguë. *Le Devoir*. 06-17, 1986; p. 6.
70. PC. 50 000 non-fumeurs présentent une pétition dans une poubelle. *Le Droit*. 01-22, 1986; p. 2.
71. Benoit J. La hausse des prix décourage de plus en plus de fumeurs. *La Presse*. 01-23, 1986; p. C1.
72. PC. Offensive pour faire disparaître le tabac des écoles du Québec. *La Presse*. 03-24, 1986; p. A5.
73. Delisle N. Diminution de la taxe sur les cigarettes. Une menace pour la santé des enfants. *Le Droit*. 03-19, 1986; p. 14.
74. Dubuisson P. La cartouche à moins de 23\$ Ottawa impose une surtaxe aux fabricants de tabac. *La Presse*. 02-09, 1994; p. A1.
75. Vastel M. Document L'inaction coûterait plus cher - le premier ministre Jean Chrétien. *Le Droit*. 02-09, 1994; p. 17.
76. Dion J. La contrebande du tabac. La GRC double les effectifs affectés au dossier. 70% des produits de contrebande transitent via Akwesasne. *Le Devoir*. 02-09, 1994; p. A5.
77. Cornellier M, PC. La GRC concentrera ses efforts autour d'Akwesasne. *Le Soleil*. 02-09, 1994; p. A2.
78. Baril H. Rothmans : fermeture temporaire de l'usine de Québec. *Le Soleil*. 02-03, 1994; p. B8.
79. Hébert M. Si le projet de loi antitabac du ministre Rochon passe tel quel Les fabricants de cigarettes menacent de quitter le Québec. *Le Droit*. 05-29, 1998; p. 22.

80. Bourcier G. Sport motorisé La conférence de presse de Villeneuve: sans fumée. *La Presse*. 05-29, 1998; p. S8.
81. Anonyme. Entreprise\$. *Le Soleil*. 01-30, 1998; p. B3.
82. Noël A. Les épiciers ont créé de toutes pièces le mouvement des "dépanneurs généreux". *La Presse*. 01-27, 1994; p. A1.
83. PC. Les fabricants américains de cigarettes de nouveau sur la sellette. *La Presse*. 01-17, 1998; p. C11.
84. Colpron S. Contrebande de cigarettes: "Une goutte d'eau", dit l'ADA. *La Presse*. 01-16, 1992; p. A2.
85. Fontaine M. Le Conseil du patronat et le Parti québécois se trouvent plusieurs points de convergence. *La Presse*. 12-01, 1993; p. D3.
86. Binsse L. La Chambre de commerce du Québec estime qu'une hausse d'impôt ou de taxes favorisera le marché noir. *La Presse*. 01-21, 1994; p. B5.
87. PC. Cigarettes sans taxes vendues aujourd'hui en Estrie. *La Presse*. 01-26, 1994; p. A5.
88. Masson C. La révolte positive des contribuables. *La Presse*. 01-06, 1992; p. B2.
89. Dubuc A. La guerre du tabac. *La Presse*. 01-17, 1992; p. B2.
90. Picher C. L'escalade de la stupidité. *La Presse*. 01-18, 1992; p. F1.
91. Dion J. Les taxes sur le tabac étouffent les détaillants Le prix "acceptable" pour une cartouche de cigarettes serait de 25\$. *Le Devoir*. 02-03, 1993; p. A3.
92. Tremblay F, PC. Les détaillants en alimentation demandent une baisse de 70% des taxes sur les cigarettes. *La Presse*. 02-03, 1993; p. D5.
93. PC. Les propriétaires de dépanneurs protestent. *Le Soleil*. 12-15, 1993; p. B1.
94. Pépin A. Des dépanneurs vendront, par défi, des cigarettes de contrebande en face de l'Assemblée nationale. *La Presse*. 12-16, 1993; p. A6.
95. Salvet J-M. Manifestation pour dénoncer la concurrence des contrebandiers de cigarettes Les propriétaires de dépanneurs crient à l'injustice. *Le Soleil*. 12-17, 1993; p. A3.
96. Parent R, PC. La contrebande de cigarettes au Québec a coûté 1,25 milliard aux gouvernements en 93. *La Presse*. 12-29, 1993; p. B12.
97. Fessou D. Vente de "cigarettes à plumes" à Saint-Eustache "Illégal, mais pas immoral..." *Le Soleil*. 01-25, 1994; p. A1.
98. Montpetit C. Des centaines de dépanneurs vendent aujourd'hui à Montréal leurs cigarettes "hors-taxa": Un vaste champ de tabac de contrebande dans l'Est. *Le Devoir*. 01-31, 1994; p. A3.



99. Dubuc A. Tabac: encore un peu de courage. *La Presse*. 01-15, 1994; p. B2.
100. Dubuc A. Les fausses pistes de l'anti-tabagisme. *La Presse*. 02-01, 1994; p. B2.
101. Dubuc A. Tabac: enfin un retour à l'équilibre. *La Presse*. 02-05, 1994; p. B2.
102. Gruda A. Cigarettes: bas les taxes! *La Presse*. 11-30, 1993; p. B2.
103. Gruda A. Le mur du tabac. *La Presse*. 02-09, 1994; p. B2.
104. Lavoie G. Bravo! Jean Chrétien a visé juste. *Le Droit*. 02-09, 1994; p. 16.
105. Picher C. Enfin! *La Presse*. 02-10, 1994; p. E3.
106. Maltais M. Contrebande de cigarettes Les limites de la police. *Le Droit*. 09-21, 1993; p. 12.
107. Lesage G. Quelque chose de kafkaïen Contre le marché noir, Québec et Ottawa doivent se concerter. *Le Devoir*. 12-18, 1993; p. A12.
108. Picher C. Vivement le bon sens. *La Presse*. 01-15, 1994; p. C3.
109. Pratte A. Illégal mon oeil! *La Presse*. 01-25, 1994; p. A1.
110. Martel J. Bloc-notes Tabac et taxes. *Le Soleil*. 01-20, 1994; p. A12.
111. Plante B. Accusations des organismes de lutte contre le tabagisme Les fabricants de cigarettes attiseraient la contrebande: Ils auraient augmenté le prix de leurs produits de 74% depuis 1974. *Le Devoir*. 01-11, 1994; p. A3.
112. Noël A. RJR Macdonald réclame l'abolition de la taxe sur le tabac. *La Presse*. 01-25, 1994; p. A5.
113. Sansfaçon J-R. Haro sur les fabricants de tabac Rarement a-t-on vu des entreprises manquer autant de loyauté à l'égard de leurs propres clients. *Le Devoir*. 01-28, 1994; p. A8.
114. Gagnon L. Contrebande et lobby du tabac. *La Presse*. 01-29, 1994; p. B3.
115. Gagnon L. A la source de la contrebande. *La Presse*. 02-03, 1994; p. B3.
116. Bélanger J-P. Un gouvernement de dépanneurs. *Le Droit*. 03-03, 1994; p. 15.
117. Fessou D. Pour une hausse de la taxe sur le tabac. *Le Soleil*. 01-11, 1994; p. A7.
118. Noël A. La contrebande de cigarettes Détaillants et compagnies de tabac contre une taxe à l'exportation. *La Presse*. 02-01, 1994; p. A4.
119. Corbeil M. Cigarettes et tabac Baisse de taxes...et 135 millions \$ dans le trou. *Le Soleil*. 02-09, 1994; p. A3.
120. Anonyme. Échec à la contrebande Décision désastreuse? *La Presse*. 02-10, 1994; p. A6.

121. Webster N. Une herbe pernicieuse et malsaine. *Le Devoir*. 02-02, 1994; p. A8.
122. Hamelin J. Revenu Québec réclame 1,36 milliard \$ à JTI-Macdonald « J'attends toujours le paiement ! », indique le ministre Bergman. *Info-tabac*. 2004(54).
123. Cour supérieure du Québec. Dénonciation en vue de demander un mandat de perquisition aux bureaux de la Imperial Tobacco Canada Ld soumise par la Gendarmerie royale du Canada le 22 novembre; 2004.
124. Société canadienne du cancer. *La protection de la santé publique et du Trésor national : un plan d'action pour contrôler la contrebande et le tabac exempt des taxes*. Toronto janvier 1994.
125. Tougas C. Taxes et tabagisme. *La Presse*. 01-12, 1994; p. B2.
126. PC. L'usage du tabac augmente cette année au Canada Les ventes légales baissent de 15 p. cent; les exportations augmentent de 80 p. cent... *La Presse*. 12-21, 1993; p. A8.
127. Giroux R. Tabac: enfin, de l'action. *Le Soleil*. 02-09, 1994; p. A10.
128. Lesage G. La fumée de la contrebande. *Le Devoir*. 01-19, 1994; p. A6.
129. Poulin P, Gaboury P. Traitement choc pour contrer la contrebande de tabac: 4 \$ le paquet, c'est trop cher. *Le Droit*. 01-15, 1994; p. 3.
130. Charbonneau J-P. MATRAC: moratoire d'une semaine. *La Presse*. 02-05, 1994; p. A5.
131. Plante B. La demande est là. *Le Devoir*. 01-11, 1994; p. A3.
132. Assemblée nationale. Journal des débats. Trente-quatrième législature, deuxième session, vol. 32, no. 125, le jeudi 4 novembre 1993.
133. Lessard D. Taxe sur le tabac: l'Ontario devrait emboîter le pas. Le ministre André Bourbeau prévoit que les discussions avec le fédéral aboutiront rapidement. *La Presse*. 01-16, 1994; p. A5.
134. Turcotte C. Contrebande du tabac Les gouvernements s'y prennent mal, estime Imperial Tobacco. *Le Devoir*. 02-09, 1994; p. A4.
135. Bellefeuille R. Contrebande du tabac Ottawa a mis le feu aux poudres, dit Filion. *Le Soleil*. 10-08, 1993; p. B9.
136. Saint-Pierre A. Maltais pour l'abolition des taxes sur le tabac. *Le Soleil*. 01-28, 1994; p. B2.
137. Lessard D. Ottawa n'écarte pas une baisse des taxes sur les cigarettes - Johnson. *La Presse*. 01-20, 1994; p. B4.
138. Assemblée nationale. Journal des débats. Trente-quatrième législature, deuxième session, vol. 32, no. 126, le mardi 9 novembre 1993.
139. Assemblée nationale. Journal des débats. Trente-quatrième législature, deuxième session, vol. 32, no. 128, le jeudi 11 novembre 1993.

140. Assemblée nationale. Journal des débats. Trente-quatrième législature, deuxième session, vol. 32, no. 120, le mardi 26 octobre 1993.
141. Foglia P. Coeur sec. *La Presse*. 10-31, 1992; p. A5.
142. Le Groupe Léger & Léger. *Évaluation des perceptions des Québécoises et Québécois à l'égard de la contrebande de cigarettes au Québec et au niveau de taxation des cigarettes et exploitation du marché noir par les fumeurs et les ex-fumeurs*. Montréal: Le Groupe Léger & Léger; Janvier 1993.
143. Paquin G. Tabac: la réduction des taxes porte un dur coup à la contrebande. *La Presse*. 02-28, 1994; p. A1.
144. Anonyme. Une majorité de Canadiens favorables à la réduction des taxes sur les cigarettes. *La Presse*. 02-28, 1994; p. A5.
145. Plante B. Moins de taxes sur le tabac? Ottawa dit NON. Le plan de Québec semble loin d'être accepté. *Le Devoir*. 01-19, 1994; p. A1.
146. Pépin A. Les libéraux prévoient un dur match électoral. *La Presse*. 01-19, 1994; p. C8.
147. Lessard D. Ne soyons plus complices de "bandits", dit Johnson. *La Presse*. 02-09, 1994; p. A1.
148. Gagnon K, PC. Rochon déterminé à interdire la vente de tabac aux mineurs. Un projet de loi «musclé» sera déposé le mois prochain à l'Assemblée nationale. *Le Devoir*. 11-19, 1994; p. A10.
149. Noël A. Québec veut interdire le tabac dans les pharmacies. *La Presse*. 12-10, 1994; p. A1.
150. Tougas C. Guerre au tabac. *La Presse*. 12-13, 1994; p. B2.
151. Paré I. Québec consultera cet été pour renforcer ses lois antitabac. Le tabagisme à la hausse chez les jeunes de moins de 18 ans. *Le Devoir*. 06-01, 1995; p. A4.
152. Association pour les droits des non-fumeurs. *L'évolution des stratégies de marketing des compagnies canadiennes de tabac: Association pour les droits des non-fumeurs*; 2004.
153. Dion J. La loi fédérale antitabac viole la liberté d'expression. La Cour suprême juge excessives les restrictions imposées aux fabricants en matière de publicité. *Le Devoir*. 09-22, 1995; p. A1.
154. Gauthier G. Interdire la publicité sur le tabac c'est brimer la liberté d'expression. *La Presse*. 09-22, 1995; p. A1.
155. Sansfaçon J-R. La drôle de liberté d'annoncer. L'opinion minoritaire est cette fois encore plus nuancée que le jugement majoritaire. *Le Devoir*. 09-23, 1995; p. A10.
156. Québec. Direction générale de la santé publique. *Un choix pour la santé : une législation québécoise contre le tabagisme : document de consultation*.

- Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique; 1995.
157. Malo LM. Lettre du sous-ministre à G. Audet sur la tenue d'une consultation publique sur les mesures législatives à adopter pour contrer le problème du tabagisme. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Cabinet du sous-ministre; 1995.
  158. Lachance B, Archambault Y, Tremblay L. *Un choix pour la santé : une législation québécoise contre le tabagisme. Rapport synthèse de la consultation*: Québec (Province). Direction générale de la santé publique; 1996.
  159. Anonyme. *Coalition pour la santé. Projet d'élaboration d'une stratégie d'influence dans le cadre du renforcement de la législation québécoise contre le tabagisme*: Conseil des directeurs de la santé publique; Octobre 1995.
  160. Gauthier G. Tabac : Ottawa retourne au front malgré la Cour suprême. *La Presse*. 12-12, 1995; p. A1.
  161. Cornellier M, PC. Ottawa veut interdire la publicité sur le tabac. Les commandites culturelles ou sportives sévèrement limitées. *Le Soleil*. 12-12, 1995; p. A6.
  162. Anonyme. Inquiétude chez les commandités. *Le Devoir*. 12-12, 1995; p. A4.
  163. Cornellier M, PC. La lutte contre le tabagisme: L'interdiction de toute publicité demeure l'objectif de Marleau. Mais le fédéral doit d'abord trouver une façon de se conformer à un jugement de la Cour suprême. *Le Devoir*. 12-12, 1995; p. A4.
  164. Chambre des communes du Canada. Débats de la Chambre des communes du Canada (hansard). Trente-cinquième Législature, première session, le mardi 12 décembre 1995.
  165. PC. Nouvelle coalition anti-tabac. *Le Devoir*. 06-05, 1996; p. A3.
  166. Baril H. Le sommet économique. Déréglementation: Le voeu des entreprises est exaucé. Disparition des décrets dans le vêtement, le bois ouvré et le verre plat. *Le Soleil*. 10-31, 1996; p. A9.
  167. Charette D. Le nouveau Secrétariat à la déréglementation existait déjà. C'est Jacques Parizeau qui l'avait mis sur pied. *Le Soleil*. 11-08, 1996; p. A9.
  168. Gagnon K. La loi antitabac de Rochon devra attendre. *La Presse*. 02-20, 1997; p. B1.
  169. Jacques M, Hubert F. Mémo adressé à Laurent Marcoux: Proposition de travail pour "Méchant problème urgent": Comité provincial de la santé publique sur le tabac; 1996.

170. Lessard D. Tabac: les événements culturels et sportifs réclament un délai de cinq ans. *La Presse*. 05-30, 1998; p. B9.
171. PC. Série du Maurier L'année de l'espoir. *Le Soleil*. 02-06, 1998; p. D6.
172. Tremblay R. C'est le reste qui est terrible. *La Presse*. 05-31, 1998; p. S5.
173. Province of British Columbia. Tobacco Sales Act, RSBC, chapter 451; 1996.
174. Province of New Brunswick. Tobacco Sales Act Regulations, New Brunswick, reg. 94-57; 1994.
175. Province of Newfoundland and Labrador. An act respecting the control of the sale of tobacco to minors, S.N.L. Chapter T-4.1; 1993.
176. Province of Nova Scotia. Tobacco Access Regulations, Reg. 9/96 made under Section 13 of the Tobacco Access Act S.N.S. 1993, c. 14; 1996.
177. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. *Réponses aux principaux arguments de l'industrie contre le projet de loi 444 sur le tabac* Mai 1998.
178. Victorian Health Promotion Foundation. Vichealth. Accédé à: <http://www.vichealth.vic.gov.au/default.asp> le 11 janvier, 2005.
179. Toupin G. 1,38 \$ de plus pour une cartouche de cigarettes. *La Presse*. 02-14, 1998; p. F1.
180. Chambre haute du sénat. Débats du Sénat. 36e Législature, 1e Session, vol. 137(44), le jeudi 26 février 1998.
181. Chambre haute du sénat. Débats du Sénat. 36e Législature, 1e Session, vol. 137(45), le mardi 17 mars 1998.
182. Young H. Tabac: le Sénat prévoit un fonds de transition. *Le Droit*. 04-22, 1998; p. 31.
183. Marissal V. Tabac: Ottawa jette du lest. *La Presse*. 06-03, 1998; p. A1.
184. April P, PC. Johnson tire sa révérence. *Le Droit*. 03-03, 1998; p. 1.
185. Cloutier M. La démission de Daniel Johnson. Bouchard repousse les élections. Les péquistes attendent Charest de pied ferme. *Le Devoir*. 03-04, 1998; p. A5.
186. Paré I. La lutte contre le cancer: Une politique mais pas d'argent neuf Les acteurs du réseau de la santé sont loin de partager l'enthousiasme de Rochon. *Le Devoir*. 04-22, 1998; p. A2.
187. Gagnon K. Loi antitabac: Québec ramollit Remise depuis deux ans, la législation ne ferait plus partie des priorités gouvernementales. *La Presse*. 04-22, 1998; p. A1.
188. Geoffroy L, Bérubé D, Girard M, *et al.* Nécessité du projet de loi sur le tabac. Lettre adressée au Premier ministre Lucien Bouchard par des médecins de l'Hôpital Sainte-Justine; 1998.

189. PC. Des médecins québécois font des pressions. *Le Droit*. 04-15, 1998; p. 23.
190. Levesque L. Loi sur le contrôle du tabac. Les médecins font pression sur Québec. *Le Devoir*. 04-15, 1998; p. A2.
191. Thompson F. Loi québécoise sur le tabac : le moment de vérité. Commentaire. *Info-tabac*. 1997(13).
192. Paré I. La fumée secondaire de cigarette est un problème sérieux dans la restauration. *Le Devoir*. 05-01, 1998; p. A3.
193. Léger M-F. Risque pour les serveurs de restaurant. *La Presse*. 05-01, 1998; p. A10.
194. Assemblée nationale. Journal des débats. Débats de l'Assemblée nationale. Trente-cinquième législature, deuxième session, Cahier n°195, le 16 juin 1998: 11999-12005.
195. Anonyme. Échos des deux rives. Sainte-Marie. Le tabac tue plus que la route. *Le Soleil*. 02-18, 1994; p. B1.
196. Bernier C. Le tabac tue plus que les accidents, les homicides, le sida, l'alcoolisme, etc. *La Presse*. 01-23, 1990; p. A8.
197. Desbiens J-P. La persécution des fumeurs. *La Presse*. 05-21, 1986; p. B2.
198. Gagnon L. Bravo, Air Canada. *La Presse*. 04-29, 1986; p. B3.
199. Petrowski N. Le diable. *La Presse*. 02-25, 1996; p. A5.
200. Lemieux P. Tabac : réplique aux prohibitionnistes. *La Presse*. 09-30, 1996; p. B3.
201. Lemieux P. Après la cigarette, ce sera au tour du café. L'État que nous connaissons en cette fin de 20e siècle représente, bien davantage que le tabac, un problème criant de santé publique. *La Presse*. 09-03, 1996; p. B3.
202. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *The Lancet*. 2000;355(9211):1253-1259.
203. WHO. Press release WHO/29: Passive smoking does cause lung cancer. Do not let them fool you. *WHO*. 9 march, 1998.
204. Turcotte F. Le comportement indigne de deux professeurs ternit la réputation de l'ÉNAP. Lettre adressée à M. Pierre Decelles, président et directeur général de l'École nationale d'administration publique; 1998.
205. Damphousse F, Turcotte F. La désinformation de l'industrie du tabac. *Le Soleil*. 04-18, 1998; p. A20.
206. Dutrisac R. Produits du tabac: Les fabricants dans la ligne de tir Les groupes antitabac et les gouvernements se liguent pour faire chuter la consommation. *Le Devoir*. 05-06, 1998; p. B1.

207. Rowan R. La fumée de cigarette: plus nocive et moins réglementée. *Le Devoir*. 01-16, 1986; p. 3.
208. PC. La fumée des autres tue 500 Canadiens par année. *Le Droit*. 02-28, 1986; p. 2.
209. Cliche V. Fumée illégale. *Le Soleil*. 05-16, 1986; p. B4.
210. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente de l'aménagement et des équipements. Trente-troisième législature, première session, no. 16, le mercredi 11 juin 1986: 705-773.
211. Gagnon L. Benzène et nicotine. *La Presse*. 01-21, 1986; p. A7.
212. Pascau P. Les fabricants de cigarettes ont de gros sabots. *La Presse*. 04-27, 1986; p. 6.
213. Chartier J. Le tabac tue plus de 38 000 Canadiens par année Des médecins outrés par le MATRAC. *Le Devoir*. 02-02, 1994; p. A2.
214. Gagnon L. La réserve s'est agrandie! *La Presse*. 02-12, 1994; p. B3.
215. Pilon F, Droit L. Santé Québec aurait ses tabac-macoutes. *Le Soleil*. 11-16, 1995; p. A11.
216. Martel J. Actualité commentée La loi antitabac : pourquoi attendre? *Le Soleil*. 11-16, 1995; p. A14.
217. Lemieux L. Deux Québécois sur trois bougent peu. Nous sommes aussi de gros fumeurs et bien trop gras. *Le Soleil*. 03-26, 1998; p. A14.
218. Charette D. Éditorial Tabac: Québec s'écrase. *Le Soleil*. 04-27, 1998; p. B6.
219. Gagnon L. Tabac: et le prix du paquet? *La Presse*. 05-19, 1998; p. B3.
220. Goldsmith MF. FDA trying to make case for tobacco regulation. *Journal of the American Medical Association*. 1994;271(21):1648.
221. Tremblay M. Dossiers Imasco se défend contre le lobby antitabac. *La Presse*. 05-01, 1998; p. C1.
222. Thériault C. Goliath écrase David Imperial Tobacco a gain de cause pour le remboursement des timbres à la nicotine. *Le Soleil*. 03-24, 1998; p. A5.
223. Dubuisson P, Lessard D. Ottawa dit oui à la baisse de taxes sur les cigarettes. *La Presse*. 01-26, 1994; p. A1.
224. Lesage G. Beaucoup de fumée, pas encore de feu. *Le Devoir*. 01-26, 1994; p. A1.
225. Dampousse F. Il faut maintenir les taxes élevées. *La Presse*. 02-04, 1994; p. B3.
226. Anonyme. Une éventuelle baisse des taxes inquiète le Conseil médical. *La Presse*. 02-01, 1994; p. A2.
227. Pelchat P. Une baisse des taxes sur les cigarettes serait très nocive pour la santé des gens. *Le Soleil*. 01-27, 1994; p. A7.

228. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *État de la situation du tabagisme chez les jeunes au Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de santé publique; 1996.
229. Noël A. La guerre au tabac reprend. *La Presse*. 02-22, 1996; p. A13.
230. Fleury R. Loi antitabac: Rochon ne reculera pas Le ministre a choisi la technique des petits pas. *Le Soleil*. 11-18, 1995; p. A30.
231. Paré I. Les médecins font front commun contre la cigarette. *Le Devoir*. 02-22, 1996; p. A2.
232. Stephens T. Rapport d'atelier. Tendances dans la prévalence du tabagisme de 1991 à 1994. *Maladies chroniques au Canada*. 1995;16(1):31-37.
233. Gagnon K. Bataille de lobbies à Québec Rochon présente son projet de loi antitabac au caucus du PQ. *La Presse*. 05-06, 1998; p. B1.
234. Gagné SD. *Examen critique de trois sondages sur la consommation de la cigarette chez les jeunes du secondaire. Présenté au Conseil canadien des fabricants de produits du tabac*: Soucy D. Gagné & Associés; Mars 1998.
235. Assemblée nationale. Journal des débats. Trente-troisième législature, première session, vol. 29, no. 48, le mercredi 18 juin 1986: 3124-3129.
236. Assemblée nationale. Journal des débats, Trente-troisième législature, première session, vol. 29, no. 28, le mercredi 14 mai 1986.
237. Corbeil M. Québec écrase Rochon n'aura pas l'appui de Dumont dans sa guerre antitabac. *Le Soleil*. 05-15, 1998; p. A1.
238. Assemblée nationale. Journal des débats. Commission permanente des affaires sociales. Trente-quatrième législature, troisième session, le mercredi 20 avril 1994.
239. Normand G. L'étude d'impact sur le projet de loi Rochon passée à tabac Un mémoire au Conseil des ministres relève de nombreuses erreurs, omissions, exagérations... *La Presse*. 06-02, 1998; p. B1.
240. Corbeil M. Loi antitabac: Des économies discutables On oublie que les fumeurs meurent plus jeunes donc sont moins longtemps en centre d'accueil. *Le Soleil*. 06-02, 1998; p. A12.
241. Viscusi WK. *Smoke-Filled Rooms: A Postmortem on the Tobacco Deal*. Chicago: The University of Chicago Press; 2002.
242. Fleury R. Sondage impact recherche Consensus pour ne plus fumer dans les écoles et les hôpitaux. *Le Soleil*. 01-17, 1996; p. A5.
243. Brochu D, Gratton J. *Le tabagisme et la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*: Conférence des Régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec; 1998.
244. Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux, Conseil des directeurs de la santé publique. *Mémoire sur le projet de Loi sur le tabac*: Comité provincial de santé publique sur le tabac; 29 mai 1998.



245. PC. Oui à une loi antitabac. *Le Devoir*. 11-21, 1997; p. A6.
246. Trottier É. Sondage CROP: Non au tabac, mais oui à la commandite. *La Presse*. 03-22, 1998; p. A1.
247. Corbeil M. Loi antitabac Le ministre Rochon tient bon. *Le Soleil*. 04-21, 1998; p. A14.
248. Crémieux P-Y, Fortin P, Ouellette P, Lavoie F, St-Pierre Y. *Projet de loi sur le tabac proposé par le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Étude d'impact* Juillet 1997.
249. Pelchat P. Réaction des Centres de santé au projet de baisse des taxes. Que la CSST interdise de fumer au travail. *Le Soleil*. 02-02, 1994; p. A3.
250. Leduc G. Fumoir au ministère de la Santé. Les travaux suspendus. *Le Soleil*. 03-09, 1996; p. A17.
251. Leduc G. Un fumoir qui fait jaser... au ministère de la Santé. *Le Soleil*. 03-08, 1996; p. A10.
252. Pilon F. Malgré ses mesures pour accentuer la surveillance des fumeurs en lieux publics. Québec tire de la patte dans sa lutte contre le tabagisme. *Le Droit*. 11-17, 1995; p. 5.
253. Maltais M. Faire respecter la loi. *Le Droit*. 11-17, 1995; p. 22.
254. Morin A. Loi antitabac au Québec L'Outaouais ne s'en portera que mieux. *Le Droit*. 05-16, 1998; p. 5.
255. Levallois P. Lettres Contre le tabagisme. *Le Devoir*. 04-04, 1998; p. A12.
256. Sansfaçon J-R. Une loi avant les élections On a sagement préféré une loi antitabac modérée à pas de loi du tout. *Le Devoir*. 05-20, 1998; p. A8.
257. Delisle N, PC. Fini le tabac à l'Assemblée nationale. *La Presse*. 04-02, 1991; p. B1.
258. Province of Manitoba. The Non-Smokers Health Protection Act, C.C.S.M. c. S125; 1990.
259. Province of Newfoundland and Labrador. An act respecting a smoke-free environment in the workplace and in public places in the province, SNL Chapter S 16.1; 1993.
260. Province of Ontario. Tobacco Control Act, S.O., chapter 10; 1994.
261. PC. Tabac: la loi la plus sévère entre en vigueur en Ontario. *La Presse*. 11-28, 1994; p. C7.
262. Assemblée nationale. Journal des débats. Trente-troisième législature, première session, vol. 29, no. 47, le mardi 17 juin 1986: 3033-3038.
263. Martel J. Actualité commentée Les restaurateurs ne veulent pas jouer les policiers. *Le Soleil*. 02-07, 1996; p. B6.

264. Gagnon K. Tabac et emballage réglementés Le projet de loi que le ministre Rochon s'apprête à déposer sera sévère. *La Presse*. 03-01, 1998; p. A1.
265. UPI. Programme pour cesser de fumer. *La Presse*. 01-23, 1986; p. D6.
266. Giroux R. Enfumés par le ridicule. *Le Soleil*. 01-26, 1994; p. A10.
267. Dubuc A. Sommes-nous en train de virer fous? *La Presse*. 06-03, 1998; p. B2.
268. Gruda A. C'est reparti! *La Presse*. 04-21, 1998; p. B2.
269. Picher C. Les leçons de février 1994. *La Presse*. 04-25, 1998; p. F3.
270. Lesage G. Au terme de la réunion du conseil des ministres à Québec: Johnson lance un double appel à Ottawa. *Le Devoir*. 01-20, 1994; p. 20.
271. Normand G. La contrebande de cigarettes Québec va lancer une offensive contre la contrebande du tabac. *La Presse*. 02-01, 1994; p. A4.
272. Richer J. La cartouche de cigarettes coûtera 1,20 \$ de plus. *Le Droit*. 02-14, 1998; p. 22.
273. Marissal V. La moitié des détaillants du Québec vendent toujours du tabac aux mineurs. *La Presse*. 02-12, 1998; p. B6.
274. Lacroix L. 41 % des commerçants montérégiens vendent encore du tabac aux jeunes. *La Presse*. 01-28, 1997; p. A15.
275. Noël A. Cigarettes: les jeunes peuvent s'approvisionner sans difficulté. *La Presse*. 01-16, 1995; p. A7.
276. PC. 60 % des détaillants vendraient du tabac aux jeunes Cette proportion augmente dramatiquement à Montréal, indique une étude. *La Presse*. 09-25, 1995; p. A6.
277. ACNielsen. *Évaluation de la conformité des détaillants avec la Loi sur le tabac et la législation provinciale sur la vente du tabac aux mineurs. Résultats de la phase 1 - 1997 Rapport final Préparé pour : Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé, Bureau de contrôle du tabac*: ACNielsen; Novembre 1997.
278. Dampousse F, Turcotte F. L'opération carte d'identité Une autre supercherie de l'industrie du tabac. *Le Soleil*. 12-01, 2000; p. A13.
279. Slavitt JJ. Mémo de Philip Morris U.S. adressé à Ms Pat Tricorache; 1991.
280. Leiber CL. Mémo de Philip Morris International Inc adressé à Distribution; 1995.
281. Corbeil M. Fumer avant 18 ans, un crime? Les détaillants réclament une loi encore plus sévère envers les jeunes. *Le Soleil*. 05-28, 1998; p. A1.
282. Cornellier M, PC. L'industrie du tabac se donne un code publicitaire Il ne s'agit que d'un écran de fumée pour "enjôler" le public, rétorquent les antitabac. *La Presse*. 12-20, 1995; p. A14.

283. Colpron S. Tuer Montréal en sauvant des vies? Les grands événements culturels ne survivraient pas à l'interdiction des commandites de marques de cigarettes envisagée par Ottawa. *La Presse*. 12-16, 1995; p. D3.
284. Corbeil M. Débat sur le projet de loi antitabac: L'industrie menace de quitter le Québec 5000 emplois en cause. *Le Soleil*. 05-29, 1998; p. A8.
285. Bourcier G. Godin tournera à Vallengua. *La Presse*. 03-21, 1998; p. G4.
286. Marissal V. Commandites du tabac: Rock donne cinq ans à tout le monde. *La Presse*. 06-04, 1998; p. B1.
287. U.S. Department Of Health And Human Services. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of progress: a report of the Surgeon General, Executive Summary*. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989.
288. CP. On saura bientôt si Jake Epp veut vraiment faire la vie dure à l'industrie du tabac. *La Presse*. 02-10, 1986; p. B5.
289. PC. Des médecins demandent à Ottawa de déclarer le tabac "produit dangereux". *La Presse*. 05-06, 1986; p. A2.
290. Levesque L, PC. La Fondation québécoise du cancer propose de bannir le tabac des écoles, du primaire jusqu'à l'université. *La Presse*. 02-03, 1996; p. A6.
291. Rouillard C. Tabagisme : il est plus que temps de revoir les lois et les règlements. *La Presse*. 02-03, 1998; p. B3.
292. Beaudry PR. À vous la parole Appui pour la loi sur le tabac. *Le Droit*. 05-29, 1998; p. 16.
293. Duval B. Carrefour des lecteurs Protéger les citoyens des méfaits du tabac. *Le Soleil*. 06-06, 1998; p. A20.
294. Gilbert M. Carrefour des lecteurs Tabagisme: passons à l'action. *Le Soleil*. 06-05, 1998; p. B6.
295. Maltais M. Demi-mesure La lutte au cancer doit remonter à sa cause première. *Le Droit*. 04-23, 1998; p. 24.
296. Corbeil M. Loi antitabac Rochon consent un sursis à la commandite. *Le Soleil*. 06-11, 1998; p. A11.
297. Normand G. Les fabricants de tabac menacent de fermer leurs usines du Québec. *La Presse*. 05-29, 1998; p. A1.
298. Cloutier M. Loi sur le tabac: Rochon rejette une demande des fabricants Les producteurs exigeaient la formation d'un groupe de travail. *Le Devoir*. 05-29, 1998; p. A5.
299. Roussel G. Sage décision. *Le Soleil*. 06-07, 1986; p. B5.

300. Noël A. Le tabac tue 10000 Québécois par an, rappellent les médecins. *La Presse*. 02-02, 1994; p. A5.
301. Soulié J-P. À 3\$ le paquet, les jeunes vont fumer davantage. *La Presse*. 02-08, 1994; p. A1.
302. Thibodeau M. Le pharmacien Jean Coutu comparaît devant ses pairs pour vente de cigarettes. *La Presse*. 11-07, 1995; p. A13.
303. Parent R, PC. Un comité de discipline entend la plainte contre le pharmacien Jean Coutu. *La Presse*. 11-08, 1995; p. A5.
304. Corbeil M. Les professionnels de la santé s'affrontent. *Le Soleil*. 05-29, 1998; p. A8.
305. Bouchard A. Coup de pouce à une loi antitabac Des médecins exhibent chiffres, radiographies et... malades. *Le Soleil*. 06-17, 1998; p. A8.
306. PC. Le pharmacien Jean Coutu veut vendre encore du tabac. *La Presse*. 12-19, 1995; p. A9.
307. PC. Jean Coutu tient à la vente de cigarettes. *Le Soleil*. 12-19, 1995; p. A6.
308. Corbeil M. Plus rien ne s'oppose à la loi antitabac. *Le Soleil*. 06-12, 1998; p. A9.
309. Paré I. Le Groupe Jean Coutu prône une baisse des taxes sur les cigarettes. *Le Devoir*. 02-02, 1994; p. A2.
310. Tougas C. Juridiction contestée. *La Presse*. 11-13, 1995; p. B2.
311. Samson JJ. Éditorial Que Bouchard n'écrase pas. *Le Soleil*. 06-04, 1998; p. B10.
312. Samson JJ. Éditorial Apothicaire ou entrepreneur. *Le Soleil*. 06-30, 1998; p. B7.
313. Gagnon L. La démission des notables. *La Presse*. 02-05, 1994; p. B3.
314. Maltais M. L'Ontario et le tabac La charrue devant les boeufs. *Le Droit*. 11-24, 1993; p. 18.
315. Poulain J. Le coût du tabac pour les non-fumeurs. *La Presse*. 01-23, 1986; p. C4.
316. Gagnon L. Les jeunes et le tabac. *La Presse*. 03-03, 1994; p. B3.
317. PC. Tabac Une pub contestée. *Le Soleil*. 02-22, 1996; p. A6.
318. Paré I. Industrie du tabac: Des organismes de santé réclament une commission royale d'enquête CBC révèle des faits troublants sur l'implication de hauts dirigeants dans la contrebande de cigarettes. *Le Devoir*. 01-22, 1998; p. A2.
319. Boulanger M. À votre tour de faire votre travail! *Le Soleil*. 02-06, 1998; p. B6.

320. Dampousse F. Contrebande du tabac: les fabricants responsables Les compagnies de tabac sont grandement complaisantes envers les activités criminelles des contrebandiers. *La Presse*. 05-04, 1998; p. B3.
321. Noël A. La route du tabac. Quand les médias se font complices. *Le 30*. 1994(Avril):7-10.
322. Lessard R. Tabac: la santé est tenue à l'écart du débat. *La Presse*. 02-04, 1994; p. B3.
323. Science-Press A. Santé Des plants de tabac bourrés de nicotine. *Le Soleil*. 10-15, 1995; p. B6.
324. Province de Québec. Loi sur le tabac, L.R.Q., Chapitre 33; 1998.
325. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*: Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health (DHHS No. (CDC) 88-8406); 1986.
326. Département de santé communautaire de Lanaudière. *Sommaire de la rencontre Information-Concertation*. Montréal: Comité provincial sur le tabagisme et la santé; 02-05 1988.
327. Roy A. Le tabagisme dans les lieux publics. Que de la fumée aux yeux des non-fumeurs, selon Cig-Arrête. *Le Soleil*. 05-24, 1986; p. A3.
328. Province de Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives : L.Q. 1991, chapitre 42 modifié par: L.Q. 1992, chapitre 21 : codification administrative; 1992.
329. Noël A. Le Québec exporte cent fois plus de tabac aux USA qu'il y a 10 ans Le hic, c'est que les Américains ne fument presque pas de cigarettes canadiennes! *La Presse*. 01-22, 1994; p. A1.
330. Pelchat P. Professionnels opposés à une baisse de la taxe sur le tabac. *Le Soleil*. 12-08, 1993; p. A7.
331. Pelchat P. Un désastre pour la santé publique. *Le Soleil*. 02-09, 1994; p. A3.
332. Parent R, PC. Tabac: contrôler l'industrie pour contrer la contrebande Un regroupement d'organismes demande notamment de réinstaurer la taxe à l'exportation du tabac. *La Presse*. 01-11, 1994; p. A5.
333. Anonyme. Le MATRAC poursuit sa tournée 540 cartouches s'envolent à Lachute. *Le Devoir*. 01-29, 1994; p. A4.
334. Charbonneau J-P. Le MATRAC poursuit avec succès sa campagne à Lachute. *La Presse*. 01-29, 1994; p. A8.
335. Noël A. Pause dans les exportations de tabac Imperial Tobacco confirme qu'elle a suspendu la vente de ses produits aux Etats-Unis. *La Presse*. 02-03, 1994; p. A1.

336. Levesque L, PC. Échec à la contrebande Les syndiqués du tabac respirent. *La Presse*. 02-10, 1994; p. A6.
337. Adam M. Les aléas de l'ingénierie sociale. *La Presse*. 02-12, 1994; p. B2.
338. Comité provincial de la santé publique sur le tabac. *État de la situation de la mise en application du Plan d'action de lutte au tabagisme dans les Directions de la santé publique*: Comité provincial de santé publique sur le tabac; Avril 1997.
339. Gagnon K. L'usage du tabac a doublé en cinq ans au secondaire. *La Presse*. 10-22, 1997; p. A1.
340. Corbeil M. Élections 94 Le PQ rétablira les taxes sur le tabac. *Le Soleil*. 07-29, 1994; p. A1.
341. Montpetit C. Semaine sans fumée Une dizaine de plaintes par jour. *Le Devoir*. 01-17, 1995; p. A3.
342. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Les Publications du Québec; 1988.
343. Léger M-F. Tabac : le milieu médical dénonce le jugement de la Cour suprême Cette décision annule "des années d'efforts de prévention". *La Presse*. 09-23, 1995; p. A7.
344. Food and Drug Administration. Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents: proposed rule. *United States Federal Register*; 60:41314-75; 1995.
345. Rutter T. US president announces own tobacco deal. *British Medical Journal*. 1997;315(7111):763-766.
346. Charatan FB. President Clinton approves curbs on tobacco. *British Medical Journal*. 1996;313(7056):509-.
347. Gottlieb S. Supreme Court rules that FDA cannot regulate tobacco industry. *British Medical Journal*. 2000;320(7239):894-.
348. AFP. Soutien des cardiologues américains au projet anti-tabac de Clinton. *La Presse*. 11-14, 1995; p. A12.
349. Glantz SA, Barnes DE, Bero L, Hanauer P, Slade J. Looking through a keyhole at the tobacco industry. The Brown and Williamson documents. *Journal of the American Medical Association*. 1995;274(3):219-224.
350. Glantz SA, Fox BJ, Lightwood JM. Tobacco litigation. Issues for public health and public policy. *Journal of the American Medical Association*. 1997;277(9):751-753.
351. AFP. Accord "historique" entre l'industrie du tabac et la Floride. *La Presse*. 08-26, 1997; p. A10.

352. Dubuc A. Le temps du tabac tire à sa fin. *La Presse*. 08-27, 1997; p. B2.
353. Clegg Smith KM, Wakefield MA, Nichter M. Press coverage of public expenditure of Master Settlement Agreement funds: how are non-tobacco control related expenditures represented? *Tobacco Control*. 2003;12(3):257-263.
354. Wilbur P. Advocating for dollars: unanticipated lessons in allocating Master Settlement Agreement funds. *Health Promotion Practice*. 2004;5(3(Supp)):33S-34S.
355. Hamilton WL, Turner-Bowker DM, Celebucki CC, Connolly GN. Cigarette advertising in magazines: the tobacco industry response to the Master Settlement Agreement and to public pressure. *Tobacco Control*. 2002;11(90002):54ii-58.
356. King CI, Siegel M. The master settlement agreement with the tobacco industry and cigarette advertising in magazines. *The New England Journal of Medicine*. 2001;345(7):504-511.
357. AFP, AP. Etats-Unis L'accord sur le tabac est mort et enterré. *Le Soleil*. 04-09, 1998; p. A19.
358. Anonyme. Clinton demande au fabricant de tabac RJR Nabisco de reconsidérer son refus. *Le Devoir*. 04-09, 1998; p. B5.
359. AFP. L'industrie américaine du tabac versera 370 milliards à l'État. *La Presse*. 06-21, 1997; p. A14.
360. Anonyme. En bref Le chameau abandonné. *La Presse*. 07-11, 1997; p. C11.
361. AFP. Un règlement entre les États américains et l'industrie du tabac reste incertain. *La Presse*. 06-02, 1997; p. C15.
362. Damphousse F. Les duperies de l'industrie du tabac. *Le Devoir*. 08-09, 1996; p. A8.
363. Laramée P. *Présentation corporative au comité directeur de la coalition pour la santé*. Montréal: Sogescocommunications; 12-04 1995.
364. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. *Plate-forme et liste des organismes membres de la Coalition québécoise sur le contrôle du tabac*. Montréal: Coalition québécoise pour le contrôle du tabac; mai 1997.
365. Comité provincial de santé publique sur le tabac et la santé. *Stratégie de communication. Faciliter l'adoption d'un projet de loi sur le tabagisme au Québec*: Conseil des directeurs de la Santé Publique; 17 et 18 avril 1997.
366. Le groupe BDDS. *Projet de loi du gouvernement du Québec sur le tabac. Plan de relations publiques* 06-25 1997.
367. Marketel. *Projet de loi sur le tabagisme. Stratégie publicitaire. Document préliminaire* 1997.
368. Delbes M, PC. Grand Prix du Canada. Lucien Bouchard a eu le plancher à lui tout seul. *Le Droit*. 06-16, 1997; p. 15.

369. Comité de communication. *Verbatim de la réunion du Com-Com du 22 janvier 1998.*
370. Tremblay R. Villeneuve, le monde l'aime! "Je suis chez moi, c'est différent". *La Presse.* 06-04, 1998; p. S5.
371. T F. La Conférence canadienne des arts et le « Ralliement pour la liberté de commandite ». *Info-tabac.* 1996(1).
372. Létourneau M. La commandite des manufacturiers de tabac: Un droit légitime Les organismes culturels et sportifs, devenus coupables par association aux yeux des groupes antitabac, ont le droit de se défendre. *Le Devoir.* 11-22, 1996; p. A11.
373. Reuter. Les États-Unis songent à appliquer au tabac la législation sur les stupéfiants. *La Presse.* 02-27, 1994; p. A4.
374. Bueckert D, PC. De la nicotine artificielle ajoutée aux cigarettes? *La Presse.* 03-02, 1994; p. A1.
375. AFP. En bref Cigarette interdite. *Le Soleil.* 02-26, 1994; p. F12.
376. Aubin J, Caouette L, Gratton J. *L'usage de la cigarette au Québec, 1985 à 1994 : analyse d'enquêtes multiples.* Montréal: Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 1996.
377. Gilmore J. *Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001.* Ottawa: Statistique Canada; 2002.
378. Petrowski N. Joyeux Titanic. *La Presse.* 12-24, 1997; p. A5.
379. Corbeil M. Loi antitabac Rochon mène une guerre d'usure: Le temps pourrait devenir l'ennemi de la législation. *Le Soleil.* 05-09, 1998; p. A17.
380. Noël A. Un plan visant à diminuer la consommation de tabac et à réprimer les marchands. *La Presse.* 07-16, 1994; p. A7.
381. Malo LM. Demande de la collaboration de la Régie dans l'application de la LPNF. Lettre adressée à G. Audet. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cabinet du sous-ministre; 1995.
382. Colin C. Demande de collaboration des Régies régionales dans l'organisation de la Semaine Québécoise sans fumée et annonce de l'attribution de 1 150 000 dollars aux Régies pour la lutte au tabagisme. Lettre adressée à H. Gautier. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau de la sous-ministre adjointe de la santé publique; 1995.
383. Parent R, PC. Pharmacies: Jean Coutu peut-il vendre des cigarettes ? L'Ordre des pharmaciens a ouvert une enquête sur la plainte portée par un militant antitabac. *Le Devoir.* 11-08, 1995; p. A3.
384. PC. Tabagisme: Débat sur la vente de cigarettes en pharmacie On trouve de tout, chez Jean Coutu, accuse un militant antitabac. *Le Soleil.* 11-08, 1995; p. A9.



385. Rochon J. Annonce de l'attribution d'un budget de 5 M\$ à la lutte au tabagisme pour l'année financière 1995-96. Lettre adressée à J.-C. Beaudoin. Québec: Le ministre de la Santé et des Services sociaux; 1993.
386. Anonyme. Le cabinet Chrétien. *La Presse*. 01-26, 1996; p. B1.
387. Rochon J. Annonce du montant alloué au budget tabac pour l'année 1996-97. Lettre adressée à J.-C. Beaudoin. Québec: Le ministre de la Santé et des Services sociaux; 1996.
388. Paré I. Les mineurs peuvent acheter tout le tabac qu'ils veulent. *Le Devoir*. 09-04, 1996; p. A2.
389. Lamon G. 50 % des commerces vendent du tabac aux jeunes. *La Presse*. 09-04, 1996; p. A6.
390. Gauthier G. Dingwall impose de nouvelles restrictions aux fabricants. *La Presse*. 11-29, 1996; p. A1.
391. Delbes M. Le Grand Prix de Montréal mourra en juin si Legault: "Ce n'est pas une menace, c'est une réalité". *Le Soleil*. 12-10, 1996; p. D1.
392. Richer J. La perte des commandites de tabac Rozon exige compensation. *Le Devoir*. 12-11, 1996; p. A3.
393. Routhier B. Compagnies de tabac: Pas de commandite, pas de magasins de la SAQ! Voilà ce que le maire L'Allier écrit aux ministres David Dingwall et Jean Rochon. *Le Soleil*. 12-04, 1996; p. A3.
394. Bourcier G. Au Grand Prix de San Marino Normand Legault marche sur des oeufs. *La Presse*. 04-25, 1997; p. S9.
395. Toupin G. Le premier ministre Chrétien opte pour la continuité. Le Québec conserve ses sept ministres, l'Ontario et l'Ouest prennent du galon. *La Presse*. 06-12, 1997; p. A1.
396. Rochon J. Annonce de l'allocation du budget tabac aux Régies année 1997-1998. Lettre adressée à J.-C. Beaudoin. Québec: Député de Charlesbourg. Le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable de la région de Québec; 1997.
397. Mouvement en faveur du Fonds québécois pour la culture le sport et la santé. Communiqué de presse. Le Mouvement en faveur du Fonds québécois pour la culture, le sport et la santé: Agir pour la santé des Québécois et la santé des événements. Montréal; 1997.
398. Dion J. Le Grand Prix du Canada est-il sauvé ? Allan Rock consent à ce que pilotes et voitures arborent des publicités sur le tabac. *Le Devoir*. 10-29, 1997; p. A5.
399. Anonyme. Réaction antitabac. *La Presse*. 10-30, 1997; p. D9.
400. Gagnon K. Projet de loi antitabac : des effets positifs Selon une étude, cette mesure ferait économiser et créerait des emplois. *La Presse*. 11-12, 1997; p. D1.

401. Shatenstein S. Note de service: Des enfants forts. Montréal: RRSSS Montréal-Centre; 1997.
402. PC. Pressions des compagnies de tabac. Allan Rock ne se laisse pas intimider. *Le Quotidien*. 12-09, 1997; p. 18.
403. Truffaut S. Des Grands Prix en voie de disparition ? *Le Devoir*. 12-10, 1997; p. A2.
404. Lortie M-C. Sans tabac, trois événements sont menacés. *La Presse*. 12-10, 1997; p. D3.
405. Lacroix L. Les groupes antitabac exigent une action vigoureuse des gouvernements Des médecins du CHUM veulent que le ministre Rochon dépose son projet de loi sans délai. *La Presse*. 04-15, 1998; p. A1.
406. PC. Contrôle du tabac; Québec pris entre deux feux C'est maintenant ou jamais, clament des médecins. *Le Soleil*. 04-15, 1998; p. A13.
407. Léger M-F. Québec déposera sa législation sur le tabac avant le 15 mai. *La Presse*. 05-02, 1998; p. A8.

## **Appendices**

## **Appendice 1**

### **Hypothèses du modèle des coalitions plaidantes**

#### **Hypotheses Concerning Advocacy Coalitions<sup>75</sup>**

*Coalition Hypothesis 1:* On major controversies within a *mature* policy subsystem, when policy core beliefs are in dispute, the lineup of allies and opponents tends to be rather stable over periods of a decade or so.

*Coalition Hypothesis 2:* Actors within an advocacy coalition will show substantial consensus on issues pertaining to the policy core, although less so on secondary aspects.

*Coalition Hypothesis 3:* An actor (or coalition) will give up secondary aspects of his or her (its) belief system before acknowledging weaknesses in the policy core.

*Coalition Hypothesis 4:* Within a coalition, administrative agencies will usually advocate more moderate positions than their interest group allies.

*Coalition Hypothesis 5:* Elites of purposive groups are more constrained in their expression of beliefs and policy positions than elites from material groups.

*Coalition Hypothesis 6:* Actors who share policy core beliefs are more likely to engage in short-term coordination if they view their opponents as (a) very powerful and (b) very likely to impose substantial costs upon them if victorious.

#### **Hypotheses Concerning Policy Change**

*Policy Change Hypothesis 1:* The policy core attributes of a governmental program in a specific jurisdiction will not be significantly revised as long as the subsystem advocacy coalition that instituted the program remains in power within that jurisdiction except when the change is imposed by a hierarchically superior jurisdiction.

*Policy Change Hypothesis 2:* Significant perturbations external to the subsystem (e.g., changes in socioeconomic conditions, public opinion, systemwide governing coalitions, or policy outputs from

---

<sup>75</sup> Hypothèses tirées de Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1999). The Advocacy Coalition Framework. An Assessment. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press.

other subsystems) are a *necessary, but not sufficient*, cause of change in the *policy core* attributes of a governmental program.

### **Hypotheses Concerning Learning Across Coalitions**

*Learning Hypothesis 1:* Policy oriented learning across belief systems is most likely when there is an intermediate level of informed conflict between the two coalitions. This requires that a) Each have the technical resources to engage in such a debate. b) The conflict be between secondary aspects of one belief system and core elements of the other or, alternatively, between important secondary aspects of the two belief systems.

*Learning Hypothesis 2:* Problems for which accepted quantitative data and theory exist are more conducive to policy oriented learning across belief systems than those in which data and theory are generally qualitative, quite subjective, or altogether lacking.

*Learning Hypothesis 3:* Problems involving natural systems are more conducive to policy oriented learning across belief systems than those involving purely social or political systems because, in the former, many of the critical variables are not themselves active strategists and because controlled experimentation is more feasible.

*Learning Hypothesis 4:* Policy oriented learning across belief systems is most likely when there exists a forum that is

- a) Prestigious enough to force professionals from different coalitions to participate and
- b) Dominated by professional norms.

*Learning Hypothesis 5:* Even when the accumulation of technical information does not change the views of the opposing coalition, it can have important impacts on policy at least in the short term by altering the views of policy brokers or other important government officials

## **Appendice 2**

### **Le système de croyances et de valeurs du modèle des coalitions plaidantes**

Le sous-système politique est la scène d'affrontements, de transactions entre différentes visions du monde ou plus précisément plusieurs conceptions des problèmes et solutions à un problème d'ordre public. Le modèle définit le système de croyances d'un groupe d'acteurs ou d'une politique comme un ensemble hiérarchiquement structuré en trois strates imbriquées (voir Figure 2, page 44). Le noyau fondamental «*deep core*» d'un système de croyances est celui des croyances normatives et ontologiques de base. C'est à ce niveau du système que l'on trouve les positions sur la nature humaine et que se structure l'échelle des valeurs en donnant un poids relatif à la liberté, la justice, l'équité et ainsi de suite. Découlant de la pensée normative et symbolique, ce sont les croyances et valeurs les plus stables dans le temps et surtout les plus imperméables aux arguments rationnels. Le noyau fondamental affecte les actions et choix de la vie de tous les jours et cela à travers tous les domaines et sous-systèmes politiques. C'est à partir des éléments de ce niveau que l'on peut positionner l'idéologie d'un individu sur le spectre politique gauche-droite.

La strate suivante, celle du noyau politique «*policy core*», porte en elle des catégories de croyances plus spécifiques au sous-système politique. Bien que stable l'ensemble de croyances et de valeurs qui y est associé peut subir des changements importants si le contenu de ce noyau se trouve trop déphasé avec la situation réelle sur le terrain. On trouve également à ce niveau du système de croyances des éléments normatifs auxquels s'ajoutent aussi des éléments fondés sur des données empiriques, ces derniers étant plus susceptibles de changer que les croyances normatives qui sont encore une fois plus étanches aux arguments rationnels. Plus spécifiquement, le noyau politique consiste, selon Sabatier, en les

croyances, valeurs et préférences quant aux moyens et stratégies à mettre en œuvre afin de réussir à imposer le contenu du noyau fondamental.

Enfin, la troisième strate est composée d'une multitude d'aspects secondaires au noyau politique «*secondary aspects*». Chacun de ces aspects englobe uniquement une partie du terrain couvert par le noyau politique. Ils constituent le niveau du système de croyances le plus susceptible de changer puisque leur modification ne remet pas en question les croyances normatives du noyau fondamental et politique. Ces aspects secondaires sont du domaine des préoccupations instrumentales comme par exemple les modalités d'implantation, les détails de l'allocation budgétaire et les règles administratives.

Cette conceptualisation du système de croyances permet de marquer une différence fondamentale entre les changements de politique affectant les aspects secondaires, considérés comme des ajustements mineurs à la politique, et ceux affectant le noyau politique considérés comme des changements majeurs.

## **Appendice 3**

### **Critères d'exclusion et d'inclusion pour la sélection des textes de la presse écrite**

#### Critères d'exclusion

- La question de la législation du tabac (dont la taxation du produit) est secondaire dans l'article.
- L'article porte sur la santé mais pas sur la fumée de tabac dans l'environnement (FTE).
- Les lettres des lecteurs rédigées à titre de simples citoyens.

#### Critères d'inclusion

- L'article traite, comme thème central (ou l'un des thèmes centraux), de la question de la législation du tabagisme et de la taxation des produits du tabac au Québec ou au Canada;
- L'article traite de la FTE;
- L'article présente des résultats de sondage de l'opinion publique au Québec ou au Canada;
- L'article présente des résultats d'enquêtes sur le tabagisme au Québec ou au Canada.

### **Les périodes examinées pour la revue de presse**

Période I: L'adoption le 18 juin 1986 de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* (articles publiés du 86-01-18 au 86-07-18);

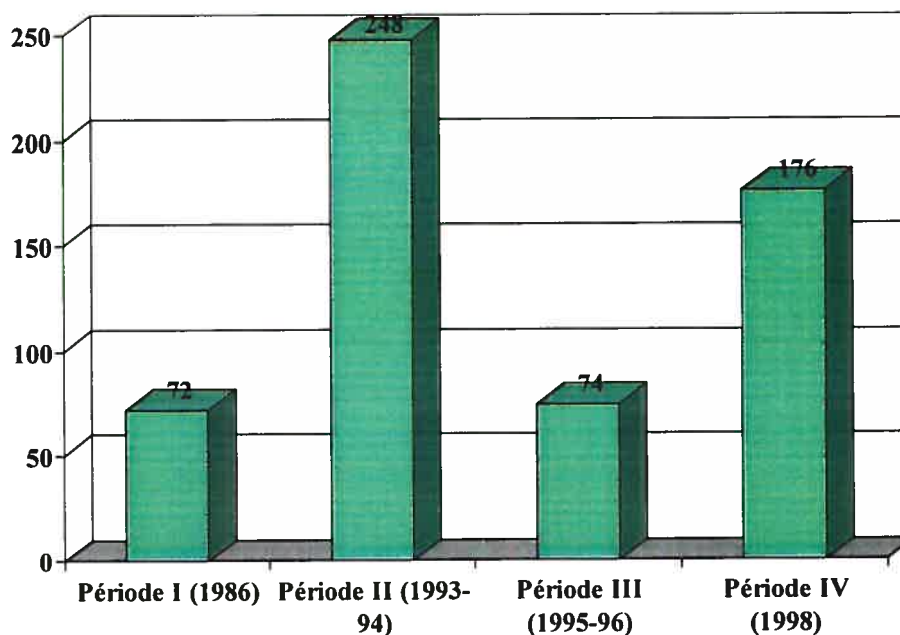
Période II: La baisse des taxes sur le tabac du 8 février 1994 (articles publiés du 93-09-08 au 94-03-08);



Période III: La consultation de 1995 sur une législation québécoise contre le tabagisme (articles publiés du 95-10-01 au 96-04-30);

Période IV: L'adoption le 17 juin 1998 de la loi 444, *Loi sur le tabac* (articles publiés du 97-12-17 au 98-06-17).

### Le nombre de textes de la presse écrite éligibles par période



## Appendice 4

### Grille générale d'entrevue

- 1 Présentation de la recherche
  - L'équipe de recherche
  - Objectifs (C'est aussi pour thèse de doctorat)
  - Contribution du/de la répondante
  - Échéancier
  - Formulaire de consentement
  
- 2 Les informations sur le/la répondante
  - Formation
  - Cheminement de carrière (expériences professionnelles) Essayer de dégager les différentes périodes.
  
- 3 L'implication du/de la répondante dans le dossier du tabagisme
  - Première implication dans le dossier tabac (comment c'est arrivé?)
  - Fonctions occupées initialement dans le dossier tabac.
  - Nature des implications dans le dossier de la loi sur le tabac de 1998.
  - Dans quelles organisations?
  
- 4 Les professionnels en tabagisme au Québec dans les OGSP en 1998
  - Qui travaillait sur le tabac à l'époque de la loi tabac de 1998 (collègues, autres organisations du réseau, ministère) ?
  - Est-ce qu'il y avait des liens entre ces gens/professionnels ?
  - Comment ces liens ont-ils été initiés ?
  - Quel type de relation y avait-il entre ces différents professionnels ?
  
- 5 Les ressources en tabac en 1998
  - Nature des ressources en tabac en 1998 (budgets, expertise) ?

- Niveau de ressources ?
- Utilisation des ressources ?
- Coordination des ressources ? (centralisée ou régionalisée)
- 6 Le climat social tabagisme de 1998
  - Médias
  - Population
- 7 Les interventions effectuées
  - Est-ce qu'on peut identifier un groupe à la base des actions pour la loi?
  - Quelles actions ont été conduites?
  - Avec qui (collègues)?
  - Les problèmes identifiés avec la législation en vigueur
  - Les solutions identifiées.
  - Quelles étaient les barrières à l'adoption de la législation (organisationnelles, ministérielles, sociales, économiques, etc) ?
- 8 Les partenaires non OGSP
  - Qui étaient-ils?
  - Les liens entretenus avec eux ?
  - Leur implication dans le dossier?
  - Les ressources partagées ?
  - La coordination des ressources et actions ?
  - Leur motif à s'impliquer ?
  - Les motifs qui ont motivé les OGSP à aller les chercher où à collaborer avec eux ?
- 9 L'évolution du dossier depuis 1986 ou depuis les tous débuts de l'implication du répondant dans le dossier tabac.
  - L'évolution de la vision de la loi
  - L'évolution de la vision des problèmes et des solutions

L'évolution des ressources en tabagisme

L'évolution du climat social (média/population)

Autres barrières/contraintes

10 Les événements à la base de l'adoption de la loi de 1998.

Organisationnels

Économiques

Sociaux

Sur la scène internationale

11 Le répondant a-t-il autre chose à ajouter? Quelle question aurait-il souhaité qu'on lui pose ?

***Appendice 5***

**Formulaire de consentement**

## Formulaire de consentement

---

### Titre de l'étude

Conditions et dynamiques de transformation de politiques publiques en matière de santé: une analyse du rôle des organisations gouvernementales de santé publique dans l'adoption de la loi québécoise sur le tabac de 1998 (loi 444).

### L'équipe de recherche

Lucie Richard Ph.D. Chercheure principale, Faculté des sciences infirmières et GRIS, Université de Montréal.

France Gagnon, Ph.D. Co-chercheure, Télé-Université, Université du Québec.

Marie Jacques, M.Sc. Collaboratrice, Institut national de santé publique du Québec.

Pierre Bergeron, Ph.D. Représentant de l'Institut national de santé publique du Québec, partenaire de cette recherche.

Eric Breton M.A. Coordonnateur du projet, GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal.

### Description de l'étude

Nous désirons obtenir votre participation à notre étude intitulée: «Conditions et dynamiques de transformation de politiques publiques en matière de santé: une analyse du rôle des organisations gouvernementales de santé publique dans l'adoption de la loi québécoise sur le tabac de 1998 (loi 444)». Ce formulaire vise à vous donner toutes les informations nécessaires pour que vous puissiez prendre une décision éclairée qui s'appuie sur une connaissance suffisante du but de votre participation et des inconvénients et avantages qui en découlent.

Cette étude vise à améliorer les connaissances à l'égard des contextes et interventions qui favorisent l'adoption de politiques de santé. Nous nous intéressons tout particulièrement au rôle joué par les professionnels des organisations gouvernementales détenant un mandat de santé publique. Le cas que nous examinons est celui de l'adoption, en 1998, de la loi 444 «Loi sur le tabac» par le gouvernement du Québec. Plus spécifiquement cette étude vise les deux objectifs suivants:

- (1) Identifier et décrire les conditions et dynamiques à la base des transformations ayant conduit à l'adoption, en 1998, de la Loi sur le tabac du Québec;
- (2) Décrire et expliquer la contribution des organisations gouvernementales détenant un mandat de santé publique dans ce même changement de loi.

## Formulaire de consentement

---

Pour remplir ces deux objectifs, nous ferons appel à trois sources de données: (A) des entrevues conduites auprès de 41 personnes oeuvrant dans différentes organisations de santé publique (MSSS, RRSSS, CLSC, ONG), dans différents ministères, dans les médias ainsi qu'au sein du gouvernement; (B) des documents ministériels, gouvernementaux et administratifs (plan d'actions, procès verbaux de réunions, rapports d'enquête, sondages d'opinions, etc.) et (C) des articles et éditoriaux tirés de la presse écrite.

Outre l'intérêt inhérent d'une description des conditions et des efforts qui ont favorisé l'adoption d'une loi visant à protéger la santé des populations, les résultats pourront potentiellement contribuer à améliorer l'intervention sur les politiques de santé, en réduction du tabagisme et dans d'autres problématiques de santé publique.

### Procédure de l'étude

La participation des 41 répondants et répondantes prendra quatre formes différentes. Plusieurs répondants ne seront sollicités qu'à une ou deux occasions, d'autres, moins nombreux, le seront à trois ou quatre occasions. Nous vous rappelons que vous êtes toujours libre de refuser de participer à l'étude et d'interrompre votre participation en tout temps. Les quatre formes de participation sont les suivantes:

- (1) Une entrevue pouvant durer jusqu'à 1 heure 30, effectuée à votre bureau ou par téléphone et au cours de laquelle vous serez questionné sur différents sujets touchants l'adoption de la loi (par exemple, l'organisation des efforts). Aucune préparation préalable n'est nécessaire. Notez qu'il est possible que quelques mois après cette entrevue nous sollicitons votre collaboration pour une autre rencontre. Cette rencontre pourrait être nécessaire pour apporter des précisions aux informations collectées ou combler certaines lacunes dans notre banque de données.
- (2) Une entrevue de validation des données. Il est possible que vous soyez également invité à participer à la validation des données. Il s'agira pour vous de nous donner votre avis sur la justesse de la description des événements/interventions et d'apporter les correctifs qui s'imposent.
- (3) Une entrevue de validation des résultats. Il est également possible que vous soyez convié à participer à la validation des résultats des analyses. Nous tiendrons compte des commentaires formulés lors de cette étape en corrigeant ou en précisant nos résultats avant de procéder à leur diffusion.
- (4) Enfin, selon le cas, nous demanderons votre aide afin d'identifier et de consulter les documents susceptibles d'améliorer notre base de données et les résultats de nos analyses.

## Formulaire de consentement

---

Avec votre consentement, la ou les entrevues seront enregistrées sur cassette audio pour ensuite être transcrites sur ordinateur. Les textes des entrevues seront incorporés à notre banque de données ce qui en permettra le traitement et l'analyse.

### **Avantages et bénéfices**

Hormis l'occasion qui vous sera donnée de réfléchir à l'action de la santé publique sur les politiques publiques et de participer au développement de la connaissance dans ce domaine, il n'y a pas d'avantages ni de bénéfices individuels escomptés pour cette recherche.

### **Inconvénients et risques**

Outre le temps que vous consacrerez à la ou les entrevues et/ou au repérage des documents administratifs ou autres, aucun autre inconvénient n'est envisagé pour cette recherche. Il n'y a pas de risques connus à participer à cette étude.

### **Modalités de respect de la confidentialité**

Cette recherche se fera dans le plus strict respect du principe de la confidentialité. Chacune des personnes interrogées se verra attribuer un code d'identification. Seul ce code identifiera les entrevues effectuées avec ce dernier. Seul l'agent de recherche aura accès aux cassettes et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux transcriptions d'entrevues. Les textes d'entrevue seront dénominalisés pour protéger les répondants. Les cassettes, textes des entrevues et documents recueillis seront gardés sous clé dans un bureau du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) au Pavillon Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal. Le personnel affecté à la transcription des entrevues signera un formulaire de confidentialité. Tous les enregistrements audio d'entrevue seront conservés pendant une période de cinq ans après la fin des analyses. Les résultats publiés dans la thèse ou dans des articles, monographies ou autres ne feront référence aux participants que sous forme agrégée de catégories d'acteurs (par exemple: les professionnels de la santé publique, les représentants des organisations non gouvernementales).

### **Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, un refus ne vous causera aucun préjudice. Il est de votre droit le plus strict de vous retirer de l'étude à tout moment, sans craintes de préjudice, et sans qu'il vous soit nécessaire de justifier votre décision. Dans le cas où les conditions et la procédure présentées dans ce formulaire venaient à être modifiées, votre consentement serait alors sollicité à nouveau.



## Formulaire de consentement

### Noms des personnes-ressources

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude ou si vous avez des plaintes ou souhaitez nous aviser de votre retrait de l'étude, s'il vous plait communiquez avec:

Eric Breton, M.A.  
 Coordonnateur  
 Groupe de recherche  
 interdisciplinaire en santé  
 Université de Montréal  
 C.P. 6128, Succursale Centre-ville  
 Montréal (Québec) H3C 3J7  
 Tél.: 514-343-6111 #5427  
 Fax: 514-343-2207  
 Courriel: [REDACTED]

Lucie Richard, Ph.D.,  
 Chercheure principale  
 Faculté des sciences infirmières et  
 GRIS  
 Ou  
 encore  
 avec  
 Université de Montréal  
 B.P. 6128 Succursale Centre-Ville  
 Montréal (Québec) H3C 3J7  
 Tél.: (514) 343-7486  
 Fax: (514) 343-2306  
 Courriel : [REDACTED]

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Madame Jocelyne St-Arnaud (téléphone (514) 343-7619). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-José Rivest (téléphone (514) 343-2100).

### Consentement

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal et sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je soussigné (e), accepte de participer à cette étude.

Nom du participant ou de la participante	Signature	Date
Nom du témoin	Signature	Date

## Formulaire de consentement

---

### Engagement du chercheur

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.

---

Nom du chercheur

---

Signature

---

Date

## Appendice 6

### Thèmes et sources de données découlant des propositions de recherche

<i>Propositions</i>	<i>Thèmes à documenter</i>	<i>Sources de données</i>
<p>P1. Le risque pour la santé associé au tabagisme a évolué vers une reconnaissance de plus en plus répandue des dangers non seulement pour les fumeurs mais aussi de la fumée de tabac environnementale pour la santé des non-fumeurs, situation qui a posé une contrainte de taille à la coalition anti-législation et avantagé la coalition pro-législation.</p>	<p>Le discours de la coalition pro-législation sur la FTE.</p> <p>Le discours de la coalition anti-législation sur la FTE.</p> <p>Le discours des acteurs politiques et gouvernementaux sur la FTE.</p> <p>Les informations véhiculées par les médias écrits sur la FTE.</p>	<p>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</p> <p>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSST et des organisations clé également concernées par la question du tabac;</p> <p>- Mémoires des commissions parlementaires;</p> <p>- Revue de presse.</p>
<p>P2. Le changement de la loi sur le tabac résulte d'une série d'événements qui ont affecté les ressources et le niveau de contrainte des coalitions du sous-système. Ces événements sont:</p> <p>P2A un changement des perceptions de la population à l'égard du tabagisme (sur l'importance du problème, la nature des causes et sur les solutions appropriées);</p>	<p>Les perceptions de la population de 1986-1998 à l'égard du tabagisme (sur l'importance du problème, la nature des causes et sur les solutions appropriées).</p>	<p>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</p> <p>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSST et des organisations clés également concernées par la question du tabac (Résultats d'enquêtes d'opinion, analyse de l'opinion publique);</p> <p>- Revue de presse (Résultats d'enquêtes d'opinion, analyse de l'opinion publique, commentaires sur les résultats).</p>

<i>Propositions</i>	<i>Thèmes à documenter</i>	<i>Sources de données</i>
<p>P2B l'arrivée en fonction d'acteurs politiques et gouvernementaux ouverts aux stratégies préventives d'amélioration de la santé des populations;</p>	<p>Le discours sur la législation du tabagisme des acteurs politiques et gouvernementaux avant et après l'élection provinciale de 1994.  Les ressources en prévention/promotion allouées par l'État avant et après l'élection provinciale de 1994.  Les ressources en réduction du tabagisme allouées par l'État avant et après l'élection de 1994.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</li> <li>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSSS et des organisations clés également concernées par la question du tabac;</li> <li>- Revue de presse.</li> </ul>
<p>P2C la diminution des taxes sur le tabac.</p>	<p>Le discours sur la législation du tabagisme des acteurs politiques et gouvernementaux avant et après la diminution des taxes sur le tabac.  Les ressources gouvernementales en réduction du tabagisme avant et après la diminution des taxes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</li> <li>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSSS et des organisations clés également concernées par la question du tabac;</li> <li>- Revue de presse.</li> </ul>
<p>P3A. Les organisations ont constitué une coalition afin de mettre en action un niveau et une variété de ressources suffisants pour atteindre le seuil de prépondérance (i.e. contrôler l'environnement externe).</p>	<p>Les motifs des OGSP à participer à la mise sur pied et au maintien de la coalition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</li> <li>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSSS et des organisations clés également concernées par la question du tabac;</li> <li>- Documents des organisations partenaires.</li> </ul>
<p>P3B. Les organisations ont recruté les partenaires de la coalition sur la base des ressources requises pour les efforts et en fonction des liens d'affinité existants.</p>	<p>Le recrutement des partenaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</li> <li>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSSS et des organisations clés également concernées par la question du tabac.</li> <li>- Documents des organisations partenaires.</li> </ul>

<i>Propositions</i>	<i>Thèmes à documenter</i>	<i>Sources de données</i>
<p>P3C. Pour éviter la défection des membres et l'éclatement de la coalition, les organisations ont donné à cette entité une structure de pouvoir collégiale de type réseau et assuré aux membres l'obtention d'un avantage éventuel supérieur à leur non-participation.</p>	<p>La structure des pouvoirs dans les coalitions. Les motifs des partenaires à participer à la mise sur pied et au maintien de la coalition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</li> <li>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSST et des organisations clés également concernées par la question du tabac.</li> <li>- Documents des organisations partenaires.</li> </ul>
<p>P4. La coalition pro-législation a axé ses efforts sur la modification des perceptions de la population à l'égard du tabagisme par des stratégies d'éducation et de sensibilisation mises en œuvre à travers ses différentes organisations et par l'utilisation des médias d'information pour diffuser sa vision du problème et des solutions.</p>	<p>Les interventions d'éducation et de sensibilisation de la coalition pro-législation. La diffusion dans la presse écrite de la vision des problèmes et des solutions de la coalition pro-législation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</li> <li>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSST et des organisations clés également concernées par la question du tabac;</li> <li>- Revue de presse.</li> </ul>
<p>P5. La coalition pro-législation a œuvré à convaincre les autorités gouvernementales des causes/de la gravité du problème et des solutions disponibles.</p>	<p>Les interventions de la coalition pro-législation à l'égard des acteurs politiques et gouvernementaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevues avec les acteurs pro-législation;</li> <li>- Documents du MSSS, des DSC, des RRSST et des organisations clés également concernées par la question du tabac;</li> <li>- Mémoires des commissions parlementaires;</li> <li>- Revue de presse.</li> </ul>

## **Appendice 7**

### **Lettre de sollicitation de certains répondants clés à l'opération de validation des résultats**

Montréal, le [date]

[Nom]

[Poste]

[Organisation]

[Adresse]

Objet : *validation des résultats de la recherche portant sur l'adoption de la Loi sur le tabac.*

Cher Monsieur/madame X

Il y a quelques mois, vous avez aimablement accepté de répondre à nos questions sur les événements, interventions et conditions qui ont contribué à favoriser l'adoption, en 1998, de la *Loi sur le tabac*. Les informations que vous avez livrées nous sont des plus précieuses et c'est pourquoi au nom de toute l'équipe nous tenons à vous en remercier une fois de plus.

La rédaction de notre rapport de recherche va bon train. Ce rapport doit être livré au *Conseil de la recherches en sciences humaines du Canada* (CRSH) à la fin de janvier 2005. Nos travaux s'appuient sur une base de données volumineuse constituée à partir de sources multiples. Nous avons interviewé 28 personnes,

collecté et analysé plus de 550 articles de presse et plus de 300 documents en lien avec la loi et la problématique du tabagisme.

Nos résultats de recherche ne sont pas à l'abri d'interprétations inexactes, d'anachronismes ou d'omissions. C'est pourquoi, nous tenons à soumettre nos résultats préliminaires à un groupe restreint de personnes qui comme vous détiennent une bonne connaissance du dossier du tabagisme au Québec. Afin d'effectuer cette validation des résultats, nous soumettons à votre examen la version préliminaire du rapport.

Nous attirons votre attention sur deux objectifs de cette validation :

- Le premier est d'identifier les erreurs factuelles. Nous vous serions très reconnaissants de signaler les éléments erronés et si possible de nous donner l'heure juste ou encore de nous signaler les documents susceptibles de nous permettre de remédier à ces erreurs.
- Le second objectif de cette validation est d'identifier les éléments susceptibles de nuire d'une façon ou d'une autre aux répondants ou aux institutions qui seraient explicitement ou implicitement identifiés dans le texte. Le cas échéant, nous procéderons à une reformulation des résultats qui en permettra la diffusion sans pour cela affecter, outre mesure, les acteurs du changement de la politique tabac du Québec.

Les résultats de recherche sont exposés dans les sections 5 à 8 du rapport préliminaire [Note : sections 4 à 7 de cette thèse]. Nous souhaitons recevoir votre avis sur ces sections. Nous vous transmettons tout de même les premières sections du rapport qui posent le contexte, les buts et la méthodologie appliquée à cette recherche. Vous pourrez donc vous y référer à titre informatif tout en sachant que l'exclusion de ces sections, en plus d'alléger cette tâche, ne devrait pas nuire à votre compréhension des résultats.

Pour recueillir vos commentaires et limiter vos efforts, nous vous proposons de communiquer avec vous par téléphone ou encore en personne. Si vous préférez,

vous pouvez également procéder par écrit, soit par courriel ou encore en nous retournant le manuscrit annoté en marge du texte (s.v.p. adresser le tout à Eric Breton).

Je termine en vous assurant que vos commentaires et critiques seront reçus avec le plus grand intérêt. Cette étape de validation est centrale dans notre démarche en ce qu'elle permettra de maximiser la qualité des données et analyses présentées et incidemment de faire rayonner en toute légitimité les enseignements de l'expérience québécoise sur la scène internationale.

En comptant sur votre précieuse collaboration, je vous prie, Monsieur/madame X, de bien vouloir recevoir l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Eric Breton  
Coordonnateur de la recherche  
GRIS  
Université de Montréal  
C.P. 6128, Succ. Centre-ville  
Montréal, QC  
H3C 3J7  
514-343-6111 #5427 (tél.)  
514-343-2207 (fax)

Lucie Richard, Ph.D.  
Chercheure principale  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
C.P. 6128, Succ. Centre-ville  
Montréal, QC  
H3C 3J7  
Tél. 514-343-7486 (tél.)  
Fax. 514-343-2306 (fax)

P.j. Version préliminaire du rapport de recherche.



## Appendice 8

### Principaux événements en lien avec la question du tabac au Québec de 1994 à 1998

Adoption des plans de lutte contre la contrebande du Canada et du Québec.(réduction substantielle des taxes sur le tabac) <sup>(35,36)</sup>	8 février 1994
Aux États-Unis la Food and Drug Administration présente des éléments de preuve qui justifient l'inclusion de la nicotine dans les drogues réglementées. <sup>(37)</sup>	25 mars 1994
Adoption par le MSSS du <i>Plan d'action de lutte au tabagisme</i> . <sup>(380)</sup>	Juin 1994
Transfert par décret(#821/94) de la responsabilité de l'application de la <i>Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics</i> (article 36, chapitre VII) du ministère de l'Environnement au ministère de la Santé et des Services sociaux. <sup>(381)</sup>	8 juin 1994
L'État du Minnesota et la compagnie d'assurances Blue Cross/Blue Shield déposent une plainte en justice contre les principaux fabricants de tabac afin d'obtenir le remboursement d'une partie des frais de santé publique occasionnés par le tabagisme. <sup>(39)</sup>	Août 1994
Élection du Parti québécois à la tête du gouvernement du Québec.	12 septembre 1994
Le nouveau ministre de la santé annonce qu'il entend déposer une loi visant à limiter l'accès des jeunes au tabac (interdiction de la vente de tabac aux mineurs, de la vente dans les pharmacies et des machines distributrices de cigarettes dans les endroits accessibles aux mineurs). <sup>(148-150)</sup>	Novembre – décembre 1994
Dans une lettre adressée à chacun des DG de RRSSS, on annonce que 3 millions de dollars seront investis dans la lutte au tabagisme pour l'année 1994-1995 dont 1,15 millions seront versés aux Régies régionales. <sup>(382)</sup>	9 janvier 1995
Annonce par le ministre de la Santé Jean Rochon de l'affectation de 20 millions de dollars à la réduction du tabagisme. <sup>(341)</sup>	16 janvier 1995
Inauguration du bureau québécois de l'ADNF	Février 1995
Le ministre Rochon annonce que le MSSS consultera la population à l'automne pour renforcer les lois tabac du Québec (il est question, d'aborder la question de la vente de tabac aux mineurs, celle des machines distributrices et de l'usage du tabac dans les endroits publics). <sup>(151,156)</sup>	Mai 1995
L'administration américaine du président Clinton autorise la FDA à prendre des mesures pour réduire la vente et la promotion du tabac auprès des adolescents. <sup>(40)</sup>	août 1995
La Cour suprême invalide certains articles de la <i>Loi réglementant les produits du tabac</i> qui restreignaient la promotion des produits du tabac. <sup>(41)</sup>	21 septembre 1995
Présentation du projet de coalition santé au Conseil des directeurs de santé publique. <sup>(159)</sup>	Novembre 1995

Début des audiences du comité de discipline de l'Ordre des pharmaciens du Québec afin de déterminer si le pharmacien Jean Coutu tient, en vendant des cigarettes, un commerce incompatible avec sa profession. <sup>(303,383,384)</sup>	7 novembre 1995
Le ministre de la Santé, Jean Rochon, lance la consultation publique sur une législation québécoise contre le tabagisme dont l'adoption est prévue dès 1996. <sup>(42)</sup>	14 novembre 1995
Dans une lettre adressée à chacun des DG de RRSSS, on annonce que 5 millions de dollars seront investis dans la lutte au tabagisme pour l'année 1994-1995 dont 2.1 M\$ seront versés aux Régies régionales. <sup>(385)</sup>	23 novembre 1995
La ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, annonce qu'elle déposera au printemps un projet de loi qui interdira toute forme de publicité sur le tabac. <sup>(160,161,163)</sup>	11 décembre 1995
Remanie ministériel à Ottawa, David Dingwall devient le nouveau ministre de la Santé. <sup>(386)</sup>	25 janvier 1996
La <i>Coalition québécoise pour le contrôle du tabac</i> démarre ses activités. <sup>(43)</sup>	Février 1996
Reprise de la publicité des cigarettes par Rothmans Benson and Hedges et RJR Macdonald. La campagne publicitaire amorcée par cette dernière compagnie suscite une forte réaction du ministre Dingwall qui considère que l'industrie ne respecte pas son propre code d'éthique en visant les jeunes et en affichant ses publicités près des écoles. <sup>(229,317)</sup>	21 février 1996
Le Comité provincial sur le tabac et la santé voit le jour. Il remplace le comité précédent sous la gouverne de l'Association des hôpitaux du Québec. Ce comité relève du Conseil des directeurs de la santé publique qui lui-même relève de la Conférence des régies régionales.	Mars 1996
Lancement officiel de la <i>Coalition québécoise pour le contrôle du tabac</i> . <sup>(43)</sup>	Avril 1996
Embauche de deux agentes de projets pour coordonner l'action des régions dans l'application du plan d'action ministériel.	
Publication du rapport de la consultation. <sup>(158)</sup>	Mai 1996
Le ministre Rochon annonce dans le cadre de la journée sans fumée qu'il prépare un projet de loi qui sera présenté à l'automne pour renforcer les mesures antitabac. <sup>(165)</sup>	31 mai 1996
Dans une lettre adressée aux présidents des CA de chacune des RRSSS, le ministre de la santé annonce que 5 millions de dollars seront investis dans la lutte au tabagisme pour l'année 1996-1997 (soit le même montant que l'année précédente) dont 2,350 M\$ seront versés aux Régies régionales. <sup>(387)</sup>	10 juillet 1996
Une étude réalisée par la Direction de la santé publique de la Régie de la santé de la Montérégie révèle qu'au moins la moitié des commerces de la Rive-Sud vendent du tabac aux jeunes de moins de 18 ans. <sup>(388,389)</sup>	3 septembre 1996
Le Sommet de Montréal sur l'économie et l'emploi organisé par le gouvernement du Québec donne lieu à l'adoption d'un mécanisme d'évaluation de tous les projets de loi susceptibles d'avoir des impacts économiques. <sup>(166,167)</sup> Le projet de loi sur le tabac du ministre de la Santé est le premier à faire l'objet de cette obligation.	30 octobre 1996

---

Le ministre Rochon annonce qu'il entend restreindre la publicité et la commandite du tabac. <sup>(44)</sup>	Novembre 1996
Le ministre fédéral de la Santé David Dingwall présente les mesures antitabac qu'il compte faire adopter par le gouvernement. <sup>(390)</sup> L'annonce suscite une forte réaction de l'industrie, de politiciens du Québec et de représentants des événements commandités. On estime que la survie des événements est menacée. <sup>(391-393)</sup>	28 novembre 1996
Des professionnels tabac des directions de la santé publique amorce une réflexion sur les chances du ministre Rochon de faire adopter sa loi. <sup>(169)</sup>	Décembre 1996
Présentation des principes devant guider la démarche du Com-com sont présentés à l'ensemble des répondants tabac des directions de santé publique et aux représentants du MSSS lors de la réunion provinciale. <sup>(365)</sup>	13 et 14 mars 1997
Dépôt au Conseil des directeurs du document « Stratégie de communication pour faciliter l'adoption d'un projet de loi sur le tabac au Québec ». <sup>(46)</sup>	17 et 18 avril 1997
Adoption du projet de loi fédéral C-71 <i>Loi sur le tabac</i> une loi réglementant la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac. <sup>(45)</sup> Le ministre de la Santé David Dingwall promet d'apporter des amendements à la loi. <sup>(394)</sup>	25 avril 1997
Présentation du projet de Comité de communication à la Conférence des régies régionales. <sup>(46)</sup>	23 mai 1997
Allan Rock devient le nouveau ministre de la santé à la suite des élections fédérales du 2 juin 1997. <sup>(395)</sup>	11 juin 1997
Dans une lettre adressée aux présidents des CA de chacune des RRSS, le ministre de la santé annonce que 5 millions de dollars seront investis dans la lutte au tabagisme pour l'année 1997-1998 (soit le même montant que l'année précédente) dont 1,9 M\$ seront versés aux Régies régionales. <sup>(396)</sup>	7 juillet 1997
Formation des porte-parole (deux rencontre-ateliers sur les communications). <sup>(46)</sup>	Automne 1997
Départ du travail de veille informationnelle (revue de presse quotidienne et réponses et réactions à ce qui se publie dans les journaux)	Septembre 97
Un communiqué de presse annonce que le Mouvement en faveur du Fonds québécois pour la culture, le sport et la santé (FOQCUS) va demander au gouvernement du Québec de créer un fonds de 60 M\$ pour financer les manifestations culturelles et les événements sportifs à caractère touristique en contrepartie de commandites-santé. <sup>(397)</sup>	14 octobre 1997
Un article de Katia Gagnon de La Presse présente les résultats d'une étude du MSSS qui indiquent que le tabagisme chez les jeunes a doublé. <sup>(339)</sup>	22 octobre 1997

---

Le ministre de la Santé Allan Rock annonce qu'il respectera la promesse de Dingwall d'apporter des amendements à la loi C-71. <sup>(398)</sup>	28 octobre 1997
Publication d'une annonce pleine page dans les quotidiens La Presse et Le Soleil. L'annonce signée par 15 organismes invite le gouvernement du Québec à adopter une loi antitabac. <sup>76 (399)</sup>	30 octobre 1997
Les résultats de l'étude d'impacts économique du projet de loi sont commentés dans La Presse. <sup>(400)</sup>	11 novembre 1997
Sondage CROP (du 14 au 17 novembre) sur l'appui de la population au projet de loi pour le Com-com et conférence de presse par la CQCT. <sup>(245)</sup>	20 novembre 1997
Diffusion de l'annonce télé : Les enfants forts. Pour encourager les députés à adopter la loi. La publicité est signée par la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. <sup>(401)</sup>	2 au 15 décembre 1997
Imperial Tobacco expédie une lettre à la direction d'une vingtaine d'événements sportifs et culturels signifiant son intention de ne plus financer ces événements à compter d'octobre prochain, alors que la loi fédérale entrera en vigueur. <sup>(402)</sup>	1 <sup>er</sup> semaine de décembre 1997
Publication d'une étude réalisée pour le compte du Ralliement pour la liberté de la commandite. Les résultats indiquent que la fin de la commandite du tabac signifierait la disparition de trois des huit principaux festivals ou Grands Prix. <sup>(403,404)</sup>	9 décembre 1997
L'approvisionnement en électricité d'une portion importante de la population du Québec est coupé en raison du verglas qui s'est abattu sur la province.	Janvier 1998
Augmentation des taxes fédérale et provinciale sur les cigarettes (le prix de la cartouche augmente de 1,38\$). Des revenus de la taxe provinciale, 12 millions de dollars seront prélevés par le Gouvernement du Québec afin de compenser les événements pour la perte de commandite. La mesure entrera en vigueur avec l'adoption de la loi provinciale. <sup>(179)</sup>	13 février 1998
Le leader de l'opposition et chef du Parti libéral du Québec, Daniel Johnson, annonce son retrait de la vie politique. Le lendemain le Premier ministre du Québec et chef du Parti québécois annonce qu'il reporte les élections provinciales à l'automne le temps que le PLQ se trouve un nouveau chef. <sup>(185)</sup>	2 mars 1998
Les fabricants de tabac américains commencent à remettre au bureau de l'avocat représentant l'État du Minnesota et la compagnie d'assurances Blue Cross/Blue Shield 39 millions de pages de documents portant sur des études confidentielles. <sup>(47,48)</sup>	6 avril 1998
Conférence de presse des pneumologues et oncologues du campus Notre-Dame du CHUM pour exiger le dépôt du projet de loi du ministre Rochon. <sup>(189,405,406)</sup>	14 avril 1998

<sup>76</sup> Signée entre autres par l'Association médicale du Québec, la Fédération des comités de parents et la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac.

---

Lors du dévoilement de la <i>Politique de lutte contre le cancer</i> , le ministre Rochon déclare que le projet de loi ne figure plus nécessairement au rang des priorités du gouvernement. <sup>(186,187)</sup>	21 avril 1998
Une lettre signée par des responsables de l'Hôpital Sainte-Justine est adressée au Premier ministre Lucien Bouchard pour déplorer sa décision de reporter le dépôt du projet de loi. <sup>(188)</sup>	27 avril 1998
Publication du Sondage Sondagem <i>Le tabagisme et la fumée de tabac dans l'environnement au Québec</i> commandé par le Comité provincial de santé publique sur le tabac, de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec et de la direction de la santé publique de Montréal-Centre. <sup>(243)</sup>	30 avril 1998
La DSP de la Montérégie rend public une étude sur l'exposition à la fumée secondaire des travailleurs de la restauration. <sup>(192,193)</sup>	30 avril 1998
Le ministre Rochon annonce que son projet de loi sera déposé avant le 15 mai pour adoption avant la fin de la session parlementaire. <sup>(407)</sup>	1 <sup>er</sup> mai 1998
Le ministre Rochon dépose son projet de loi à l'Assemblée nationale. <sup>(50)</sup>	14 mai 1998
Étude du projet de loi par la commission parlementaire des Affaires sociales. <sup>(51-55)</sup>	27-29 mai 1998
Le ministre fédéral de la santé, Allan Rock, dépose à la chambre des communes des amendements à la <i>Loi sur le tabac</i> . Aux nombres des amendements figurent un délai de 5 ans à l'interdiction de la publicité de commandite. <sup>(56)</sup>	3 juin 1998
Adoption par l'Assemblée nationale de la <i>Loi sur le tabac</i> . <sup>(57)</sup>	17 juin 1998

---

