



information



formation



recherche



coopération
internationale

INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION DANS LA LUTTE ANTITABAC AU QUÉBEC

PERSPECTIVES DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

AVIS SCIENTIFIQUE

INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION
DANS LA LUTTE ANTITABAC AU QUÉBEC
PERSPECTIVES DE SANTÉ PUBLIQUE

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

JUIN 2004

AUTEURES

Marie Jacques, conseillère scientifique
Unité Habitudes de vie de l'Institut national de santé publique du Québec

Francine Hubert, conseillère scientifique
Unité Habitudes de vie de l'Institut national de santé publique du Québec

Johanne Laguë, coordonnatrice scientifique
Unité Habitudes de vie de l'Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient leurs collègues et partenaires qui ont enrichi de leurs réflexions et de leurs commentaires cet avis :

- Anne Chabot, responsable du dossier tabac, Direction de santé publique de Laval
- Mario Champagne, responsable du programme de lutte contre le tabagisme, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
- Louise Desjardins, agente de planification, Direction de santé publique de Lanaudière
- Katherine Frohlich, professeure, Université de Montréal
- Louis Gauvin, coordonnateur, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac
- Bernard Heneman, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
- Monique Lalonde, conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec
- Ginette Lampron, responsable du dossier tabac, Table de concertation nationale en promotion et prévention et coordonnatrice des Services Prévention-Promotion et recherche, Direction de santé publique de Lanaudière
- Francis Thompson, analyste politique, Association pour les droits des non-fumeurs
- Michèle Tremblay, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
- Fernand Turcotte, professeur, Université Laval

Ils remercient aussi Mireille Paradis, de la Direction de santé publique de Montréal, pour son travail de mise en page.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2004-050

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2004
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-43277-0
©Institut national de santé publique du Québec (2004)

RÉSUMÉ

Le présent avis vise à préciser quels sont les ajustements que rend nécessaire l'intégration de la dénormalisation dans la pratique de la santé publique au Québec pour optimiser les efforts de tous les acteurs appelés à relever les défis de réduction du tabagisme et de protection de la santé.

L'objet de l'avis a été cerné au plan étymologique, sémantique et historique. L'intégration possible de la dénormalisation à la pratique de la santé publique est illustrée à partir des trois exemples américains les plus souvent associés à la dénormalisation, soient ceux de la Californie, du Massachusetts et de la Floride, ainsi que des expériences canadienne et québécoise. L'expérience québécoise est ensuite analysée à partir d'un modèle d'intégration de la dénormalisation pour dégager les stratégies susceptibles d'accélérer le changement de la norme dans le dossier du tabac au Québec. Inspirées de la *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac*, des recommandations sont formulées.

La dénormalisation est une approche qui vise à changer les normes sociales reliées au tabagisme en agissant sur la nature et les origines de la norme sociale qui encouragent la dépendance et l'usage du tabac, en l'occurrence l'industrie du tabac, et en modifiant le climat social et le cadre juridique afin que le tabac devienne moins acceptable, moins désirable et moins accessible.

Une synergie d'interactions opposant les forces de l'industrie à celles des acteurs antitabac contribue à créer un climat social dynamique qui évolue dans le temps et dans l'espace. Ces interactions sont regroupées en neuf grands ensembles stratégiques : programme écologique, politiques économiques, politiques d'environnements sans fumée, réglementation du produit, éducation, communication et formation, restrictions publicitaires et promotionnelles, restrictions sur la vente, poursuites et responsabilisation de l'industrie et surveillance. Les campagnes de démarketing qui s'inscrivent dans une approche globale et qui peuvent créer un climat social supportant des modifications législatives sont efficaces pour dénormaliser. Les messages les plus efficaces sont ceux qui portent sur la fumée de tabac dans l'environnement, sur les pratiques manipulatrices de l'industrie et sur la dépendance à la nicotine.

À la lumière de la définition et du modèle proposés, la dénormalisation est intégrée à la pratique de santé publique au Québec dans le dossier antitabac surtout depuis la crise de la contrebande et la baisse des taxes sur les produits du tabac qui en a découlé en 1994. Plusieurs leviers d'intervention permettant de modifier la norme sociale en regard du tabac existent dans le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* et dans la Loi sur le tabac. Pour intensifier les efforts de dénormalisation au Québec, quatre types d'actions doivent être mis en œuvre : connaître, faire connaître et contrer les pratiques de l'industrie du tabac qui ont un impact sur la santé publique et sur l'implantation des mesures efficaces de contrôle du tabac, implanter les mesures déjà prévues dans les orientations ministérielles, s'assurer de l'actualisation de toutes les stratégies qui contribuent à dénormaliser – entre autres les campagnes de démarketing – et accentuer l'utilisation de certaines stratégies, en particulier celles qui visent l'optimisation de la protection de tous contre la fumée de tabac dans l'environnement.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VII
1 PORTÉE ET LIMITES DE L'AVIS.....	1
1.1 INTRODUCTION	1
1.2 OBJECTIFS	1
1.3 MÉTHODOLOGIE	2
1.4 LIMITES.....	2
2 ANALYSE DU CONCEPT DE « DÉNORMALISATION » DANS LES ÉCRITS SUR LE TABAGISME.....	5
2.1 ÉTYMOLOGIE ET HISTORIQUE	5
2.2 ÉVOLUTION SÉMANTIQUE	7
2.3 DISTINCTION SÉMANTIQUE ENTRE DÉNORMALISATION ET DÉMARKETING	7
2.4 ÉVOLUTION DU DISCOURS SUR LES CAMPAGNES DE COMMUNICATION	8
2.5 CONSTATS	9
3 DÉNORMALISATION ET EXPÉRIENCES AMÉRICAINES	11
3.1 INTRODUCTION.....	11
3.2 LE PROGRAMME DE CONTRÔLE DU TABAC DE LA CALIFORNIE	11
3.2.1 1 ^{er} objectif : éliminer l'exposition à la fumée de tabac	12
3.2.2 2 ^e objectif : faire connaître et contrecarrer l'influence de l'industrie du tabac au moyen, entre autres, de campagnes médiatiques	12
3.2.3 3 ^e objectif : réduire l'accessibilité des produits du tabac	13
3.2.4 4 ^e objectif : offrir des services de cessation	13
3.2.5 Réponse de l'industrie du tabac au programme de contrôle du tabac californien	14
3.3 LE PROGRAMME DE CONTRÔLE DU TABAC DU MASSACHUSETTS	14
3.3.1 Campagnes médiatiques.....	15
3.3.2 Réponse de l'industrie du tabac au Massachusetts	15
3.4 LE PROGRAMME DE CONTRÔLE DU TABAC DE LA FLORIDE	15
3.4.1 Campagnes médiatiques.....	16
3.4.2 Réponse de l'industrie du tabac au programme de contrôle de la Floride	16
3.5 REGARD CRITIQUE SUR LES PROGRAMMES DE CONTRÔLE.....	16
3.6 CONSTATS	18
4 DÉNORMALISATION ET EXPÉRIENCE CANADIENNE.....	19
4.1 CONTEXTE	19
4.2 UTILISATION DU TERME DÉNORMALISATION AU CANADA	19

4.3	LA STRATÉGIE FÉDÉRALE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 2001-2011	21
4.3.1	Objectifs et conditions de réussite	21
4.3.2	Campagnes médiatiques	21
4.3.3	Éducation du public.....	22
4.3.4	Financement	22
4.4	ACTIONS DU GOUVERNEMENT CANADIEN FACE À L'INDUSTRIE	22
4.5	CONSTATS.....	23
5	DÉNORMALISATION ET EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE.....	25
5.1	CONTEXTE.....	25
5.2	UTILISATION DU TERME DÉNORMALISATION AU QUÉBEC.....	25
5.2.1	Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	25
5.2.2	Directions de santé publique.....	26
5.2.3	Partenaires associés à la lutte contre le tabagisme	26
5.2.4	Milieu communautaire	26
5.2.5	Milieux universitaire et de la recherche	27
5.3	CONSTATS.....	27
5.4	<i>PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 2001-2005</i> ET DÉNORMALISATION	27
5.4.1	Activités de communication.....	30
5.4.2	Reconnaissance du rôle de l'industrie.....	30
5.4.3	Cadre juridique.....	30
5.5	CONSTATS.....	31
6	CADRE D'ANALYSE DE L'INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION DANS LA LUTTE ANTITABAC	33
6.1	DÉFINITION DE LA DÉNORMALISATION DANS LA LUTTE ANTITABAC	33
6.2	CADRE D'ANALYSE DE LA LUTTE ANTITABAC DU SURGEON GENERAL	33
6.2.1	Volet 1 : rapports de force entre l'industrie et les acteurs antitabac	33
6.2.2	Volet 2 : Stratégies qui contribuent à modifier les normes sociales	34
6.2.3	Limites du cadre d'analyse du Surgeon General.....	36
6.3	PROPOSITION D'UN MODÈLE D'INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION DANS LA LUTTE ANTITABAC.....	36
7	ANALYSE DES STRATÉGIES QUI CONTRIBUENT À LA DÉNORMALISATION AU QUÉBEC.....	39
7.1	LEVIERS ASSOCIÉS AU PROGRAMME ÉCOLOGIQUE.....	41
7.2	LEVIERS ASSOCIÉS AUX POLITIQUES ÉCONOMIQUES	41
7.3	LEVIERS ASSOCIÉS AUX POLITIQUES SUR LES ENVIRONNEMENTS SANS FUMÉE	42
7.4	LEVIERS ASSOCIÉS À LA RÉGLEMENTATION DES PRODUITS DU TABAC	43
7.5	LEVIERS ASSOCIÉS AUX MESURES D'ÉDUCATION, DE COMMUNICATION ET DE FORMATION.....	43

7.6	LEVIERS ASSOCIÉS AUX RESTRICTIONS PUBLICITAIRES ET PROMOTIONNELLES SUR LES PRODUITS DU TABAC.....	44
7.7	LEVIERS ASSOCIÉS AUX RESTRICTIONS SUR LA VENTE	45
7.8	LEVIERS ASSOCIÉS AUX POURSUITES ET À LA RESPONSABILISATION DE L'INDUSTRIE	45
7.9	LEVIERS ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE ET À L'ÉVALUATION.....	46
7.10	LEVIERS ASSOCIÉS À LA RECHERCHE	46
DISCUSSION		47
CONCLUSION.....		51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		53
ANNEXE 1 MANŒUVRES DE L'INDUSTRIE DU TABAC		61
ANNEXE 2 COMPARAISON DES LOIS ET RÈGLEMENTS AMÉRICAINS ET CANADIENS CONCERNANT LE TABAC, PAR TYPE, PAYS ET ANNÉE		65
ANNEXE 3 PERCEPTION DES RÉPONDANTS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LA DÉNORMALISATION.....		69
ANNEXE 4 EXPÉRIENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE SES PARTENAIRES DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉNORMALISATION.....		73
ANNEXE 5 DESCRIPTION DES STRATÉGIES QUÉBÉCOISES DE LUTTE CONTRE LE TABAC CORRESPONDANT AU MODÈLE D'INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION.....		81

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1	Illustration du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.....	28
Figure 2	Illustration de la relation entre les stratégies d'intervention et la dénormalisation dans le PQLT	29
Figure 3	Influences agissant sur l'adoption ou le rejet du tabagisme	34
Figure 4	Synergie des stratégies de lutte au tabac.....	35
Figure 5	Illustration de la dynamique des forces associées à la dénormalisation dans la lutte antitabac.....	37
Figure 6	Intégration de la dénormalisation à la pratique de santé publique dans la lutte antitabac	38
Tableau 1	Identification des stratégies québécoises de lutte contre le tabac correspondant au modèle d'intégration de la dénormalisation	40

1 PORTÉE ET LIMITES DE L'AVIS

1.1 INTRODUCTION

La dénormalisation constitue l'une des grandes préoccupations des acteurs engagés dans la lutte contre le tabac. Le récent *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001) soutient que le défi stratégique global pour contrer cette pandémie consiste « à dénormaliser les produits du tabac ainsi que leur mise en marché et la consommation de ces produits ». Au Canada, les *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac* (Comité directeur de la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada, 1999) appellent à la mobilisation pour faire de la prévention, de la protection, de la cessation et de la dénormalisation. Il existe donc une volonté et un intérêt croissant à s'engager à dénormaliser, bien que le terme, les modalités et le savoir-faire soient encore en voie de définition.

1.2 OBJECTIFS

Le présent avis s'inscrit dans le cadre de la première démarche de planification tripartite dans le dossier de la lutte contre le tabac réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les directions de santé publique (DSP) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'INSPQ a accepté le mandat de rédiger un avis scientifique sur les stratégies efficaces à mettre de l'avant en matière de dénormalisation.

Cette demande survient au moment où le réseau des professionnels des DSP, soucieux d'intervenir plus efficacement pour freiner le tabagisme, reconnaissait le besoin d'ajuster ses pratiques à l'environnement québécois. Celui-ci a passablement été modifié depuis la crise de la contrebande et la baisse subséquente des taxes sur le tabac en 1994 ainsi que par l'adoption, en 1998, de la *Loi sur le tabac* (L.Q. 1998, c.33). Cette période coïncidait avec l'émergence, dans le discours sur la lutte au tabac, d'un nouvel objectif entourant le domaine de la dénormalisation.

La rédaction de cet avis s'est effectuée en deux étapes. La première s'est traduite par l'analyse du concept de dénormalisation dans les écrits sur le tabagisme dans une perspective de santé publique. Après un survol étymologique et historique du terme, les auteurs ont identifié les différentes distinctions trouvées dans la littérature. Ensuite, les trois programmes américains de contrôle du tabac qui sont le plus souvent associés à la dénormalisation ont été décrits, de même que les expériences canadienne et québécoise. Une définition de la dénormalisation et un modèle d'analyse de l'intégration de la dénormalisation dans un programme de lutte contre le tabac ont été proposés pour dégager les interventions susceptibles de modifier les normes sociales relatives à l'usage du tabac. Dans un deuxième temps, l'expérience québécoise a été analysée à partir des documents d'orientation et de planification publiés par le MSSS et à partir de la *Loi sur le tabac*.

Finalement, un état de déploiement de chacune des stratégies qui peuvent contribuer à dénormaliser est présenté. Les recommandations sont élaborées sur les bases de la *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac* (OMS, 2003).

En annexe, une description de l'expérience des dix dernières années de pratique de la santé publique au Québec sous l'angle la dénormalisation est proposée.

1.3 MÉTHODOLOGIE

Le présent document a été rédigé en suivant les étapes suivantes :

Pour cerner l'objet de l'avis, soit la dénormalisation :

- recherche étymologique dans différents dictionnaires français et anglais;
- recherche sémantique à partir d'une révision de la documentation des autorités sanitaires américaines et canadiennes qui ont utilisé le terme ou des notions qui s'y rapportent dans la lutte contre le tabac;
- consultation auprès des linguistes de l'Office québécois de la langue française.

Pour illustrer l'intégration de la dénormalisation à la pratique de la santé publique dans la lutte antitabac :

- description et étude des programmes de contrôle du tabac de trois États américains qui ont le plus d'expérience en dénormalisation soit la Californie, le Massachusetts et la Floride;
- description des expériences canadienne et québécoise.

Pour proposer un cadre d'analyse de l'intégration de la dénormalisation à la pratique de la santé publique :

- adoption d'une définition de la dénormalisation;
- identification des critères permettant de proposer un cadre d'analyse;
- recherche d'un cadre conceptuel intégrant la dénormalisation dans la lutte au tabagisme.

Pour analyser l'intégration de la dénormalisation dans l'expérience québécoise :

- révision de la documentation du MSSS portant sur le contrôle du tabac;
- analyse, à partir du modèle de référence, de l'intégration de la dénormalisation dans les documents d'orientation et de planification du MSSS et dans la *Loi sur le tabac*.

Pour émettre des recommandations :

- identification des leviers d'actions et des voies potentielles d'amélioration de l'intégration de la dénormalisation à la pratique de santé publique au Québec à partir des articles de la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*.

1.4 LIMITES

Cet avis ne constitue pas une recension exhaustive des écrits sur le changement de la norme sociale au plan sociologique ou en matière de santé. Le document propose un cadre plus spécifique et appliqué au dossier du tabac qui permet de situer et de préciser les stratégies de dénormalisation dans la lutte contre le tabac.

Les programmes de contrôle du tabac qui sont décrits dans cet avis sont américains et s'inscrivent dans des contextes politiques, économiques, juridiques et culturels différents de ceux qui existent au Canada et au Québec. Il est impossible de préciser l'impact de ces différences sur l'efficacité des stratégies de dénormalisation, sans pour autant en nier l'importance.

Contrairement à plusieurs expériences américaines ou canadiennes, l'expérience québécoise en matière de lutte au tabac - que ce soit l'implantation du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* (PQLT) ou l'impact de la *Loi sur le tabac*, - n'a pas été évaluée et n'a jamais fait l'objet de publication scientifique. Cette absence de données a considérablement limité la portée de l'avis.

2 ANALYSE DU CONCEPT DE « DÉNORMALISATION » DANS LES ÉCRITS SUR LE TABAGISME

2.1 ÉTYMOLOGIE ET HISTORIQUE

Étymologiquement, le mot « dénormalisation » est un terme bien formé mais encore non répertorié dans les dictionnaires français ou anglais. Par contre, le mot « normalisation » y est inscrit et est défini comme « action de rendre normal, de rétablir (une situation) dans l'état antérieur » (Petit Robert, 2002). Selon les linguistes de l'Office québécois de la langue française, la signification de « dénormalisation » se rapprocherait de « débanalisation » et pourrait signifier « rendre moins normal » (Office québécois de la langue française, 2002).

Historiquement, le terme « dénormalisation » émerge de recherches américaines effectuées en sciences sociales, dans les années 80, sur les changements de comportement liés à la perception de la norme sociale (Berkowitz, 2001; Berkowitz et Perkins, 1987). Selon ces recherches, le comportement d'un individu est influencé, entre autres, par sa perception des normes qui régissent les comportements des membres du ou des groupes sociaux auxquels il s'associe. Ces normes perçues peuvent être contraires aux normes réelles, définies comme les attitudes et les comportements de la majorité. Il semble qu'une surestimation des problèmes perçus entraîne une augmentation de ces problèmes (par exemple, la perception que *tous* les jeunes fument) et qu'en corrigeant les fausses perceptions, les comportements inappropriés diminuent. Les interventions basées sur ce modèle – défini comme le *Social Norms Approach* – mettent le plus souvent l'accent sur l'influence des pairs, qui semble être un élément déterminant du comportement individuel. Le champ d'étude de la norme sociale continue d'évoluer et constitue actuellement un sujet de recherche caractérisé par des courants divergents. Aux États-Unis par exemple, dans le domaine des communications, les efforts portent sur le besoin de corriger la perception des normes sociales (Linkenbach, 2002). Au Québec, dans le domaine de la sociologie, Frohlich associe le tabagisme à une pratique sociale et s'intéresse à mieux comprendre les écarts qui existent entre fumeurs de même âge mais de quartiers différents afin de développer des outils d'intervention (Frohlich, Potvin, 2001; Frohlich et coll., 2002a, 2002b).

Dans une perspective appliquée à la problématique du tabagisme, l'Institute of Medicine des États-Unis propose cette approche dans le document *Growing up Tobacco Free* (Institute of Medicine, 1994). Le chapitre consacré aux normes sociales et à l'acceptabilité de l'usage du tabac décrit l'émergence d'une norme sans tabac. Celle-ci découle de l'évolution des connaissances concernant les effets de la fumée de tabac sur la santé des non-fumeurs publiées dans le rapport *The Health Consequences of Involuntary Smoking* (U.S. Department of Health and Human Services, 1986) et précisées, en 1992, dans le document *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and other Disorders* (Environmental Protection Agency, 1992). En tenant compte de ces données scientifiques, il devient socialement – et même moralement – inacceptable d'exposer qui que ce soit à la fumée de tabac : les espaces publics doivent donc être sans fumée. Par ailleurs, comme les coûts associés au traitement des maladies liées au tabagisme sont assumés par l'ensemble de la société, celle-ci a tout intérêt à décourager l'usage du tabac et à soutenir les fumeurs qui veulent cesser de fumer.

Face aux jeunes – qui surestiment la prévalence de l'usage du tabac – il est essentiel de rétablir les faits et de soutenir la norme qui prône le non-usage du tabac et la non-exposition à la fumée de tabac. Les experts recommandent que les parents expriment clairement et sans équivoque leur désapprobation de l'usage du tabac par les jeunes, que les autorités paient des campagnes publicitaires antitabac pour contrer l'image séduisante des messages protabagiques et que des politiques interdisent l'usage du tabac dans tous les lieux publics (IM, 1994).

L'approche sur les normes sociales est également proposée dans les documents *Strategies to Control Tobacco Use in America: A Blueprint for Public Health Action in the '90*, produit par le *National Cancer Institute* (NCI, 1991) et *Standards for Comprehensive Smoking Prevention and Control* (NCI, 1988). Ce document a inspiré le programme de contrôle du tabac de la Californie. C'est ainsi que le terme « dénormalisation » apparaît en Californie, dans un texte publié en 1998 qui décrit l'expérience de la Californie *A Model for Change: The California Experience in Tobacco Control* (California Department of Health Services, 1998). L'assise du programme californien de contrôle du tabac est de modifier les normes sociales pour dénormaliser l'usage du tabac.

« L'objectif de cette approche est d'influencer indirectement les fumeurs actuels et potentiels en créant un milieu social et un cadre juridique dans lequel le tabac devient moins désirable, moins acceptable et moins accessible » (p. 3).

Au Québec, dès 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux utilise le terme « dénormalisation » dans le document *Une législation québécoise contre le tabagisme – Un choix pour la santé* (MSSS, 1995).

« Globalement il faut “débanaliser” le problème, “dénormaliser” les habitudes tabagiques et changer la signification symbolique du tabac. Dans ce contexte, il est déjà démontré que l'éducation sanitaire, même si elle est nécessaire, ne peut, à elle seule, faire le poids contre l'ensemble des multiples facteurs qui encouragent le comportement tabagique » (p. 22).

Au Canada, le terme apparaît en 1999 dans le document *Nouvelles Orientations pour le contrôle du tabac – une stratégie nationale* (Comité directeur de la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada, 1999). Ces orientations proposent l'atteinte d'un nouvel objectif, celui de la dénormalisation, qui vient s'ajouter aux objectifs liés à la prévention, à la cessation et à la protection, en vue de l'émergence d'une société sans tabac. Le but de la dénormalisation est de « rendre socialement inacceptable l'usage du tabac ». La dénormalisation y est définie comme :

« Éduquer les Canadiens et les Canadiennes sur les stratégies de marketing et les tactiques de l'industrie du tabac et les effets que les produits de cette industrie produisent sur la santé de telle sorte que les attitudes sociales correspondent à la nature dangereuse des produits du tabac qui créent la dépendance » (p. 13).

« La dénormalisation dans le contexte du comportement social vise à changer les attitudes face à ce qui est généralement considéré comme un comportement normal ou acceptable, y compris à travers le marketing social. Quand les attitudes changent, le comportement change aussi parce que les humains désirent agir d'une façon qui soient acceptables aux autres » (p. 26).

Enfin, en 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec réaffirme, dans son *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* (MSSS, 2001), sa volonté de poursuivre dans la voie de la dénormalisation en précisant que dénormaliser c'est :

« Agir pour repositionner l'usage et la promotion des produits du tabac en concordance avec la nature dangereuse de ces derniers et les conséquences sanitaires, économiques et sociales qui en découlent » (p.10).

2.2 ÉVOLUTION SÉMANTIQUE

L'analyse de ces documents permet de constater que le terme dénormalisation, même s'il est de plus en plus utilisé par les autorités américaines et canadiennes de santé publique, demeure un terme mal défini incluant une ou plusieurs dimensions. Dans les documents consultés, il désigne parfois une stratégie, un but, une approche, un moyen ou une activité. L'analyse permet de dégager ces notions se rapportant à la dénormalisation : l'usage du tabac, le produit, l'industrie et le démarketing.

La dénormalisation de l'usage du tabac est liée à son *acceptabilité* – par exemple être mal vu si l'on fume dans certains lieux ou devant les enfants –; à son *accessibilité* – qui touche les restrictions de vente en fonction de l'âge, du prix élevé, du nombre de points de vente –; et à sa *désirabilité* – qui peut être modifiée en éliminant les liens créés par la publicité et la commandite entre ce produit et le plaisir, le succès, la beauté, la détente, la jeunesse, la liberté.

La dénormalisation du produit est associée à sa *réglementation* et concerne les règles touchant l'emballage, les avertissements de santé qui s'y trouvent, les appellations trompeuses telles « douces et légères », la création de cigarettes à combustion plus lente qui réduisent les risques d'incendie, la composition du produit et son contenu en goudron, en nicotine et en additifs.

La dénormalisation des pratiques de l'industrie est associée au dévoilement des manœuvres de l'industrie qui influencent la consommation, la norme sociale et la santé et qui réduisent l'impact des mesures efficaces de contrôle du tabac : par exemple la contrebande, la publicité, la commandite, la manipulation de l'opinion publique, le financement politique, la philanthropie, la corruption, les procédures judiciaires, l'intimidation, la création d'alliances et autres mesures (annexe 1).

2.3 DISTINCTION SÉMANTIQUE ENTRE DÉNORMALISATION ET DÉMARKETING

Étymologiquement, le terme « démarketing » – répertorié par l'Office québécois de la langue française – désigne « l'action publicitaire qui vise à réduire la consommation d'un produit ou l'utilisation d'un service ». Selon les linguistes consultés, l'expression « publicité de dissuasion » pourrait être synonyme de « démarketing ». Le terme « contre-marketing » – traduction du terme anglais *countermarketing* – peut également être associé à ce type de publicité (OQLF, 2004).

2.4 ÉVOLUTION DU DISCOURS SUR LES CAMPAGNES DE COMMUNICATION

Le discours de santé publique sur les campagnes de communication s'articule autour de « campagnes de démarketing », de « campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac » et maintenant de « campagnes sur les normes sociales ». Bien que l'objet de la présente analyse se concentre davantage sur la dénormalisation au sens large, la mise au point qui suit vient préciser l'évolution du discours et permet de situer cette stratégie dans un programme de lutte contre le tabac.

Selon les autorités américaines, le démarketing est l'une des neuf composantes d'un programme écologique de contrôle du tabac qui peut contribuer à dénormaliser l'usage du tabac, en réduisant son acceptabilité culturelle. Un programme écologique comprend en outre des programmes communautaires pour réduire le tabagisme, des programmes de prévention et de dépistage des maladies chroniques associées au tabac, des programmes en milieu scolaire, des mesures visant l'application des lois et règlements, des programmes d'État, des programmes de cessation, des activités de surveillance et d'évaluation, et la mise en place de structures de gestion et d'administration. Le démarketing vise à contrer les influences protabagiques, à susciter l'appui de la population à l'adoption de mesures de contrôle du tabac plus sévères et à créer un climat qui encourage des activités en milieux scolaire et communautaire (USDHHS, 1999).

Les messages utilisés dans ces campagnes de démarketing sont également importants. Des chercheurs (Goldman et Glantz, 1998) ont évalué l'efficacité de différents messages utilisés lors de campagnes médiatiques en Californie, au Massachusetts et en Arizona. Ils ont regroupé ces messages sous huit thèmes : manipulation de l'industrie, fumée de tabac dans l'environnement, dépendance, cessation, accessibilité des produits du tabac aux jeunes, effets à court et long termes du tabac sur la santé et rejet amoureux.

Selon ces chercheurs, les messages qui misent sur la manipulation de l'industrie et sur la fumée de tabac dans l'environnement sont les plus efficaces pour dénormaliser l'usage du tabac et réduire la consommation de cigarettes. Les messages qui misent sur la dépendance et la cessation peuvent être efficaces s'ils sont combinés à des messages ciblant la manipulation de l'industrie et la fumée de tabac dans l'environnement. Les messages qui font appel à la réduction de l'accessibilité des produits du tabac aux jeunes, aux effets à court et à long termes du tabac sur la santé et au rejet amoureux ne sont pas efficaces.

L'association de plus en plus fréquente entre dénormalisation et industrie reflète l'évolution des connaissances et la reconnaissance du rôle de l'industrie dans la pandémie du tabagisme. Les procès intentés aux États-Unis et au Canada contre l'industrie ont permis l'accès à des documents internes qui dévoilent les pratiques douteuses des cigarettiers en matière de marketing, de contrebande, de lobby et de recherche (Pollay, 2002; Dubois, 2003; Aguinaga Bialous et Shatenstein, 2002; Physicians for a Smoke-Free Canada et Santé Canada, 2000). Les révélations d'anciens cadres supérieurs de cette industrie (les « initiés ») sont venues confirmer certaines de ces pratiques (Dubois, 2003). Enfin, l'entente conclue par l'industrie du tabac avec les procureurs de 46 États américains – le *Master Settlement* – a contribué à faire évoluer les normes sociales en regard de cette industrie (Daynard et coll., 2000).

Dans un rapport rédigé pour le compte de Santé Canada (Lavack, 2001a), Anne Lavack définit ainsi les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac :

« Les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac soulignent habituellement les défauts de l'industrie du tabac, comme les activités de manipulation ou illicites auxquelles elle peut s'adonner, ce qui en dit long aux fumeurs et non-fumeurs sur la motivation et les tactiques de l'industrie du tabac. Les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac peuvent réduire l'acceptabilité sociale du tabagisme en mettant en relief les tentatives manifestes de l'industrie du tabac d'en augmenter la généralisation » (p. 1).

S'appuyant sur ses recherches et sur des sondages indiquant qu'une meilleure connaissance des pratiques de l'industrie du tabac pourrait inciter les fumeurs à renoncer au tabac, elle recommande qu'une campagne canadienne de dénormalisation de l'industrie du tabac s'articule autour de trois idées de base :

« Les manipulations de l'industrie du tabac, la dépendance à la nicotine et les dangers de la fumée secondaire. On pourrait utiliser les documents de l'industrie dans la préparation de ces annonces afin de présenter l'histoire irréfutable du comportement manipulateur et immoral de l'industrie du tabac (...) Il importe aussi que l'élément dénormalisation de l'industrie du tabac fasse partie d'une approche globale à plusieurs volets qui comprennent des déclarations de renoncement au tabagisme, des programmes destinés aux écoles, des programmes visant les collectivités et d'autres efforts médiatiques qui mettraient l'accent sur la fumée secondaire, la dépendance, la prévention et la cessation » (p. 4).

Au Canada, les experts, praticiens et chercheurs réunis pour étudier la place de la dénormalisation de l'industrie du tabac dans des stratégies de lutte contre le tabac faisant appel aux médias, ont reconnu l'importance de souligner les différences entre les contextes américains et canadiens en regard des mesures législatives portant sur la publicité et la promotion des produits du tabac, sur les budgets disponibles et sur les structures politiques (annexe 2).

2.5 CONSTATS

- Selon l'Office québécois de la langue française, le terme dénormalisation pourrait signifier « rendre moins normal ».
- Son utilisation dans le dossier de la lutte contre le tabac remonte à une dizaine d'années, émergeant des recherches sur les changements de comportement liés à la perception de la norme sociale.
- Le programme de contrôle du tabac de la Californie est le premier à utiliser le terme dénormalisation dans ses documents et ce, dès 1993. Le programme s'appuie sur le changement de la norme sociale et vise à dénormaliser l'usage du tabac afin de « créer un milieu social et un cadre juridique dans lequel le tabac devient moins désirable, moins acceptable et moins accessible ».
- Au cours des années, les « objets » de dénormalisation se sont diversifiés, passant du « changement de la norme sociale » par la valorisation du non-usage du tabac et par sa non-acceptabilité, à la « dénormalisation du produit », puis à la « dénormalisation de l'industrie ».

- La dénormalisation englobe les campagnes de communication, dont le démarketing, lequel fait référence plus spécifiquement à « l'action publicitaire qui vise à réduire la consommation d'un produit ou l'utilisation d'un service ». Elle peut également inclure des campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac.
- Aucune définition standardisée de la dénormalisation ne fait actuellement consensus chez les experts de la lutte contre le tabac.

3 DÉNORMALISATION ET EXPÉRIENCES AMÉRICAINES

3.1 INTRODUCTION

Les références en matière de dénormalisation sont surtout associées à trois programmes américains de contrôle du tabac : ceux de la Californie, du Massachusetts et de la Floride. Ces programmes sont bien documentés, sont reconnus et ont fait l'objet d'évaluations. Les campagnes médiatiques qu'ils ont créées ont également suscité beaucoup d'intérêt. Il est donc apparu pertinent de mettre en perspective le contexte de l'émergence de la dénormalisation et son intégration dans les programmes de ces trois États. Par contre, comme le terme dénormalisation n'était utilisé que dans le programme californien, l'élargissement du champ d'analyse dans les deux autres États a conduit à l'étude de l'utilisation et de l'intégration de concepts souvent associés à la dénormalisation tels le démarketing, les pratiques de l'industrie et le cadre juridique.

L'analyse du cadre juridique dépasse le champ d'étude de cet avis. Par contre, celui-ci permet de mieux comprendre les paramètres dans lesquels s'inscrivent certaines stratégies : pour mieux illustrer les différences qui existent, une comparaison des environnements juridiques américain et canadien est présentée à l'annexe 2. L'avant-garde du Canada sur le plan juridique dans le dossier du tabac est remarquable. Une comparaison des cadres juridiques des trois États américains analysés aurait été intéressante, mais aucun document ne présentait ces données.

3.2 LE PROGRAMME DE CONTRÔLE DU TABAC DE LA CALIFORNIE

En 1988, les électeurs californiens se prononcent en faveur du « *Tobacco Tax and Health Promotion Act* » / Proposition 99, qui prévoit qu'une taxe prélevée sur chaque paquet de cigarettes servira à financer le Programme californien de contrôle du tabac. Cet appel aux électeurs avait été précédé de certaines initiatives associées au contrôle de l'usage du tabac tant dans les restaurants que dans les lieux publics, les milieux de travail et les moyens de transport. La Californie était déjà sensible à la protection des non-fumeurs grâce entre autres, aux efforts du groupe qui deviendra plus tard l'Association américaine pour les droits des non-fumeurs, créé dans cet État en 1989 (USDHHS, 2000).

La Californie privilégie une approche globale dont l'objectif ultime est de modifier les normes sociales qui permettront d'influencer indirectement les fumeurs actuels et éventuels en créant un milieu social et un cadre juridique où le tabac est moins désirable, moins acceptable et moins accessible (CDHS, 1998). Le programme vise à dénormaliser l'usage du tabac et le fait de fumer. Les responsables du programme croient « qu'une approche globale conçue pour modifier les normes sociales est plus efficace pour réduire l'usage du tabac que de mettre l'accent sur les fumeurs » (p.3).

Le programme original de contrôle du tabac californien prévoyait l'atteinte de trois objectifs : la réduction de l'initiation tabagique chez les jeunes, la réduction de l'usage du tabac chez les adultes et la réduction de l'usage du tabac sans fumée chez les jeunes hommes. En 1993, le programme est révisé et quatre objectifs sont identifiés : protéger la population de la fumée de tabac, faire connaître et contrer l'influence de l'industrie du tabac, diminuer l'accessibilité des produits du tabac et offrir des services de cessation (CDHS, 1998).

3.2.1 1^{er} objectif : éliminer l'exposition à la fumée de tabac

Les responsables du programme californien ont identifié la fumée de tabac comme le talon d'Achille de l'industrie. Considérée d'abord comme un irritant, la fumée de tabac est désormais reconnue comme un cancérogène entraînant la mort, en plus de causer des problèmes de santé aux enfants et aux non-fumeurs. Ces preuves scientifiques, diffusées d'abord par le Surgeon General (USDHHS, 1986), par l'Environmental Protection Agency (EPA, 1992) et mises à jour par le California Environmental Protection Agency (CalEPA, 1997), ont facilité l'adoption par les communautés, de règlements restreignant l'usage du tabac dans les lieux publics, remettant ainsi en question l'acceptabilité du tabac.

Le programme actuel 2000-2003 (*Tobacco Education and Research Oversight Committee, 2000*) recommande que les efforts soient maintenus pour assurer la promotion d'environnements sans fumée afin de renforcer la norme du non-usage du tabac et de protéger les droits des non-fumeurs. Les responsables du programme croient que lorsque les dangers associés à la fumée de tabac seront mieux connus, l'interdiction de l'usage du tabac dans les foyers ira en augmentant, même chez les fumeurs. Les mesures qui limitent ou interdisent l'usage du tabac encouragent également la cessation.

3.2.2 2^e objectif : faire connaître et contrecarrer l'influence de l'industrie du tabac au moyen, entre autres, de campagnes médiatiques

L'atteinte du deuxième objectif (CDHS, 1998) se veut un effort direct et sans compromis pour faire connaître l'industrie du tabac sous son véritable jour : une industrie que les responsables du programme de contrôle qualifient de « puissante, trompeuse et un ennemi dangereux pour la santé du public ».

« Pour accroître ses profits, l'industrie investit des milliards de dollars en relations publiques, en publicité et en activités promotionnelles afin de maintenir l'acceptabilité sociale de ses produits et de leur usage. Pour accroître ses profits, l'industrie contribue généreusement aux campagnes électorales, exerce son lobby auprès des législateurs pour empêcher l'adoption de règlements contraignant l'usage du tabac, commandite des événements communautaires, culturels et artistiques et donne généreusement à des causes philanthropiques. Pour accroître son profit, l'industrie utilise des stratégies agressives de marketing pour vendre ses produits aux jeunes, s'organise pour placer ses produits à la hauteur des yeux des enfants dans les points de vente situés près des écoles, distribue du matériel fallacieusement éducatif aux milieux de l'éducation et aux parents et paie pour que les acteurs qui incarnent des rôles importants au cinéma fument » (p. 7).

Les campagnes médiatiques californiennes s'inscrivent dans le cadre du *Tobacco Education Media Campaign (TEMC)* dont l'objectif est de réduire l'usage du tabac en faisant la promotion d'une norme sociale rejetant le tabac. Selon Stanton Glantz (Glantz, cité dans Laugesen et coll., 2000), l'élément innovateur de la stratégie de dénormalisation californienne, illustrée de façon plus explicite dans ses campagnes médiatiques, a été d'interpeller autant – et même plus – les non-fumeurs que les fumeurs dans le but de dénormaliser l'industrie, de faire connaître les dangers de la fumée de tabac et de « saborder » l'acceptabilité sociale associée à l'usage du tabac. C'est donc en identifiant un ennemi commun – l'industrie, ses tactiques et ses produits – et en mettant l'accent sur les dangers de la fumée de tabac que des coalitions ont vu le jour et que

des partenariats ont été constitués, renforçant ainsi les assises communautaires qui font la force de la stratégie californienne.

Le programme actuel 2000-2003 (TEROC, 2000) mise sur la concertation des activités locales et régionales en appui aux messages des campagnes médiatiques. Ces messages sont « l'industrie du tabac ment », « la fumée de tabac tue » et « la nicotine crée de la dépendance ». Des efforts sont également consentis pour surveiller les activités de marketing de l'industrie afin qu'elles soient conformes aux ententes spécifiées dans le *Master Settlement* en regard des stratégies visant les jeunes ou pour identifier toutes les nouvelles approches de marketing utilisées par l'industrie (Daynard et coll., 2000).

3.2.3 3^e objectif : réduire l'accessibilité des produits du tabac

Dans la perspective du changement de la norme sociale, le tabagisme chez les jeunes est perçu sous un nouvel angle. Le programme californien interpelle plutôt les adultes, qui ont le pouvoir d'établir et de renforcer les normes sociales d'une communauté. Dans le modèle californien, les jeunes sont les héritiers des valeurs sociales, et non pas les instigateurs. Pour les responsables du programme :

« La prévalence du tabagisme chez les jeunes ira en décroissant lorsque de plus en plus d'adultes auront abandonné la cigarette, que ces mêmes adultes auront décidé de "déglamoriser" l'usage du tabac, mis en place et financé des programmes globaux de contrôle du tabac pour en "dénormaliser" l'usage, quand ils auront décidé d'augmenter les taxes sur le tabac, d'empêcher l'industrie de dépenser des milliards de dollars par année pour recruter des fumeurs, peu importe leur âge et adopté des mesures pour réglementer la production, la fabrication et le marketing des produits du tabac » (p.4).

Pour atteindre cet objectif, l'accessibilité aux produits du tabac, considérés dangereux, doit également être interdite aux jeunes. L'expérience indique que même si cette stratégie sert à démontrer le sérieux du problème posé par le tabac aux yeux du public, elle est moins importante que les deux premières.

Les objectifs du programme 2000-2003 (TEROC, 2000) sont maintenant de réduire la demande de tabac, en plus de maintenir les mesures interdisant la vente aux mineurs. Les stratégies proposées comprennent des plaidoyers (*advocacy*) exercées par les jeunes pour assurer la mise en place d'environnements sans fumée et le renforcement des liens entre les programmes scolaires et communautaires.

3.2.4 4^e objectif : offrir des services de cessation

Les données californiennes indiquent que 90 % des ex-fumeurs ont renoncé au tabac sans aide (CDHS, 1998). Une analyse de données longitudinales a permis d'identifier les éléments du programme qui ont contribué à augmenter le nombre d'ex-fumeurs : un environnement de travail sans fumée, la conviction que la fumée de tabac est dangereuse et non pas seulement irritante, le fait de vivre dans un foyer sans tabac et la possibilité de pouvoir recourir à des services d'aide à la cessation (Pierce et coll., 1998).

3.2.5 Réponse de l'industrie du tabac au programme de contrôle du tabac californien

Depuis l'implantation du programme de contrôle du tabac, les dépenses de l'industrie du tabac reliées à des activités politiques ont augmenté en Californie. De plus, des preuves montrent que l'industrie du tabac a joué un rôle dans la diminution et la diversification des fonds alloués à la lutte au tabac, en s'alliant, entre autres, au corps médical pour demander la redistribution de ces fonds aux soins de santé (USDHHS, 2000; Siegel, 2002) et dans l'affaiblissement des messages des campagnes médiatiques. Les dépenses de l'industrie liées à des activités communautaires ont surtout été consacrées à freiner l'adoption de règlements municipaux sur l'usage du tabac et à promouvoir une législation d'État pour retirer aux municipalités le pouvoir de réglementer (Siegel, 2002).

Depuis l'adoption de la Proposition 99, les dépenses de l'industrie liées à des activités promotionnelles ciblant les jeunes, les femmes et les minorités ethniques ont également augmenté. Entre 1993 et 1996, par exemple, les dépenses de l'industrie consacrées au marketing de ses produits par rapport à la proportion des budgets de l'État consacrée au contrôle du tabac étaient de 10 pour 1 (Siegel, 2002).

En avril 2003, deux compagnies de tabac, RJ Reynolds et Lorillard, ont engagé une poursuite contre l'État de la Californie, en alléguant que les campagnes antitabac utilisent de façon inappropriée les fonds publics. Les compagnies indiquent qu'en vertu des ententes adoptées dans le cadre de la Proposition 99, l'État ne peut attaquer des entreprises légitimes et leurs employés. Selon l'industrie, les fonds devraient servir à produire du matériel éducatif en lien avec le tabac et la santé (Agence France Presse English wire, 2003).

Le programme de contrôle du tabac de 2000-2003 consacre un budget spécifique à l'amélioration des connaissances des activités de l'industrie du tabac (TEROC, 2000).

3.3 LE PROGRAMME DE CONTRÔLE DU TABAC DU MASSACHUSETTS

La démarche de la Californie en matière de contrôle du tabac a inspiré d'autres États américains qui ont décidé de solliciter l'appui des électeurs pour la création de fonds spéciaux destinés à soutenir les programmes de contrôle du tabac. C'est le cas du Massachusetts, dont le programme s'inspire en partie du programme californien. Par contre, les documents consultés ne mentionnent pas le terme « dénormalisation » mais proposent plutôt de « changer les normes sociales sur l'usage du tabac » (ABT Associates, 1995).

En 1992, les électeurs du Massachusetts, tout comme ceux de la Californie, se prononcent en faveur de la Question 1, qui permet la création du *Health Protection Fund* et le financement du *Massachusetts Tobacco Control Program*. Celui-ci vise trois objectifs : persuader les fumeurs adultes d'arrêter de fumer et les aider à le faire, prévenir l'usage du tabac chez les jeunes et contrôler leur accès aux produits du tabac, et protéger les non-fumeurs de la fumée de tabac. L'objectif du programme est de réduire de 50 % la consommation de tabac avant la fin du vingtième siècle (USDHHS, 2000).

Le programme du Massachusetts repose sur deux éléments : les activités d'éducation et l'implantation de politiques au niveau local. Deux types de programmes assurent la promotion d'initiatives locales : celui des coalitions communautaires, mouvements d'éducation et de mobilisation destinés à sensibiliser le public sur les effets du tabac sur la santé, sur les stratégies utilisées par les compagnies de tabac pour promouvoir leurs produits et sur l'importance de réglementer le produit, son usage et sa distribution. L'autre programme fait appel aux départements de santé dont le rôle est de soutenir et de faire respecter les règlements locaux qui visent à réduire l'accessibilité des produits du tabac aux jeunes et à protéger la santé du public de la fumée de tabac (Connoly et Robbins, 2002).

3.3.1 Campagnes médiatiques

Une analyse des campagnes médiatiques réalisées dans le cadre du programme entre 1993 et 1996 (Biener et coll., 2000) indique que les messages qui font appel à la tristesse et à la peur, ceux qui décrivent la souffrance créée par l'usage du tabac ont été classés parmi les plus efficaces par ceux qui avaient cessé de fumer, par les non-fumeurs et par les fumeurs qui avaient l'intention d'arrêter de fumer. Les messages faisant appel à l'humour, ou de nature plus divertissante, ont été jugés inefficaces par tous les groupes d'adultes consultés.

3.3.2 Réponse de l'industrie du tabac au Massachusetts

L'industrie du tabac aurait dépensé 4,5 millions de dollars pour empêcher l'adoption de la Proposition 1. De plus, des documents internes de l'industrie rendus publics révèlent que pendant plus de 20 ans, les efforts de l'industrie du tabac ont consisté à freiner l'adoption de mesures locales et étatiques destinées à limiter l'usage du tabac dans les lieux publics, particulièrement dans l'industrie de l'hôtellerie et de la restauration (Ritch et Begay, 2001; Dearlove et coll., 2002).

3.4 LE PROGRAMME DE CONTRÔLE DU TABAC DE LA FLORIDE

En 1997, l'État de la Floride reçoit de l'industrie du tabac une somme de 11,3 milliards de dollars répartie sur 25 ans, suite à une poursuite engagée par l'État contre l'industrie. La somme atteindra 13 milliards de dollars en 1998. L'entente inclut une clause qui prévoit qu'un budget de 200 millions de dollars sera affecté obligatoirement à la mise en place d'un projet-pilote de deux ans destiné à réduire l'usage du tabac chez les jeunes. Le *Florida Tobacco Pilot Program* est créé en 1998. Le projet-pilote vise spécifiquement les jeunes, désignés comme les agents de changement les plus efficaces pour créer un État sans tabac (Florida Department of Health, 1999a et 1999b). Les quatre objectifs du programme sont de changer les attitudes à l'égard du tabac chez les jeunes et les adultes; de donner aux jeunes le pouvoir de mener des actions communautaires contre le tabac; de réduire la disponibilité et l'accessibilité des produits du tabac pour les jeunes; et de diminuer l'exposition des jeunes à la fumée de tabac.

Le projet devait comprendre un volet médiatique, mais les messages ciblant l'industrie étaient interdits. En 1998, cette entente était modifiée : la période de deux ans était éliminée, de même que les restrictions sur la portée des messages médiatiques (Siegel, 2002).

Le slogan du projet est *Truth, a Generation United Against Tobacco* (Vérité : une génération unie contre le tabac). Les jeunes sont invités à participer à des groupes militants, les « SWAT », acronyme pour *Students Working Against Tobacco*, (Étudiants agissant contre le tabac).

En 1998, les modifications à l'entente ont permis à l'État d'élargir son programme et de cibler autant les jeunes que les adultes. Le *Florida's Comprehensive Strategic Plan 2000-2005* (Florida Department of Health, 2000b) poursuit les objectifs suivants : prévenir et réduire l'usage du tabac chez les jeunes, réduire l'exposition à la fumée secondaire, donner aux groupes les plus affectés par le tabagisme le pouvoir d'agir et implanter un programme coordonné et global de contrôle du tabac.

Le programme qui cible les jeunes comporte cinq stratégies : l'éducation, le démarketing, l'approche communautaire, l'application des lois et règlements, et l'évaluation et la recherche.

3.4.1 Campagnes médiatiques

L'élément le plus spectaculaire de la campagne médiatique de la Floride est la création de la marque *Truth*, qui utilise les stratégies de marketing jugées les plus efficaces : annonces télé, panneaux publicitaires, affiches, mobilisation des jeunes, travail dans les communautés. Un des éléments-clé de la campagne est de faire appel au désir de rébellion des jeunes mais d'orienter cette rébellion vers l'industrie, en raison de sa duplicité et de ses pratiques manipulatrices (UDHHS, 2000). Les résultats d'évaluation indiquent que la campagne a augmenté de façon impressionnante le niveau de conscience des jeunes et des changements d'attitudes et de connaissance correspondant aux thèmes des campagnes.

La campagne a réussi à faire du contrôle du tabac un mouvement à la mode, dans lequel s'impliquent de jeunes rebelles. Le message des jeunes est le suivant : le tabac est une drogue dont le marketing est fait par un establishment d'adultes sans pitié qui nous prennent pour cible.

Des données de recherche (Siegel, 2002) indiquent que l'attitude des jeunes envers les pratiques de marketing de l'industrie est l'un des meilleurs indicateurs de l'initiation tabagique et que cette attitude peut être modifiée par une campagne médiatique agressive.

3.4.2 Réponse de l'industrie du tabac au programme de contrôle de la Floride

L'industrie du tabac a augmenté le versement de contributions aux membres de la classe politique de la Floride depuis l'implantation du programme. De plus, malgré le succès démontré du programme, les fonds qui lui sont attribués ne cessent de diminuer drastiquement. L'industrie s'oppose également au retrait de la loi qui interdit l'adoption de mesures locales de contrôle du tabac (Siegel, 2002).

3.5 REGARD CRITIQUE SUR LES PROGRAMMES DE CONTRÔLE

Dans un article récent, Siegel (Siegel, 2002) évalue cinq programmes d'État de contrôle du tabac, dont ceux de la Californie, du Massachusetts et de la Floride. Ses indicateurs portent sur l'implantation et l'impact des programmes sur la consommation de tabac, sur la prévalence de l'usage du tabac chez les jeunes et chez les adultes, sur la protection accordée aux non-fumeurs, en plus d'analyser le financement des programmes et la réponse apportée par l'industrie à l'implantation d'un programme ou d'une de ses composantes.

Même si son évaluation ne porte pas sur la dénormalisation, ses recommandations sont pertinentes puisqu'elles permettent de dégager des éléments qui composent un programme global efficace, lequel peut contribuer à la dénormalisation :

- Un programme d'État de contrôle du tabac est efficace pour diminuer la consommation de tabac, pour réduire la prévalence de la consommation chez les jeunes et chez les adultes et pour améliorer la protection accordée aux non-fumeurs. L'efficacité de ces mesures dépend de l'intensité et de l'agressivité du programme.
- Les campagnes médiatiques sont l'élément central de ces programmes, autour desquelles doivent se greffer les autres éléments d'un programme écologique efficace. Elles peuvent également appuyer les initiatives locales. Si les campagnes sont suspendues ou si leur ton agressif est atténué, l'impact du programme est diminué. Il semble que la prévalence de l'usage du tabac diminue et que la progression vers le statut de fumeur régulier est réduite chez les jeunes exposés à des campagnes télévisées énergiques. Les campagnes qui confrontent la légitimité des pratiques de marketing de l'industrie, qui mettent l'accent sur les effets de la fumée secondaire sur la santé et qui encouragent la promotion des initiatives locales pour protéger les non-fumeurs dans les lieux publics, y compris dans les bars et les restaurants, sont les plus efficaces. Les efforts consentis par l'industrie pour empêcher ces campagnes médiatiques et pour entraver l'adoption de règlements locaux qui réglementent l'usage du tabac, confirment l'efficacité de telles mesures.
- Les interventions locales qui visent la réduction de l'exposition à la fumée de tabac sont essentielles à l'efficacité d'un programme, parce qu'elles ne servent pas seulement à protéger la santé mais également à réduire la consommation de tabac et à promouvoir la cessation. Selon Siegel, un des effets les plus spectaculaires d'un programme d'État est l'augmentation du nombre de réglementations municipales interdisant totalement l'usage du tabac dans les restaurants et les bars. Mais ces mesures locales font l'objet d'attaques de la part de l'industrie du tabac, qui préfère le pouvoir de l'État à celui des communautés locales en matière de contrôle de l'usage du tabac et qui freine l'adoption de mesures permettant aux municipalités de réglementer.
- Le financement des programmes est aussi un élément clé de l'efficacité et de la permanence d'un programme de contrôle. Pour conserver un niveau de financement adéquat, les intervenants de santé publique doivent être prêts à affronter la « machine politique » et l'industrie du tabac. Des mesures doivent être envisagées pour assurer la protection du financement de ces programmes. Les réponses habituelles de l'industrie à un programme de contrôle du tabac sont des campagnes de marketing plus intenses, une augmentation des activités politiques (ex. financement et lobby) aux niveaux provincial et local, des tentatives pour limiter le financement du programme de contrôle, sa portée et son degré d'« agressivité », des manœuvres pour faire la promotion du pouvoir unique de légiférer (« préemption ») et le financement de groupes de pression pour combattre les initiatives locales.
- La pratique de santé publique doit s'ajuster à la réalité politique et aux manœuvres de l'industrie du tabac. Que ce soit pour obtenir ou conserver des fonds suffisants, pour favoriser l'adoption de mesures fiscales ou juridiques, les intervenants de santé publique doivent être prêts à modifier leurs pratiques. La réaction aux tactiques de l'industrie doit faire partie d'un programme de contrôle du tabac, tout comme la connaissance des activités de cette industrie.

D'autres études appuient les recommandations de Siegel au sujet du financement d'un programme d'État mais également sur l'importance de protéger de façon indépendante ce financement (Aguinaga et Glantz, 1999) et sur le besoin de documenter l'impact des pratiques de l'industrie sur la santé de la population et sur l'efficacité des mesures de contrôle du tabac (Yach et Aguinaga, 2001).

3.6 CONSTATS

- De façon convergente, les trois programmes analysés ont un financement réservé à la lutte contre le tabac, des campagnes de démarketing qui visent entre autres l'industrie et un cadre juridique. Dans ces trois États, l'industrie freine les efforts déployés pour contrer le tabagisme.
- De façon divergente, le terme dénormalisation n'est utilisé qu'en Californie, même si le Massachusetts fait référence à l'idée de changer les normes qui soutiennent l'usage du tabac. Les publics cibles des campagnes de démarketing diffèrent d'un État à l'autre.
- Dans les exemples américains, l'État s'est engagé à financer les programmes de contrôle du tabac, soit par une taxe dédiée ou par des recours judiciaires contre l'industrie et a prévu des mécanismes pour affecter une partie des fonds à ces programmes.
- L'expérience américaine nous rappelle que l'industrie est un vecteur qui fausse la perception de la norme sociale associée au tabac et est un acteur important capable d'affaiblir un programme de contrôle du tabac.
- Selon les expériences américaines présentées, la synergie d'un ensemble d'interventions contribue à modifier la norme sociale. Par contre, la contribution spécifique de chacune de ces stratégies, de même que la contribution spécifique de la modification de la norme sociale en regard de la diminution de la prévalence de l'usage du tabac ou de la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement, sont impossibles à déterminer selon l'état actuel des connaissances.
- Il y a une absence de consensus sur les modalités d'opération nécessaires à la modification de la norme sociale : les expériences illustrent qu'il y a plusieurs façons de s'organiser pour modifier les normes sociales.
- Il est difficile de cerner les stratégies d'intervention novatrices spécifiques à la dénormalisation, sauf en ce qui concerne des actions telles que les campagnes de démarketing, les recours judiciaires contre l'industrie, la réglementation du produit et de sa mise en marché et les mesures éducatives portant sur l'impact des pratiques de l'industrie sur la santé.
- Une campagne de démarketing est un des moyens pour modifier les normes sociales. Les messages sur la fumée de tabac dans l'environnement et sur les pratiques de l'industrie sont parmi les plus efficaces, selon l'état actuel des connaissances.

4 DÉNORMALISATION ET EXPÉRIENCE CANADIENNE

4.1 CONTEXTE

En 1988, le Parlement canadien adopte la *Loi réglementant les produits du tabac* (L. R. 1985, ch.14, 4^e Suppl.). Les cigarettiers attaquent la constitutionnalité de la loi et la Cour Supérieure du Québec leur donne raison en 1991. Deux ans plus tard, la Cour d'appel du Québec renverse la décision de la Cour Supérieure. En 1995, la Cour Suprême du Canada déclare cette loi inconstitutionnelle.

En 1997, le Parlement canadien adopte la *Loi sur le tabac* (T-11.5 1997, ch.13) que les cigarettiers canadiens attaquent à nouveau devant la Cour Supérieure du Québec. Le juge Denis de la Cour Supérieure du Québec rejette la requête des cigarettiers en alléguant que « les droits des cigarettiers et l'obligation de santé publique de l'État ne sauraient bénéficier d'une même légitimité » (Cour Supérieure, Jugement Denis, 2002).

Le Canada s'est doté d'un Programme de lutte au tabagisme (PLT) dont les principaux éléments seront analysés dans ce chapitre. La gestion du programme se fait via cinq bureaux. Le Bureau de la prévention, de la cessation et de l'éducation élabore et évalue les programmes efficaces en prévention, en protection et en cessation. Le Bureau de la réglementation et de la conformité administre la *Loi sur le tabac* qui réglemente la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac. Le Bureau de la recherche, de l'évaluation et de la surveillance examine et analyse les ventes des produits du tabac, la consommation de ces produits et les pratiques de l'industrie. Le Bureau de la politique et de la planification stratégique élabore les politiques, les stratégies et les cadres d'action nécessaires pour réduire l'usage du tabac et favoriser la collaboration internationale en matière de lutte antitabac. Le Bureau des médias de masse élabore, planifie et met en place des stratégies médiatiques, reconnues comme un élément important d'une approche globale et intégrée de lutte antitabac (Santé Canada, 2004a).

Différents groupes de santé canadiens non-gouvernementaux travaillent activement à la promotion d'une société sans tabac et entretiennent des liens avec les groupes québécois.

4.2 UTILISATION DU TERME DÉNORMALISATION AU CANADA

Le document le plus récent publié par Santé Canada sur le programme de contrôle du tabac - *La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011* (Santé Canada, 2002), n'inclut pas le terme dénormalisation. D'autres termes s'en rapprochent : norme de non-usage, industrie, environnement juridique et réglementaire, produit. Santé Canada propose une définition de la protection qui fait référence à la norme : « La protection crée un environnement (physique, juridique et réglementaire) qui appuie le non-usage du tabac comme norme au Canada » (p. 5).

Le document *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada* (Comité directeur de la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada, 1999) propose une définition du mot dénormaliser, associée à l'éducation du public :

« Éduquer les Canadiens et les Canadiennes sur les stratégies de marketing et les tactiques de l'industrie du tabac et les effets que les produits de cette industrie produisent sur la santé de telle sorte que les attitudes sociales correspondent à la nature dangereuse des produits du tabac qui créent la dépendance » (p. 13).

Pour préciser l'approche canadienne de lutte au tabagisme dans les médias, Santé Canada a réuni, en juillet 2002, une table ronde de praticiens et d'universitaires canadiens et américains (Santé Canada, 2002a). La tâche de ces experts était de répondre à trois questions, dont la première devait préciser le rôle de la dénormalisation de l'industrie du tabac dans les stratégies de lutte contre le tabagisme dans les médias. Dans le cadre des travaux de cette Table, Anne Lavack a proposé la définition suivante :

« Les campagnes de dénormalisation de la société visent la renonciation et la prévention à l'aide de messages appropriés et représentent l'approche traditionnelle. La dénormalisation de l'industrie se concentre sur l'industrie du tabac et la fabrication de produits du tabac et cherche à rendre cette industrie coupable du méfait qu'est le tabagisme. Au Canada, le but serait d'attaquer l'image de l'entreprise et la force des publicités diffusées reposerait sur la controverse engendrée par elles, puisqu'une fois que les gens se mettent à parler et à discuter d'un enjeu, les attitudes se mettent à changer ».

La Coalition canadienne d'action contre le tabac (CCAT), formée de membres votants tels la Société canadienne du cancer, le Conseil canadien pour le contrôle du tabac, l'Association pulmonaire du Canada, la Fondation des maladies du cœur, l'Association pour les droits des non-fumeurs et les Médecins pour un Canada sans fumée, a inscrit la dénormalisation de l'industrie du tabac parmi ses cinq priorités (CCCT, 2002).

L'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF) et son responsable, Gar Mahood, ont été des précurseurs dans la réflexion sur la dénormalisation en publiant dès 1996 le document *Denormalizing Tobacco: a Response to Tobacco Control: A Blueprint to Protect the Health of Canadians* (Non-Smokers' Rights Association, 1996). Pour l'ADNF, la dénormalisation doit mettre l'emphasis sur les dangers du tabagisme pour les enfants, sur les poursuites de l'industrie, sur les avertissements et sur le démarketing. L'ADNF milite actuellement en faveur de campagnes de dénormalisation de l'industrie. Leur point de vue sur la dénormalisation de l'industrie est le suivant :

« Les compagnies de tabac ne sont pas simplement des entreprises privées qui vendent un produit légal mais plutôt des entreprises hors la loi qu'il faut non seulement contrecarrer mais qui doivent aussi être "dénormalisées" ou "délegitimisées" aux yeux du public » (Mahood, 2002, 2004).

La dénormalisation constitue également l'une des cinq priorités de recherche de l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRT) dans le cadre de ses subventions sur les pratiques exemplaires. Cette initiative est le fruit d'une collaboration entre Santé Canada, la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et le Conseil de recherche en sciences humaines.

L'ICRT a récemment octroyé des fonds de recherche au professeur Anne Lavack, pour un projet sur la dénormalisation dont le titre est *A Model of the Perceived Acceptability of Smoking: Comparing Tobacco Industry Efforts with Tobacco Denormalization Policies*. Le professeur David Hammond a reçu des fonds pour un projet intitulé *Youth Smoking Prevention-Industry Denormalization Project* (ICRT, 2004).

4.3 LA STRATÉGIE FÉDÉRALE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 2001-2011

4.3.1 Objectifs et conditions de réussite

Les objectifs de la *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011* (SFLT) (Santé Canada, 2002b) sont la réduction de la prévalence du tabagisme, la réduction du nombre de cigarettes vendues, l'augmentation des taux de conformité des détaillants en ce qui regarde l'accès au tabac, la réduction du nombre de personnes exposées à la fumée ambiante dans les lieux publics et l'étude des changements à apporter aux produits du tabac pour les rendre moins dangereux pour la santé. Ce dernier élément permettrait la réduction des méfaits, thème retenu par le gouvernement canadien en complémentarité avec la protection, la prévention et le renoncement. Les campagnes dans les médias de masse et l'éducation du public viennent appuyer ces thèmes. Le document n'inclut pas le terme dénormalisation.

La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme cible tous les Canadiens et en particulier les groupes à risque que sont les jeunes, les jeunes adultes et les Inuits, les Premières Nations et les autres groupes autochtones.

Les conditions qui permettront de créer une stratégie fructueuse sont précisées :

« Les approches doivent être globales et des campagnes médiatiques continues doivent en faire partie intégrante; la lutte contre l'usage du tabac exige recherche et vigilance pour comprendre les diverses questions complexes en jeu et intervenir à leur égard; les mesures doivent être intégrées pour que leur effet soit maximal; l'intégration est cruciale au niveau national et provincial avec la collaboration et l'appui des collaborateurs de Santé Canada; et une action soutenue, combinée à un financement à long terme, est essentielle pour changer les comportements » (p. 4).

Pour évaluer la Stratégie, certains éléments seront utilisés, dont diverses études et recherches qui permettront d'obtenir des renseignements sur les efforts de marketing des compagnies de tabac.

4.3.2 Campagnes médiatiques

Environ 40 % du budget de la Stratégie fédérale - soit 210 millions \$ sur cinq ans - est consacré à la réalisation d'activités médiatiques. Tous les médias sont utilisés : publipostages, publicité à la radio, dans les journaux, dans les magazines, à la télévision et sur Internet. Les responsables font appel aux éléments de communication qui ont fait leurs preuves et appuient ces campagnes par des contributions financières au niveau local et régional. Les messages pourront « inclure des renseignements sur les pratiques de l'industrie lorsque la chose sera indiquée et que son efficacité aura été démontrée pour les Canadiens » (p. 7).

Depuis 2001, Santé Canada a lancé huit campagnes médiatiques, dont les plus récentes portent sur la fumée secondaire (Santé Canada, 2004b). Le ton de celles-ci est nettement plus percutant et interpelle l'industrie. Dans la publicité concernant les dangers de la fumée secondaire – qui met en scène une travailleuse de la restauration qui se meurt d'un cancer du poumon sans jamais avoir fumé – la narration est la suivante : « Certaines compagnies de tabac disent que la fumée secondaire dérange les gens : Santé Canada affirme qu'elle tue. Refusez d'être une cible ».

4.3.3 Éducation du public

En matière d'éducation du public, Santé Canada met à la disposition du public deux sites Internet, en plus d'une ligne d'information téléphonique. Ces sites fournissent de l'information sur les pratiques de l'industrie, notamment sur le tabagisme dans les films et sur les autres activités de marketing de l'industrie du tabac (Santé Canada, 2004c).

4.3.4 Financement

Le gouvernement canadien a annoncé en 2001, un investissement de près de 560 millions de dollars sur cinq ans pour la mise en œuvre de sa stratégie de lutte contre le tabagisme, ce qui est près de cinq fois le montant investi lors de la stratégie précédente (Communauté canadienne de la lutte contre le tabagisme, 2002).

4.4 ACTIONS DU GOUVERNEMENT CANADIEN FACE À L'INDUSTRIE

En 1993, les cigaretteurs canadiens se voyaient imposer huit avertissements santé à apposer sur les paquets de cigarette considérés à l'époque comme les plus forts au monde. En 2000, les avertissements étaient au nombre de 16, accompagnés d'images éloquentes qui occupaient plus de la moitié du paquet de cigarettes. Cette initiative du gouvernement canadien lui a valu une reconnaissance mondiale. Depuis, le gouvernement canadien a entrepris différentes actions en regard de l'industrie du tabac afin d'atteindre son objectif de réduction des méfaits en encadrant de façon de plus en plus rigoureuse l'industrie et les produits qu'elle fabrique. Une consultation est en cours (hiver 2003) sur la possibilité d'imposer une norme afin de réglementer le potentiel d'allumage des cigarettes et forcer l'industrie à fabriquer une cigarette moins incendiaire. Déjà, en 2001, le ministre fédéral de la Santé avait demandé au Comité consultatif ministériel sur la lutte contre le tabagisme de le conseiller sur les moyens d'aborder les problèmes engendrés par les descripteurs « légère » ou « douce » figurant sur les emballages. Ce groupe d'experts internationaux recommande l'interdiction complète des descripteurs trompeurs, encourage le gouvernement à adopter un nouveau règlement en vertu de la *Loi sur le tabac* ou à poursuivre les fabricants de tabac. De plus, les experts proposent de centrer les activités de sensibilisation du public sur la nature et les causes de cette tromperie, c'est-à-dire sur l'industrie du tabac (Conseil canadien pour le contrôle du tabac, 2002).

Le Sénat canadien s'est penché sur trois projets de loi – S-13, S-15 et S-20, proposés par le sénateur Colin Kenny et inspirés de modèles utilisés en Californie et au Massachusetts - pour forcer l'industrie à financer la lutte au tabagisme chez les jeunes. Ces projets de loi n'ont pas été adoptés par la Chambre des Communes, mais ont permis de poursuivre la réflexion sur le rôle de l'industrie.

En février 2003, la Gendarmerie Royale du Canada a déposé six chefs d'accusation de fraude et un chef d'accusation de complot en vue de commettre une fraude contre JTI-MacDonald Corp du Canada - et trois sociétés affiliées ou filiales de R. J. Reynolds Tobacco Holdings Inc. des États-Unis. Ces accusations font suite à une enquête criminelle de quatre ans et demi sur des allégations de complicité de l'industrie canadienne du tabac dans la contrebande de ces produits depuis les États-Unis jusqu'au Canada. La GRC allègue qu'entre 1991 et 1996, les accusés ont comploté entre eux pour commettre une fraude en s'entendant pour faire le trafic de cigarettes de façon à frustrer les gouvernements du Canada, de l'Ontario et du Québec de plus de 1,2 milliard de dollars de recettes fiscales. La GRC accuse également les accusés d'avoir approvisionné le marché noir canadien (GRC, 2003).

Enfin, le Canada a signé le 15 juillet 2003 la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* (Santé Canada, 2003). L'étape de la ratification de l'entente est à compléter. Selon l'OMS, la Convention-cadre constitue une étape décisive pour l'avenir de la santé publique mondiale et aura des répercussions majeures sur les buts de l'OMS en matière de santé. Elle apporte une dimension juridique nouvelle à la coopération internationale en matière de santé (OMS, 2003).

4.5 CONSTATS

- La question de la dénormalisation est un sujet d'actualité qui s'inscrit dans les préoccupations de Santé Canada ainsi que dans celles des centres de recherches et des organismes non-gouvernementaux canadiens de lutte contre le tabac.
- Selon les points de vue, dénormaliser est associé à la norme de non-usage du tabac, au produit dont il faut réduire les risques, à l'éducation du public sur les stratégies de marketing et les pratiques de l'industrie du tabac et à l'industrie, qu'il faut délégitimer.
- Santé Canada prend plutôt une position qui appuie le changement de la norme sociale et la réduction des méfaits en mettant l'accent sur le produit alors que les membres du Comité consultatif recommandent de dénormaliser les pratiques de l'industrie.
- Au Canada, la réflexion sur la dénormalisation s'articule autour de deux pôles : l'un est plus associé à la norme sociale et à l'usage du tabac et l'autre, à la dénormalisation de l'industrie.
- Les réflexions sur l'actualisation de la dénormalisation se précisent mais évoluent encore, en lien avec d'autres composantes, comme les campagnes médiatiques.
- Les campagnes médiatiques actuelles de Santé Canada reconnaissent le discours trompeur de l'industrie.
- Il y a consensus sur la pertinence de dénormaliser l'usage du tabac, mais il n'y a pas de consensus sur la dénormalisation de l'industrie. Tous s'entendent et agissent pour contrecarrer l'influence de l'industrie. La question des campagnes de communication visant l'industrie est une préoccupation pour le gouvernement canadien et une priorité pour plusieurs groupes de pression.
- Santé Canada informe la population sur les pratiques de l'industrie, encadre de façon de plus en plus accentuée les pratiques de cette industrie et tente de les « responsabiliser » dans le cadre de projets de loi et de poursuites.

Il reste quand même un paradoxe :

« La question de la dénormalisation divise les forces antitabac à l'intérieur et à l'extérieur des gouvernements. Les groupes non-gouvernementaux privilégient une stratégie de dénormalisation qui identifie le tabac comme une drogue et les cigarettiers comme des scélérats. Pour les membres de gouvernements – ministres, membres de cabinet, responsables de santé publique et même les législateurs – cette approche est moins attirante parce que, malgré l'ensemble des problèmes de santé suscités par le tabac, l'industrie représente une force économique et politique importante. L'industrie peut être réglementée, taxée, mais peut-elle être “délegitimisée”? » (Studlar, 2002, p. 179).

5 DÉNORMALISATION ET EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

5.1 CONTEXTE

En 1987, le ministère de l'Environnement du Québec fait adopter la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics (L.R.Q., chap. P-38.01). Le Québec devient ainsi la première province canadienne à légiférer en matière de protection des non-fumeurs. La loi représente « l'expression d'un nouveau consensus social sur l'utilisation du tabac dans ces lieux » (MENVIQ, MSSS, nd). La loi prévoit l'interdiction de fumer dans certains lieux – salles ou comptoirs désignés à des prestations de services, bibliothèques, laboratoires, salles de conférences, de cours ou de séminaires, dans les ascenseurs, et autre lieu désigné – occupés par des organismes gouvernementaux, scolaires et municipaux. Il est également interdit de fumer dans les établissements de santé et de services sociaux – sauf dans les fumeurs, lieux réservés au personnel et autres lieux désignés.

En 1994, le gouvernement du Québec dépose son *Plan pour enrayer le commerce illégal du tabac* (Gouvernement du Québec, 1994) qui comporte une série de mesures : baisse des taxes, mise à contribution des manufacturiers pour aider à financer un plan de lutte au tabac par une ponction fiscale additionnelle, dépôt du *Plan d'action de lutte au tabagisme* (MSSS, 1994) et allocation budgétaire de 20 millions de dollars sur quatre ans. Le *Plan d'action de lutte au tabagisme*, accompagné des premières enveloppes budgétaires réservées au tabac, propose une approche globale et indique, de la part du gouvernement, une volonté claire d'assumer des responsabilités légales à l'égard du tabac. Le *Plan* prévoit le transfert de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics du ministère de l'Environnement au ministère de la Santé et des Services sociaux et propose la modification du cadre juridique afin d'améliorer la protection des non-fumeurs, de restreindre la vente des produits de tabac aux moins de 18 ans et de collaborer avec le gouvernement fédéral aux aspects légaux touchant la taxation, la publicité et l'emballage du produit.

En 1998, l'Assemblée nationale du Québec adopte à l'unanimité la *Loi sur le tabac* (Gouvernement du Québec, 1998), qui régleme l'usage, la vente, la publicité et la promotion du tabac. La Direction générale de la santé publique du MSSS met en place le Service de lutte contre le tabagisme, responsable de voir à l'application de la loi et à l'implantation du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*.

5.2 UTILISATION DU TERME DÉNORMALISATION AU QUÉBEC

Au Québec, le terme dénormalisation est utilisé par tous les acteurs engagés dans la lutte contre le tabac et la plupart l'inscrivent dans leurs documents d'orientations.

5.2.1 Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dans les documents publiés par le MSSS, soit Une législation québécoise contre le tabagisme – un choix pour la santé (MSSS, 1995), le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (MSSS, 2002) ou le Plan québécois d'abandon du tabagisme (MSSS, 2002), le terme est utilisé. La définition suivante, tirée du PQLT est la plus exhaustive :

«Le défi stratégique global de la lutte contre le tabagisme consiste à “dénormaliser” les produits du tabac ainsi que la mise en marché et la consommation de ces produits. On se réfère ainsi aux actions entreprises précisément pour repositionner l'usage et la promotion des produits du tabac en concordance avec la nature dangereuse de ces derniers et les conséquences sanitaires, économiques et sociales qui en découlent. »
(p. 10)

5.2.2 Directions de santé publique

Un sondage réalisé auprès des répondants du dossier tabac des directions de santé publique a permis de préciser l'utilisation du terme (annexe 3). Plus de la moitié des répondants utilisent le terme de façon orale et écrite, mais il n'y a pas de définition commune (Jacques et Hubert, 2002).

Pour les fins de l'analyse, les énoncés proposés ont été regroupés sous cinq thèmes : démarketing, produit, industrie, changement de norme sociale et cadre juridique. Le terme le plus souvent associé à dénormalisation est industrie, suivi des thèmes faisant référence au changement de la norme sociale reliée à l'usage du tabac, au produit et au démarketing. Les références au cadre juridique sont peu nombreuses. Les répondants font référence à deux ou trois thèmes pour tenter de préciser le terme dénormalisation.

5.2.3 Partenaires associés à la lutte contre le tabagisme

Pour la Société canadienne du cancer, dénormaliser c'est faire en sorte que le grand public et les décideurs considèrent les produits du tabac comme ne répondant pas aux normes régissant les autres produits de consommation. L'objectif ultime de la dénormalisation est l'engagement de la société à revoir les règles entourant la fabrication, la promotion, la vente et la consommation des produits du tabac (Jacques et Hubert, 2002).

Pour le Conseil québécois sur le tabac et la santé, dénormaliser c'est changer la norme sociale à l'égard de la place du tabac dans notre société, de sa consommation et de la promotion qui en est faite (Jacques, et Hubert, 2002).

Les organismes tels la Coalition pour le contrôle du tabac et l'Association pour les droits des non-fumeurs associent la dénormalisation à l'industrie et parfois aux produits du tabac (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2001; Non-Smokers' Rights Association, 1996; Mahood, G., 2004).

5.2.4 Milieu communautaire

L'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière Appalaches, responsable de *De Facto*, définit ce projet comme un projet de dénormalisation, dont l'objectif est de révéler la vérité sur l'industrie du tabac en dévoilant les faits cachés par cette industrie et en diffusant de l'information sur ses pratiques commerciales.

5.2.5 Milieux universitaire et de la recherche

L'Université Laval, dans son cours *Contrôle du tabagisme : problème et perspectives*, offre un volet spécifique sur la dénormalisation. L'Unité québécoise de recherche sur le tabagisme de l'Université Laval souhaite explorer les avenues possibles de dénormalisation, surtout celles associées à l'industrie, dans le cadre de son agenda de recherche (UQRT, 2001).

5.3 CONSTATS

L'ensemble des acteurs engagés dans la lutte au tabac au Québec utilise le terme, mais de différentes façons. Cette diversité des perceptions suggère un éclatement de la définition.

À l'extérieur du réseau de la santé, le terme dénormalisation est plus souvent associé à l'industrie et à ses pratiques.

5.4 *PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 2001-2005* ET DÉNORMALISATION

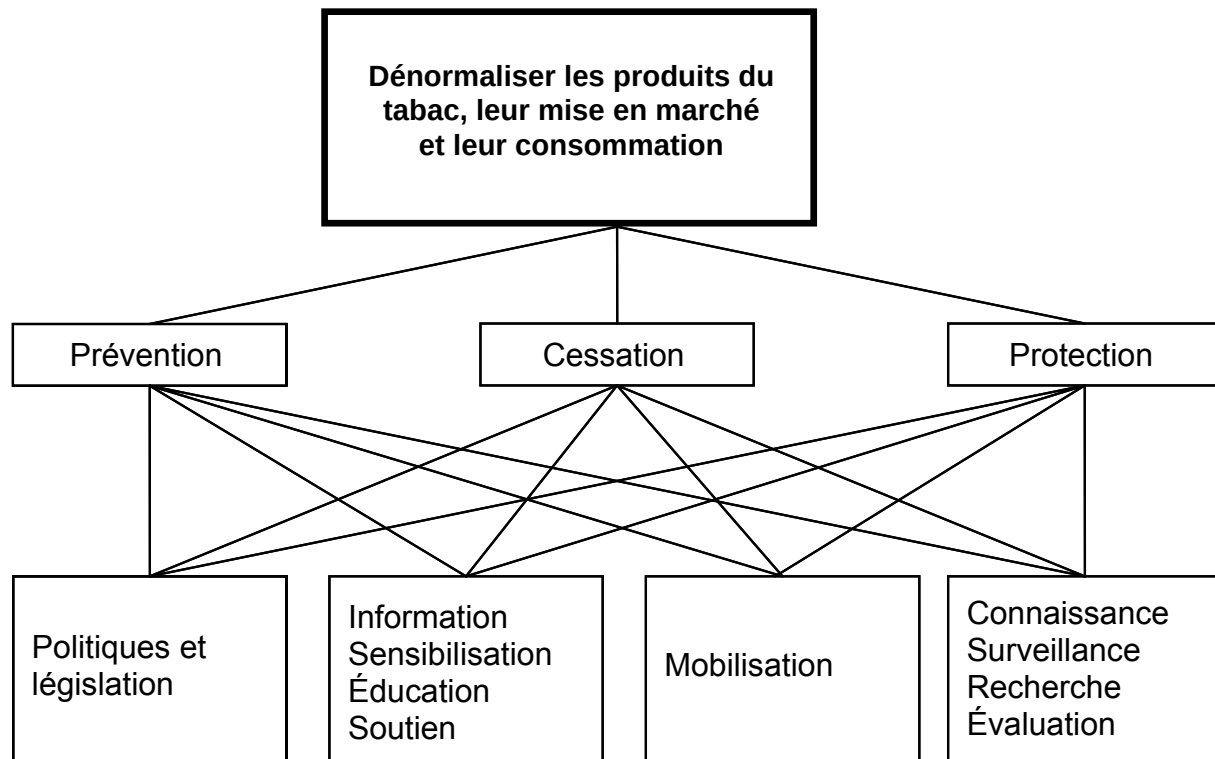
Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* (PQLT) propose un défi stratégique global, celui de dénormaliser les produits du tabac ainsi que la mise en marché et la consommation de ces produits.

Les trois objectifs visés par le PQLT sont de prévenir l'adoption des habitudes tabagiques chez les jeunes, de promouvoir et de soutenir l'abandon des habitudes tabagiques et de protéger la population contre la fumée du tabac dans l'environnement. Les publics cibles sont la société et les jeunes.

Le budget du PQLT est d'environ 35 millions de dollars par année, qui provient en grande partie des taxes prélevées sur les paquets de cigarettes. Quinze millions de dollars sont affectés au remboursement des thérapies de remplacement à la nicotine et le reste, à l'implantation du PQLT et du *Programme québécois d'abandon du tabagisme* (MSSS, 2002).

Pour actualiser ces objectifs, le PQLT propose quatre approches : politiques et législation, information – sensibilisation – éducation – soutien, mobilisation et connaissance – surveillance – recherche – évaluation.

Figure 1 Illustration du Plan québécois de lutte contre le tabagisme



Une liste de 22 stratégies d'intervention auxquelles correspondent 22 objectifs généraux complète ces orientations. Les figures 1 et 2 tentent d'illustrer selon l'interprétation des auteurs, la relation entre le défi, les objectifs fondamentaux, les approches et les stratégies d'intervention du PQLT.

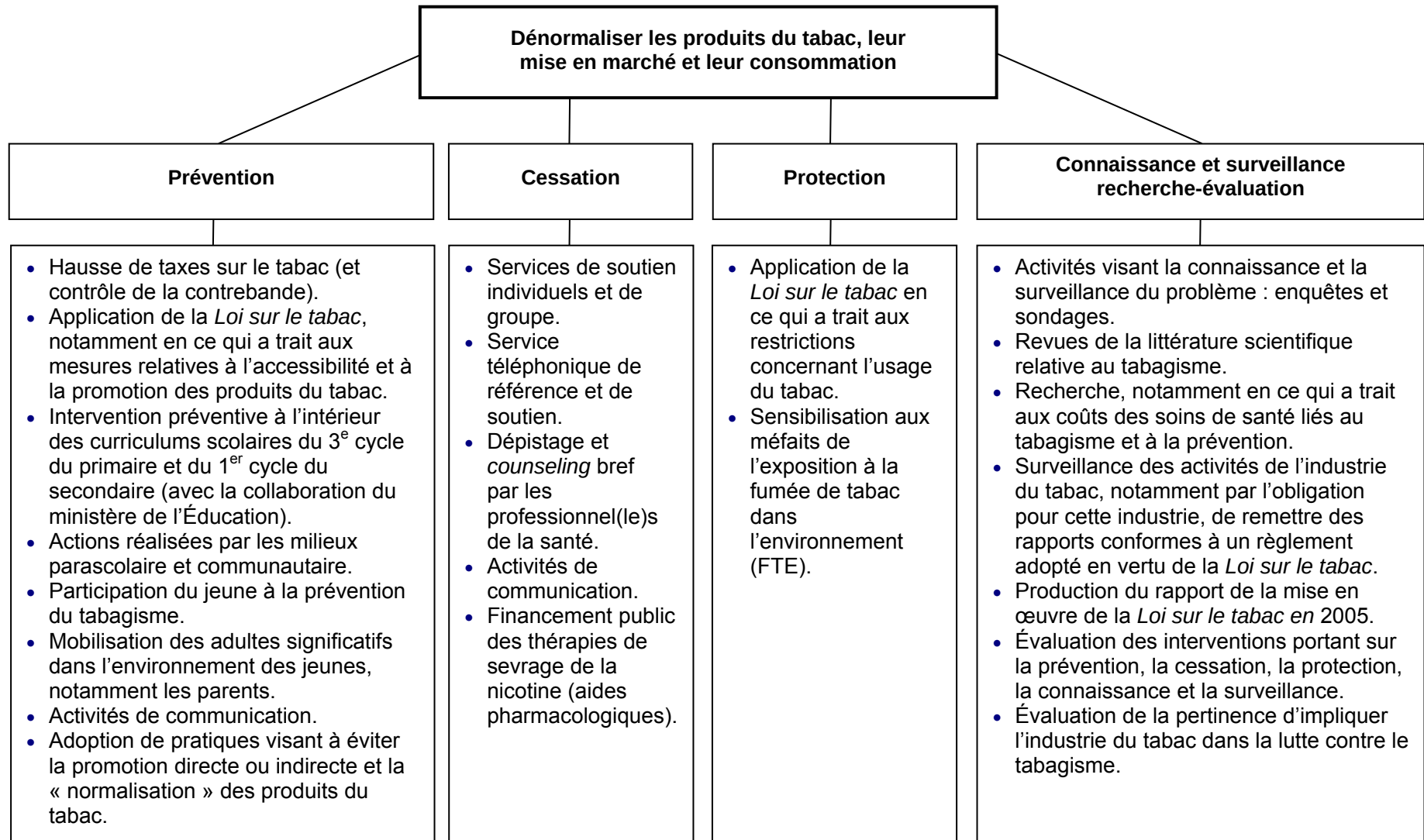
La dénormalisation, ou les termes qui y sont associés, précise tantôt un défi, un objectif, une stratégie. Les citations suivantes donnent une idée de l'étendue de l'utilisation du terme :

« La législation est un moyen de premier plan pour contrer le tabagisme et créer un environnement favorisant des changements sociaux majeurs dans les habitudes, les normes et les coutumes de la société québécoise » (p. 10).

« Les médias sont sollicités afin qu'ils adoptent des politiques éditoriales et publicitaires favorables à la "dénormalisation" du tabac, du tabagisme et de l'industrie » (p. 12).

« Adoption de pratiques visant à éviter la promotion directe ou indirecte et la "normalisation" des produits du tabac » (p. 15).

Figure 2 Illustration de la relation entre les stratégies d'intervention et la dénormalisation dans le PQLT



5.4.1 Activités de communication

Les stratégies d'intervention qui concernent les activités de communication prévues dans le PQLT sont : de la sensibilisation aux méfaits de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, des activités de communication en cessation et en prévention qui visent les attitudes et les comportements individuels à l'égard du tabagisme.

5.4.2 Reconnaissance du rôle de l'industrie

Le MSSS reconnaît dans le PQLT que l'industrie du tabac fait partie de la problématique du tabagisme.

« L'industrie du tabac étant une composante importante de la problématique du tabagisme, une connaissance régulièrement mise à jour de ses activités s'impose (production, import-export, publicité) » (p. 13).

Cette préoccupation se traduit en stratégies d'intervention et en objectifs généraux, tels :

« Surveillance des activités de l'industrie du tabac, notamment par l'obligation, pour cette industrie, de remettre des rapports conformes à un règlement adopté en vertu de la *Loi sur le tabac* (p. 18).

Connaître les stratégies et suivre les activités des fabricants et des distributeurs des produits de tabac (p. 18).

Évaluation de la pertinence d'impliquer l'industrie du tabac dans la lutte contre le tabagisme (p. 18).

Impliquer l'industrie du tabac dans le financement de la lutte contre le tabagisme et des coûts de santé pour les maladies associées au tabagisme » (p. 18).

5.4.3 Cadre juridique

Le Québec a adopté la *Loi sur le tabac* en 1998. Cette loi édicte les règles applicables à l'usage du tabac, à sa vente ainsi qu'à la publicité et la promotion des produits du tabac. La loi habilite également le gouvernement à déterminer des normes relatives entre autres à l'étalage des produits du tabac dans les points de vente, à l'emballage ou à l'inscription sur celui-ci de messages attribués au ministre concernant les effets nocifs du tabac sur la santé et la composition des produits du tabac.

5.5 CONSTATS

- Bien que la dénormalisation soit le défi stratégique global du PQLT, il est difficile de dégager une idée précise du sens attribué au terme puisqu'il n'est pas toujours le même. Il est plus souvent attribué au produit et à l'usage du produit et quelquefois à l'industrie.
- Selon le PQLT, toutes les stratégies et objectifs contribuent à dénormaliser les produits du tabac, leur mise en marché et leur consommation, bien qu'il n'y ait aucune stratégie qui touche spécifiquement les produits.
- Le rôle de l'industrie dans la problématique du tabagisme est reconnu pour son importance et quelques stratégies d'interventions sont proposées.
- Les efforts de communication proposés dans le PQLT ne visent pas l'industrie et à peine la FTE, mais plutôt la transmission d'information et des messages concernant les effets du tabagisme, les attitudes et les comportements à adopter pour faire face à ce problème et à ces composantes et des messages destinés aux fumeurs et aux fumeuses afin de les inciter à cesser de fumer.
- Le Québec a adopté, en 1998, la *Loi sur le tabac* qui comprend un ensemble de mesures sur l'usage du tabac, ainsi que sur la vente, la publicité et la promotion des produits du tabac.

6 CADRE D'ANALYSE DE L'INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION DANS LA LUTTE ANTITABAC

6.1 DÉFINITION DE LA DÉNORMALISATION DANS LA LUTTE ANTITABAC

À la lumière de l'étude étymologique et sémantique du terme dénormalisation, de l'analyse de la dénormalisation dans les expériences américaines, canadienne et québécoise, du regard critique sur les programmes d'État, la définition suivante a été retenue :

La dénormalisation est une approche qui vise à changer les normes sociales reliées au tabagisme en :

- agissant sur la nature et les origines de la norme sociale qui encouragent la dépendance et l'usage du tabac;
- modifiant le climat social et le cadre juridique afin que le tabac devienne moins acceptable, moins désirable et moins accessible.

Cette définition large permet d'intégrer les différentes dimensions associées à la dénormalisation dans les écrits sur le tabagisme permettant ainsi de mieux concevoir l'esprit et l'ensemble des interventions pouvant contribuer à la dénormalisation de l'usage du tabac.

6.2 CADRE D'ANALYSE DE LA LUTTE ANTITABAC DU SURGEON GENERAL

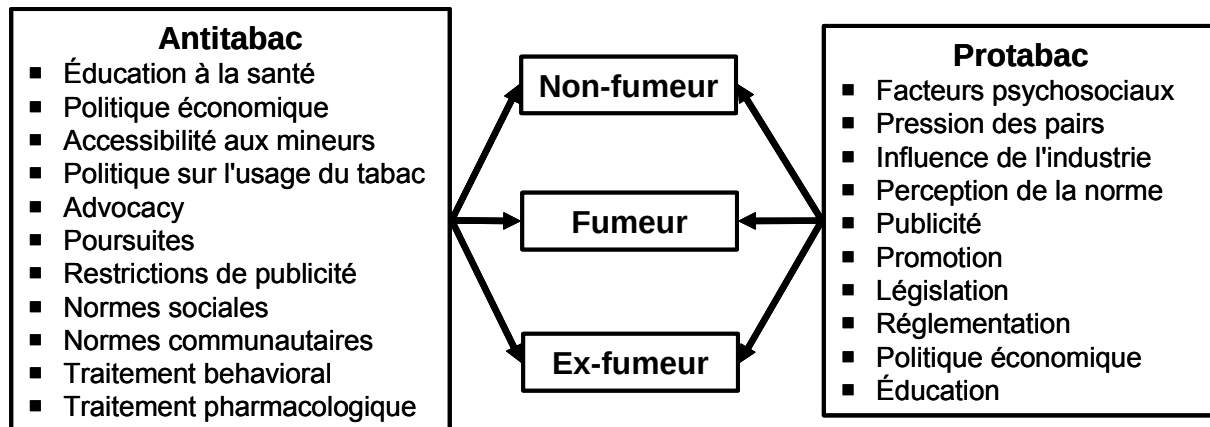
Le besoin d'adopter un cadre pour guider l'analyse de l'intégration de la dénormalisation dans l'expérience québécoise a nécessité un choix de critères. En lien avec la définition, les critères suivants ont été retenus: la présence des concepts suivants : norme sociale, industrie, produit, cadre juridique; la crédibilité scientifique; la capacité d'appliquer le cadre à la lutte au tabagisme dans une perspective de santé publique; l'utilité du cadre pour identifier des objectifs et des interventions. Le cadre présenté par le Surgeon General répondait à tous ces critères (USDHHS, 2000).

Le Surgeon General propose un cadre à deux volets : il reconnaît d'abord le rapport de forces entre l'industrie et les acteurs antitabac (figure 3). Il illustre ensuite les relations entre les interventions nécessaires pour contrer les forces de l'industrie afin d'atteindre les objectifs qui visent la réduction de la mortalité et de la morbidité et l'amélioration de la protection de la santé et des droits des non-fumeurs (figure 4). Il stipule que la création d'une norme de non-usage du tabac contribue à la prévention et à la création d'environnements sans fumée.

6.2.1 Volet 1 : rapports de force entre l'industrie et les acteurs antitabac

Selon le cadre d'analyse, l'individu serait au centre d'une dynamique opposant les forces anti et protabac qui agissent plus ou moins simultanément pour influencer sa décision de fumer ou non. L'individu serait influencé à la fois par l'industrie du tabac, qui tente, entre autres, de modifier sa perception des normes sociales en regard du tabac et par les acteurs antitabac, qui veulent créer une norme sociale favorisant le non-usage du tabac.

Figure 3 Influences agissant sur l'adoption ou le rejet du tabagisme

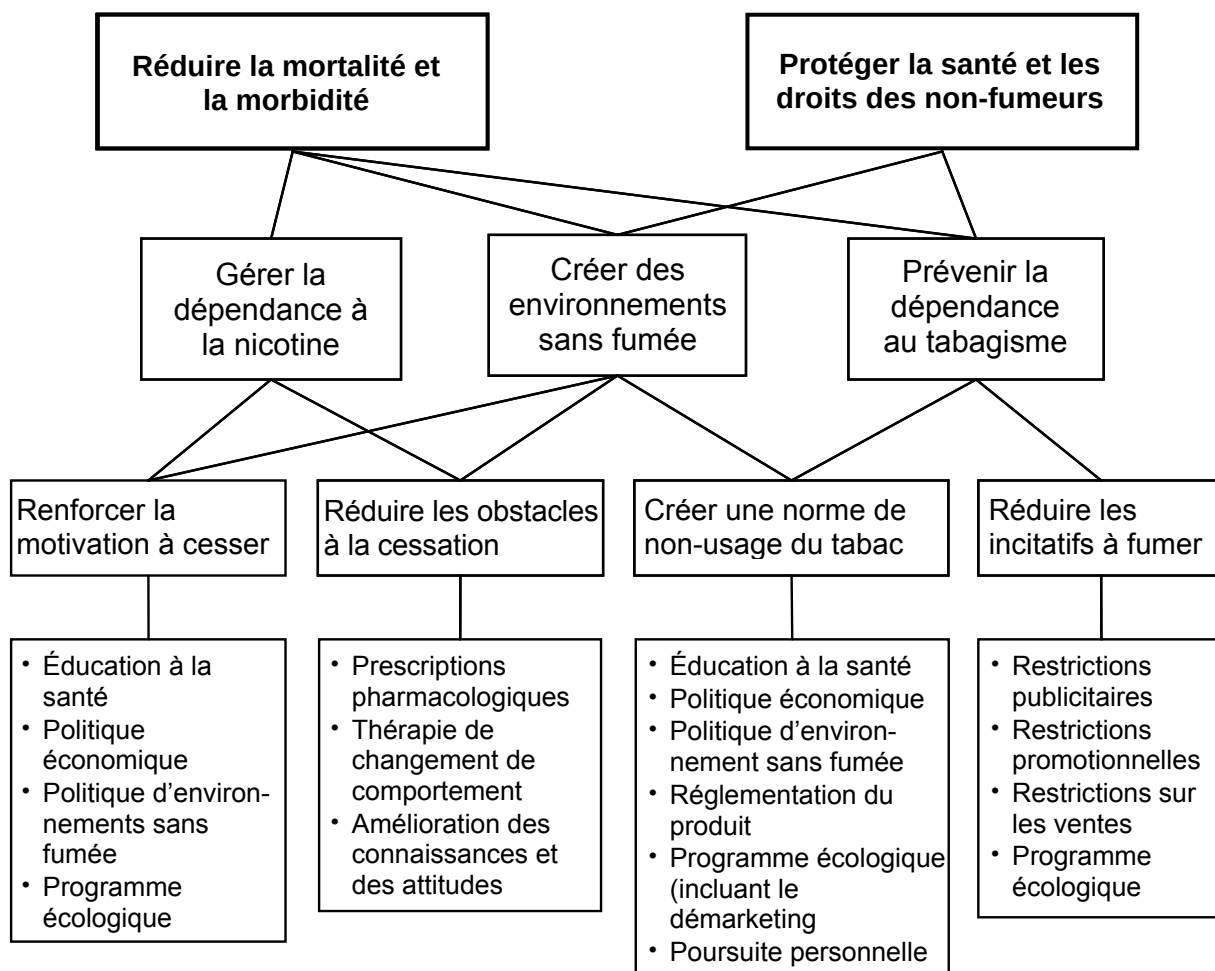


Source : USDHHS, 2000, p. 7

6.2.2 Volet 2 : Stratégies qui contribuent à modifier les normes sociales

Le cadre d'analyse illustre ensuite la synergie de plusieurs interventions qui visent à modifier la norme, laquelle contribue à prévenir le tabagisme et à créer des environnements sans tabac. Ces interventions permettront d'atteindre les objectifs de santé publique que sont la réduction de la mortalité et de la morbidité et l'amélioration de la protection de la santé et des droits des non-fumeurs (figure 4). Le cadre précise que la création d'une norme de non-usage du tabac contribue à la prévention du tabagisme et à la création d'environnements sans fumée. Par contre, le cadre d'analyse illustre la difficulté d'extraire la contribution spécifique du volet « créer une norme de non-usage du tabac » à l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité et de la protection de la santé et des droits des non-fumeurs.

Figure 4 Synergie des stratégies de lutte au tabac



Source : USDHHS, 2000, p.8

Pour créer la norme de non-usage du tabac, sous-jacente à la création d'environnements sans fumée et à la prévention de la dépendance au tabac, les stratégies suivantes sont proposées : l'éducation à la santé, les politiques économiques, les politiques d'environnements sans fumée, la réglementation du produit, les programmes écologiques¹ et les poursuites judiciaires personnelles.

¹ Un programme écologique tel que défini par le CDC a neuf composantes : les programmes communautaires visant la réduction de l'usage du tabac; les programmes de prévention et de dépistage des maladies chroniques associées à l'usage du tabac; les programmes en milieu scolaire; l'application et le respect des mesures de contrôle; les programmes d'État; le démarketing; les programmes de cessation; un système de surveillance et d'évaluation; l'administration et la gestion du programme (CDC, 1999).

6.2.3 Limites du cadre d'analyse du Surgeon General

Le cadre d'analyse est composé de deux figures. La figure 3 reconnaît le rôle de l'industrie, mais porte uniquement sur le comportement individuel. La référence à la création d'une norme de non-usage du tabac dans la figure 4 est plutôt générale. Le cadre proposé est linéaire, sans lien apparent entre les deux figures et n'illustre pas de façon intégrée la dynamique en jeu, basée sur le rapport entre les forces pro et antitabac. Il propose une série de stratégies, qui, en se référant à la définition de la dénormalisation retenue apparaît incomplète. Dans le cadre proposé par le Surgeon General, les poursuites au-delà des poursuites personnelles, les restrictions publicitaires, promotionnelles et sur la vente des produits du tabac ne contribuent pas à créer une norme de non-usage du tabac, bien que la littérature soutienne la contribution de ces éléments (CDC, 2001; McMillen et coll., 2000). Enfin, le cadre n'illustre pas le processus dynamique d'évolution sociale en jeu pour rendre le tabac moins acceptable, moins désirable et moins accessible.

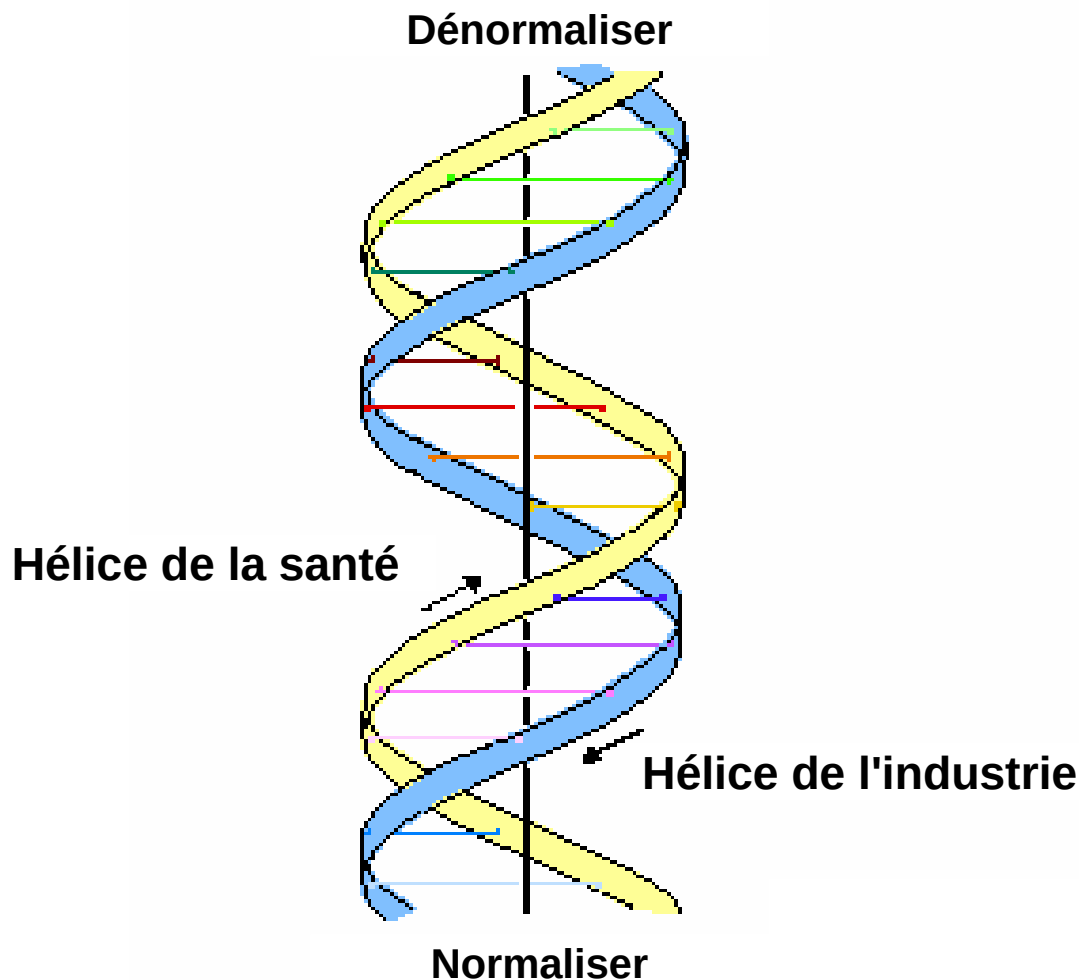
Ces limites ont amené les auteurs à proposer un nouveau modèle permettant d'intégrer la dynamique des forces en présence et de préciser la gamme de stratégies qui contribuent à la dénormalisation du tabac.

6.3 PROPOSITION D'UN MODÈLE D'INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION DANS LA LUTTE ANTITABAC

Le modèle du Surgeon General a été adapté en spécifiant la partie du modèle qui contribue à la création d'une norme de non-usage du tabac. La figure 5 illustre un des éléments du modèle qui permet d'examiner l'intégration de la dénormalisation à la pratique de la santé publique. Le schéma présente le rôle et la dynamique des forces en présence pour créer la norme de non-usage du tabac – soit les forces de l'industrie du tabac et celles des acteurs santé – en plus de préciser la diversité des interactions qui contribuent à l'évolution de la norme sociale en regard de l'acceptabilité, de la désirabilité et de l'accessibilité du tabac. La structure de cet élément du modèle est une double hélice qui inclut un ensemble de stratégies d'actions, tant à l'intérieur de chacune des hélices entre les partenaires qui partagent les mêmes objectifs qu'aux interfaces où s'affrontent des visions opposées. La portée des actions peut varier dans le temps, à mesure que le climat social et le cadre juridique évoluent. La figure 6 présente l'ensemble du modèle.

Les interventions des acteurs santé qui visent à prévenir la dépendance et à créer des environnements sans fumée contribuent à l'évolution du climat social et du cadre juridique. Ces interventions sont contrées par les pratiques de l'industrie du tabac qui veulent rendre le tabagisme plus acceptable, plus désirable et plus accessible. Le but ultime des interventions des acteurs santé est de réduire la mortalité et la morbidité associées au tabagisme en réduisant l'usage du tabac et en protégeant la santé et les droits des non-fumeurs.

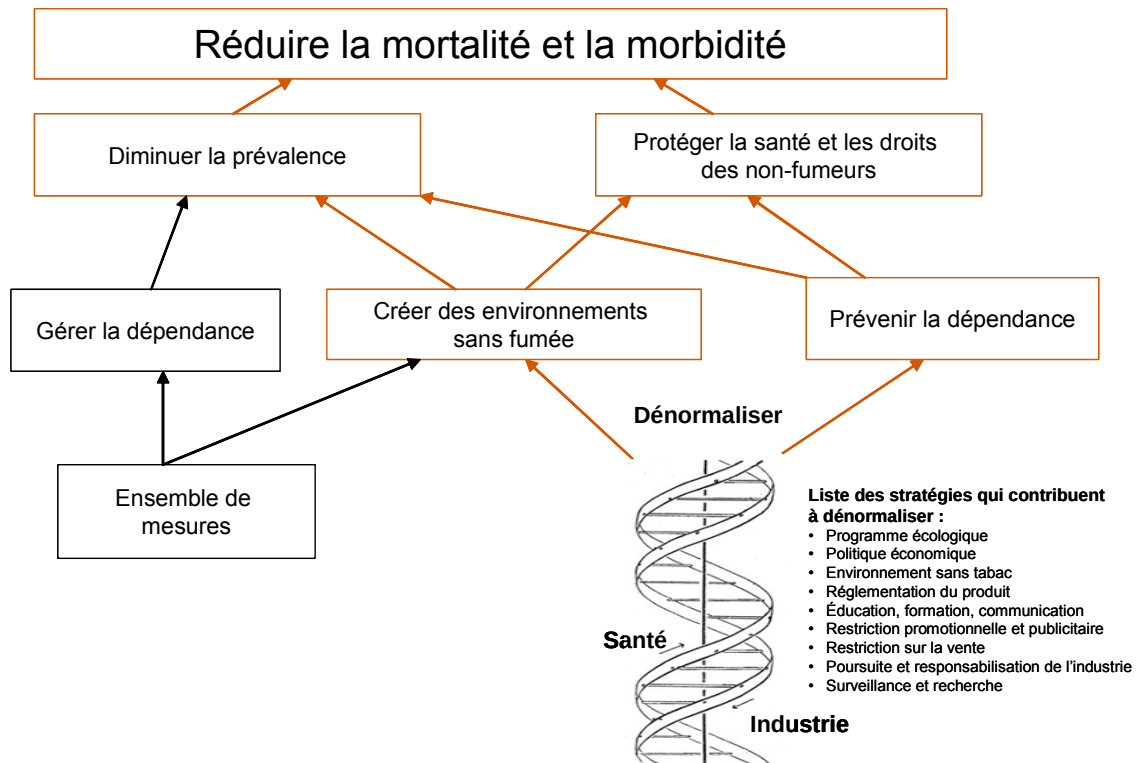
Figure 5 Illustration de la dynamique des forces associées à la dénormalisation dans la lutte antitabac



Liste des stratégies qui contribuent à dénormaliser :

- Programme écologique
- Politique économique
- Environnement sans tabac
- Réglementation du produit
- Éducation, formation, communication
- Restriction promotionnelle et publicitaire
- Restriction sur la vente
- Poursuite et responsabilisation de l'industrie
- Surveillance et recherche

Figure 6 Intégration de la dénormalisation à la pratique de santé publique dans la lutte antitabac



7 ANALYSE DES STRATÉGIES QUI CONTRIBUENT À LA DÉNORMALISATION AU QUÉBEC

Les stratégies qui contribuent à changer la norme et sur lesquelles interviennent les forces pro et antitabac sont un programme écologique, des politiques économiques, des politiques sur les environnements sans fumée, la réglementation du produit, des mesures d'éducation, de communication et de formation, des restrictions publicitaires et promotionnelles sur les produits du tabac, des restrictions sur la vente des produits du tabac, des poursuites et des mesures de responsabilisation de l'industrie et enfin, des activités de surveillance et de recherche.

Au chapitre des forces en présence, le Québec compte sur un réseau de santé publique et sur un nombre important d'acteurs non-gouvernementaux – tels la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, l'Association pour les droits des non-fumeurs, la Société canadienne du cancer, le Conseil québécois sur le tabac ou la santé, Info-Tabac, l'Association régionale pour le sport étudiant de Québec et Chaudière-Appalaches – en plus de pouvoir profiter des travaux des chercheurs des milieux universitaires. Les acteurs antitabac ont déjà fait la preuve de collaborations fructueuses, entre autres dans le dossier conduisant à l'adoption de la *Loi sur le tabac* (annexe 4). Quant à l'industrie du tabac au Québec, elle est présente, active et poursuit ses objectifs de vente et de promotion de ses produits. Elle déploie également un ensemble de stratégies qui s'inscrivent dans la dynamique du modèle : elle propose des programmes d'éducation – tels *Sages décisions*, *Opération carte d'identité*, – elle utilise des recours juridiques – comme les mises en demeure expédiées aux responsables de la campagne *De Facto* – elle s'oppose à certaines mesures de contrôle soit directement soit en faisant appel à des groupes de façade créés spécifiquement pour assurer la défense de ses intérêts (Cunningham, 1997). Les stratégies déployées par l'industrie du tabac tant aux États-Unis qu'au Canada et dans le monde ont été documentées par plusieurs auteurs et organismes (USDHHS, 2000; Dubois, 2003; Pollay, 2002; Joossens, 2001; PAHO, 2002; Saloojee et Dagli, 2000) (annexe 1).

Au cours des dernières années, le Québec s'est doté de leviers qui lui permettent d'agir sur la nature et les origines des normes sociales qui encouragent la dépendance au tabac, en particulier sur certaines pratiques de l'industrie du tabac. Ces leviers se retrouvent dans la *Loi sur le tabac*, dans le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (PQLT)*, dans le *Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT)*, dans le *Programme national de santé publique (PNSP)* et dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)*. Le tableau 1 présente l'ensemble des stratégies antitabagiques québécoises issues de ces documents. Une description détaillée de ces stratégies peut être consultée à l'annexe 5.

Au niveau mondial, l'OMS, résolue à protéger la génération actuelle et les générations futures de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac, a poursuivi ses travaux pour déposer, en 2003 la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Les éléments de la Convention représentent un consensus mondial sur les stratégies à implanter pour la lutte antitabac, et selon les termes mêmes de la convention, les parties sont « résolues à promouvoir des mesures antitabac fondées sur les considérations scientifiques, techniques et économiques actuelles et pertinentes » (OMS, 2003).

Tableau 1 Identification des stratégies québécoises de lutte contre le tabac correspondant au modèle d'intégration de la dénormalisation

Stratégies	Stratégies prévues dans le PQLT ¹ , le PQAT ² , le PNSP ³ et la <i>Loi sur le Tabac</i>	Stratégies prévues mais non actualisées	Stratégies non prévues
Programme écologique	Programmes communautaires		
	Programmes de prévention et de dépistage des maladies chroniques associées au tabagisme		
	Programmes en milieu scolaire		
	Application et respect des mesures de contrôle		
	Programme étatique		
			Démarketing
	Programmes de cessation		
	Surveillance et évaluation (voir ci-bas)		
	Administration et gestion du programme		
Politiques économiques	Hausse des taxes sur le tabac et contrôle de la contrebande		
Politiques sur les environnements sans fumée	Application des mesures de la <i>Loi sur le tabac</i> qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics et inspection		
Réglementation du produit		Pouvoir de réglementer le produit	
Mesures d'éducation, de communication et de formation		Sensibilisation aux méfaits de l'exposition à la FTE	
	Activités de communication sur les saines habitudes de vie et sur la promotion du <i>counseling</i> concernant le tabagisme		
		Adoption de pratiques visant à éviter la normalisation des produits du tabac	
Restrictions publicitaires et promotionnelles	Application des mesures de la <i>Loi sur le tabac</i> relatives à la promotion des produits du tabac et inspection		
Restrictions à la vente	Application des mesures de la <i>Loi sur le tabac</i> qui concernent la vente des produits et inspection		
Poursuites et responsabilisation de l'industrie du tabac	Évaluation de la pertinence d'impliquer l'industrie du tabac dans la lutte antitabac		Suivi à l'évaluation
	Évaluation des interventions portant sur la prévention, la cessation et la protection	Production du rapport de mise en œuvre de la <i>Loi sur le tabac</i> en 2005	
Surveillance et évaluation	Revue de littérature Recherches liées aux coûts de soins de santé et aux multiples déterminants liés au tabagisme	Surveillance des activités de l'industrie	

¹ PQLT - *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*.

² PQAT - *Plan québécois d'abandon du tabac*.

³ PNSP - *Programme national de santé publique*.

Les sections suivantes répertorient les leviers présents dans chacune des composantes du modèle proposé d'intégration de la dénormalisation à la pratique de santé publique, précisent leur état d'actualisation et les analysent en regard des recommandations de la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*.

7.1 LEVIERS ASSOCIÉS AU PROGRAMME ÉCOLOGIQUE

Un programme écologique de contrôle du tabac est composé de neuf éléments : des programmes communautaires, des programmes de prévention et de dépistage des maladies chroniques associées au tabagisme, des programmes en milieu scolaire, des mesures d'application des lois, un programme étatique, des activités de démarketing, des programmes de cessation, un système de surveillance et d'évaluation et une structure qui facilite la coordination des différents éléments (CDC, 1999). Selon les critères du CDC, le PQLT – avec l'ajout de certaines mesures incluses dans le PNSP, le PQAT, le PQLC et la *Loi sur le tabac* – compte 7 des 9 éléments d'un programme écologique.

Au niveau des orientations gouvernementales, le Québec dispose d'un programme écologique de lutte contre le tabagisme presque complet (voir annexe 5). Cependant, une analyse sommaire de leur degré de mise en œuvre montre l'absence d'activités associées au démarketing. D'autres mesures sont en voie d'implantation comme les programmes de prévention et de dépistage des maladies chroniques associées au tabagisme. Un certain nombre de mesures prévues ne sont pas encore mises en œuvre telles les mesures visant la surveillance des activités de l'industrie.

La Convention-cadre de l'OMS précise les critères d'un programme écologique :

« Met en place ou renforce et dote de moyens financiers un dispositif national de coordination (...) et adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces (...) pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac »
(art. 5)

Le PQLT et les autres mesures mises en place pour réduire le tabagisme sont surtout financées à partir des taxes prélevées sur les produits du tabac. Toutefois ce financement per capita n'est pas à l'abri des pressions politiques ou administratives soumises à toute enveloppe budgétaire non protégée. Une étude sur l'efficacité des programmes de contrôle du tabac implantés en Californie, au Massachusetts, en Arizona et en Oregon rappelle qu'un financement protégé et indépendant est un indicateur d'efficacité d'un programme de contrôle du tabac (Siegel, 2002) et qu'aux États Unis, l'industrie du tabac a joué un rôle actif dans la diminution des budgets accordés au contrôle du tabac.

7.2 LEVIERS ASSOCIÉS AUX POLITIQUES ÉCONOMIQUES

Le PQLT reconnaît que la hausse des taxes sur le tabac – et le contrôle de la contrebande – contribuent à prévenir le tabagisme. En dépit d'importantes augmentations en 2001, 2002 et 2003, le prix d'une cartouche de cigarettes au Québec – qui était de 63,33 \$, en décembre 2003 – est le moins élevé au pays et comparable au prix payé en Ontario. Le prix moyen canadien pour une cartouche de 200 cigarettes est de 74,88 \$ et peut atteindre 86,23 \$ dans les territoires du Nord-Ouest (Canadian Coalition For Action on Tobacco, 2004).

La Convention-cadre appuie la position du PQLT et reconnaît que « les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac (...) ». Pour rendre cette mesure encore plus efficace, il y aurait lieu d'ajuster le niveau de taxation des produits du tabac afin que le prix du tabac au Québec soit au moins à un niveau égal aux prix payés dans les régions limitrophes où ces produits sont les plus chers.

7.3 LEVIERS ASSOCIÉS AUX POLITIQUES SUR LES ENVIRONNEMENTS SANS FUMÉE

La *Loi sur le tabac* interdit totalement de fumer « dans les centres de la petite enfance, garderies et autres services de garde de la petite enfance, dans les écoles primaires et secondaires et autres locaux utilisés pour offrir de l'enseignement de niveau primaire et secondaire, dans les maisons de jeunes et tout lieu fermé destiné à des activités communautaires ou des loisirs s'adressant à des personnes mineures ». La loi prévoit l'interdiction de fumer mais permet – sans l'obliger – l'aménagement de fumeurs ou d'espaces pour fumer dans un grand nombre de lieux, notamment dans les édifices gouvernementaux et municipaux, les locaux utilisés par les établissements de santé, les milieux de travail, les commerces et les boutiques. Des normes d'aménagement sont précisées pour les fumeurs. Les exploitants de restaurants et d'établissements commerciaux où des aliments sont consommés sur place et qui possèdent 35 places ou plus, peuvent réserver au plus 40 % des places aux fumeurs. L'espace où il est permis de fumer doit être fermé par des cloisons s'étendant du sol au plafond et munit d'un système de ventilation qui fait en sorte que la pression de l'air est négative et que la fumée est évacuée directement vers l'extérieur du bâtiment. Les mesures interdisant l'usage du tabac dans les milieux de travail et autres lieux sont en vigueur depuis le 17 décembre 1999 et l'application complète des mesures visant les lieux de restauration est prévue pour le 17 décembre 2009 (L.Q. 1998, C-33, art. 69).

Pour assurer le respect de la loi, le MSSS a mis en place une équipe d'inspecteurs. De plus, une ligne téléphonique sans frais permet de répondre aux demandes de renseignements sur la loi et de recueillir les plaintes liées à son application.

En regard de la protection accordée aux non-fumeurs et à la lumière des connaissances scientifiques les plus récentes, les risques à la santé que présente l'exposition à la fumée secondaire devraient être reconnus pour l'ensemble des travailleurs du Québec et pour tous les individus qui fréquentent les lieux publics. La Convention-cadre précise « qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort. » (art. 8).

Le droit de respirer un air exempt de fumée secondaire devrait être une norme universelle. À cet égard, le gouvernement pourrait combler certaines lacunes de la *Loi sur le tabac* en interdisant l'usage du tabac dans tous les milieux de travail – y compris les bars et les restaurants – et dans tous les lieux publics.

7.4 LEVIERS ASSOCIÉS À LA RÉGLEMENTATION DES PRODUITS DU TABAC

L'article 29 de la *Loi sur le tabac* permet au gouvernement de réglementer les produits du tabac et de contribuer ainsi à rendre leur usage moins désirable :

« 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 annuelles du Canada*, 1997, chapitre 13) en semblables matières ».

À l'heure actuelle, aucun règlement n'a encore été adopté en vertu de cet article au Québec. Le devoir d'harmonisation avec la loi canadienne du tabac devrait être abrogé pour permettre au Québec de réglementer le produit. Récemment, le Sénat a adopté le projet de Loi C-260 – la Loi modifiant la *Loi sur les produits dangereux* – qui établit des normes de fabrication pour les cigarettes dans le but de réduire leurs propriétés incendiaires.

Pour les autres composantes du produit, la communauté scientifique est divisée : faut-il encourager l'émergence d'un produit moins nocif, ou dont certaines composantes auraient été éliminées pour le rendre moins nocif – dans une perspective de gestion des risques – ou encourager le non-usage du tabac et la cessation? Compte tenu de la controverse actuelle, cette question devrait faire l'objet d'études plus poussées avant d'en arriver à la formulation de recommandations précises.

7.5 LEVIERS ASSOCIÉS AUX MESURES D'ÉDUCATION, DE COMMUNICATION ET DE FORMATION

Le PQLT propose de « transmettre de façon soutenue à la population de l'information et des messages concernant les effets du tabagisme ainsi que les attitudes et les comportements à adopter pour faire face à ce problème et à ses composantes » (p. 15). Il prévoit également « l'adoption de pratiques visant à éviter la promotion directe ou indirecte et la “normalisation” des produits du tabac ». Sous le volet “protection”, il propose une « sensibilisation aux méfaits de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement » (p. 17).

Le PNSP propose « l'organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie et la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, notamment en *counseling* concernant le tabagisme » (p. 46).

La Convention-cadre recommande que le public ait accès à un large éventail d'informations sur les risques à la santé liés à la consommation de tabac – incluant la dépendance à la nicotine – sur l'exposition à la fumée du tabac et sur les pratiques de l'industrie du tabac. Les informations concernant les conséquences sanitaires, économiques et environnementales préjudiciables de la production et de la consommation de tabac devraient également être disponibles (art. 12). La Convention-cadre propose également des programmes de formation et de sensibilisation à l'intention de l'ensemble des acteurs, administrateurs et décideurs concernés par la lutte antitabac.

A l'heure actuelle, aucune activité de communication d'importance sur les méfaits de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement n'a été réalisée par le gouvernement du Québec. Ces campagnes contribueraient à modifier la norme sociale puisque, selon la littérature, la fumée de tabac dans l'environnement et les pratiques de l'industrie sont les thèmes des campagnes les plus susceptibles de dénormaliser l'usage du tabac (Siegel, 2002).

7.6 LEVIERS ASSOCIÉS AUX RESTRICTIONS PUBLICITAIRES ET PROMOTIONNELLES SUR LES PRODUITS DU TABAC

Les mesures prévues dans la *Loi sur le tabac* entourant la publicité des produits du tabac sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 1998. Ces mesures ne permettent l'affichage des produits du tabac qu'à l'intérieur d'un point de vente de produits du tabac et dans les journaux ou magazines écrits dont 85 % des lecteurs sont des adultes. La publicité doit comporter une mise en garde du ministre de la Santé et des Services sociaux sur les effets nocifs du tabac sur la santé. De plus, le message publicitaire ne doit pas être destiné aux jeunes, être faux ou trompeur, associer le tabac à un style de vie, utiliser attestation, témoignage ou slogan, faire référence à des personnes, personnages ou animaux réels ou fictifs, comporter autre chose que du texte (sauf l'illustration sur l'emballage, limité à 10 % de la surface)

Les mesures visant la promotion et l'association avec des produits du tabac spécifient qu'il est interdit de donner ou de fournir du tabac à un consommateur à des fins promotionnelles, d'accorder des rabais sur les prix de vente courants ou en fonction de la quantité achetée, d'offrir un cadeau, une remise ou un bénéfice à l'achat de tabac. De plus, l'utilisation d'un nom, d'un logo, d'un signe distinctif, d'un dessin ou d'un slogan associé directement au tabac, à un produit, à une marque ou à un fabricant de tabac, sauf la couleur, n'est pas permise sur un objet qui n'est pas un produit du tabac, n'est pas permise en association avec une installation ou un événement sportif, culturel ou social (MSSS, 1999).

Les mesures entourant la publicité sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 1998; celles sur la promotion, le 1^{er} octobre 2003. En cas d'infraction, la loi prévoit des amendes de 2 000 \$ à 600 000 \$ pour le contrevenant, l'exploitant de même que pour le fabricant ou le distributeur.

Actuellement, l'industrie du tabac tente de contourner les restrictions entourant ces mesures en fondant de nouvelles compagnies ou en identifiant de nouveaux endroits pour faire la promotion de ses produits. Une des nouvelles activités de l'industrie est d'organiser et de publiciser des spectacles dans les bars, tandis qu'une autre filiale s'occupe de la gestion des « activités de marchandises » dans des bars, soit les présentoirs de cigarettes et les cigarettes-girls. Des enquêtes sont présentement en cours, suite au dépôt de plaintes.

La Convention-cadre souligne l'importance de réglementer l'étiquetage des produits du tabac

« Pour qu'ils ne contribuent pas à la promotion d'un produit par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs (...) qui donnent directement ou indirectement l'impression erronée qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que d'autres, comme par exemple des termes tels que “à faible teneur en goudrons”, “légère”, “ultra-légère” ou “douce” » (art. 11).

Bien que la *Loi sur le tabac* ait imposé d'importantes restrictions sur la publicité et la promotion des produits du tabac, il reste encore un travail de réglementation à compléter en lien avec certaines pratiques de l'industrie, notamment dans le dossier des appellations trompeuses des produits du tabac qui induisent le public en erreur.

7.7 LEVIERS ASSOCIÉS AUX RESTRICTIONS SUR LA VENTE

Les mesures suivantes entourant la vente des produits du tabac sont prévues par la *Loi sur le tabac* : interdiction de vendre ou de donner du tabac aux mineurs, interdiction de vendre des produits du tabac dans les locaux et sur les terrains de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, interdiction de vente de cigarettes à l'unité ou dans des paquets de moins de vingt cigarettes, affichage obligatoire de l'interdiction de vendre aux mineurs, interdiction de vente par courrier, livraison ou en libre-service, interdiction de vendre en pharmacie. La loi oblige que la vente du tabac dans un commerce se fasse avec l'aide d'un préposé ou en présence physique du vendeur et de l'acheteur. La présence de distributeurs automatiques n'est permise que dans certains établissements tels les restaurants titulaires d'un permis d'alcool, les bars, les tavernes et les brasseries. Ces distributeurs doivent être placés de telle sorte qu'ils soient sous surveillance afin d'en interdire l'accès aux mineurs ou qu'ils soient munis d'un contrôle électronique à distance si le distributeur est dans un restaurant (MSSS, 1999). Ces mesures sont appliquées depuis le 17 décembre 1999. Le PQLT prévoit la mise en application des mesures relatives à l'accessibilité et à la promotion des produits du tabac (PQLT p.14). Présentement, des inspecteurs québécois voient à l'application des mesures relatives à la vente aux mineurs.

Les mesures mises en place au Québec sont conformes aux mesures proposées par la Convention-cadre, à l'exception des distributeurs automatiques des produits du tabac et de l'âge des vendeurs. Les signataires de la Convention-cadre s'engagent à proscrire les distributeurs automatiques et à faire en sorte que les vendeurs de produits du tabac aient au moins l'âge légal d'en acheter pour en vendre. Si ce principe était respecté au Québec, les vendeurs de produits du tabac devraient avoir au moins 18 ans.

7.8 LEVIERS ASSOCIÉS AUX POURSUITES ET À LA RESPONSABILISATION DE L'INDUSTRIE

Tel que prévu dans le PQLT, les travaux relatifs à l'évaluation de la pertinence d'impliquer l'industrie du tabac dans la lutte contre le tabac auraient été amorcés, mais le rapport n'a pas encore été diffusé.

Par contre, le ministère du Revenu du Québec a récemment entrepris des démarches pour récupérer des sommes importantes auprès des compagnies de tabac, supposément impliquées dans la contrebande de cigarettes pendant les années 1990 (Noël, 2004). La Convention-cadre reconnaît que l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon, couplée à l'élaboration et la mise en œuvre d'une législation nationale dans ce domaine constituent des aspects essentiels de la lutte antitabac (art. 15). L'article 19 de la Convention-cadre précise les éléments liés à la responsabilisation.

7.9 LEVIERS ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE ET À L'ÉVALUATION

Le PQLT prévoit l'évaluation des interventions portant sur la prévention, la cessation, la protection, la connaissance et la surveillance, et la recherche. Des sommes ont déjà été affectées à la réalisation de ce mandat. En ce qui concerne la surveillance de l'évolution des normes sociales, le Québec possède quelques données qui permettent d'apprécier l'évolution de la norme sociale en regard du tabagisme (CROP, 2002; 2003). Ce portrait pourrait être complété en utilisant un ensemble d'indicateurs inspirés des travaux du groupe de chercheurs de l'Université du Mississippi (McMillen et coll., 2000).

La *Loi sur le tabac* donne au gouvernement des leviers pour surveiller les activités de l'industrie du tabac. Les articles 30 et 31 précisent que le ministre peut déterminer des normes relatives aux rapports qu'il peut exiger des fabricants et des distributeurs de produits du tabac. Le ministre peut également exiger un rapport des fabricants ou des distributeurs de produits du tabac si une nouvelle forme de tabac, une nouvelle marque ou un nouveau produit du tabac ou un nouveau mode de distribution des produits du tabac est introduit sur le marché ou si, selon le ministre, la santé publique l'exige.

Bien que la loi confère au gouvernement le pouvoir de connaître les stratégies de l'industrie et de suivre les activités des fabricants et des distributeurs de produits du tabac, l'Assemblée nationale n'a encore adopté aucun règlement en vertu des articles 30 et 31 de la *Loi sur le tabac*. Il n'existe actuellement aucune surveillance systématique des activités de l'industrie du tabac au Québec.

La Convention-cadre recommande de mettre en place un système pour recueillir et diffuser régulièrement des informations sur la production de tabac, la fabrication des produits du tabac et les activités de l'industrie du tabac qui ont un impact sur les activités de lutte antitabac (art. 20).

7.10 LEVIERS ASSOCIÉS À LA RECHERCHE

Au chapitre de la recherche, le PQLT prévoit « des revues de la littérature scientifique relative au tabagisme » et « la recherche, notamment en ce qui a trait aux coûts des soins de santé liés au tabagisme et à la prévention » (p. 18). Le PNSP prévoit effectuer de la « recherche sur l'influence des déterminants sociaux, politiques, économiques et culturels dans l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements qui favorisent la santé et le bien-être » (p. 47). Un certain nombre de revues de littérature sont actuellement en cours. De plus, le MSSS s'est engagé à soutenir, pour les cinq prochaines années, le développement de la recherche dans le domaine du tabac. Les mesures mises en place par le Québec sont conformes aux recommandations de la Convention-cadre, telles que précisées à l'article 20.

DISCUSSION

Cet avis a permis d'aller au-delà des perceptions liées à la dénormalisation en s'appuyant sur les écrits et les origines de ce concept et tenter de comprendre comment la dénormalisation était intégrée à la pratique de santé publique dans les trois États américains qui y sont le plus souvent associés.

La dénormalisation telle qu'elle est le plus souvent perçue par les acteurs québécois – c'est-à-dire liée aux pratiques de l'industrie du tabac et aux campagnes de communication – ne rejoint que la partie la plus visible et la plus spectaculaire de ce que proposent de façon plus générale les programmes écologiques des trois États américains, lesquels ont été évalués comme étant efficaces. Ces trois programmes cherchent à modifier la norme sociale liée au tabagisme pour protéger la santé de la population et réduire la mortalité et la morbidité associées au tabagisme. À cet égard, chaque État s'organise différemment, soit en ciblant des publics différents, soit en déployant un ensemble différents de stratégies qui tiennent compte de réalités politiques et juridiques également différentes.

L'exemple de la Californie a retenu l'attention des auteurs par la précision de la vision de la dénormalisation, par l'intégration de celle-ci à leur programme de lutte antitabac, par la façon de contrer l'influence de l'industrie notamment par des programmes dont les objectifs sont de documenter les pratiques de l'industrie. De plus, les évaluations récentes du programme californien suggèrent l'efficacité d'une telle intégration. Enfin, la Californie continue de mettre en place des mesures éducatives et poursuit ses campagnes de communication, tout en tentant de conserver un financement adéquat de son programme.

L'analyse des écrits canadiens a permis de mettre en relief l'engagement du Canada dans la voie de la modification des normes sociales, même si la vision de la dénormalisation est encore imprécise. Le Canada se distingue des trois États américains par son cadre juridique puissant, notamment au niveau de la réglementation en matière de publicité, de promotion et de commandite ainsi que sur le contrôle et la composition du produit. La position du Canada face aux pratiques de l'industrie se précise tant au niveau des tribunaux que dans ses campagnes de communications récentes. Les travaux d'un groupe d'experts canadiens et américains sur le rôle des campagnes de dénormalisation de l'industrie indiquent une volonté d'informer la population sur les pratiques et le discours de l'industrie, telle qu'illustrée par la récente campagne médiatique sur la fumée de tabac dans l'environnement, mettant en scène une travailleuse de la restauration qui se meurt d'un cancer sans avoir jamais fumé. Le succès de cette campagne qui dénonce le discours de l'industrie risque d'en inspirer d'autres.

Le rôle de la fumée de tabac dans l'environnement comme élément important d'une stratégie efficace de dénormalisation est une découverte intéressante. La fumée de tabac dans l'environnement rend le tabac moins désirable et moins acceptable tant pour le fumeur que pour le non-fumeur. Siegel (2002) a souligné que l'effet le plus spectaculaire d'un programme d'État était l'augmentation du nombre de règlements interdisant totalement l'usage du tabac dans tous les lieux publics, y compris dans les bars et les restaurants. La fumée de tabac dans l'environnement est également reconnue comme l'un des messages les plus efficaces d'une campagne de communication, avec les pratiques manipulatoires de l'industrie et la dépendance à la nicotine.

La littérature scientifique actuelle suggère qu'un ensemble d'interventions synergiques permet de modifier la norme sociale, sans toutefois pouvoir préciser l'efficacité relative des diverses stratégies de dénormalisation à l'atteinte des objectifs de réduction de la prévalence et de protection de la santé. Par contre, les experts s'entendent pour reconnaître la nécessité de documenter et de contrer l'influence de l'industrie du tabac et de faire appel, parmi l'ensemble des stratégies à déployer, à des campagnes de démarketing.

L'analyse s'est limitée à l'étude de la dénormalisation dans les écrits liés à la lutte au tabagisme, dans une perspective de santé publique. Mais la démarche a permis de prendre connaissance de recherches en émergence, qui s'intéressent à la conception théorique et à l'opérationnalisation du contexte social associé au tabagisme, qui cherche à comprendre l'usage du tabac comme étant lié au contexte social et à un style de vie codé par un ensemble d'habitudes de vie plutôt qu'un comportement individuel où l'individu est perçu comme une victime de la nicotine ou de l'industrie. Les recherches ont également permis d'identifier des indicateurs de la norme sociale. Ce domaine mérite d'être approfondi pour mieux comprendre et documenter l'évolution de la norme sociale.

À la lumière de la définition et du modèle d'analyse de la dénormalisation, le Québec intègre à un certain degré la dénormalisation à sa pratique de santé publique depuis au moins une dizaine d'années. Plusieurs leviers existent dans le PQLT et dans la *Loi sur le tabac* qui permettraient d'accélérer le changement de la norme en regard de l'acceptabilité, de la désirabilité et de l'accessibilité du tabac. L'efficacité de l'ensemble des interventions passe par une meilleure compréhension du rôle de l'industrie afin d'ajuster chacune de ces stratégies en fonction des enjeux soulevés. Les stratégies qui contribuent à dénormaliser sont presque toutes déployées au Québec mais à différents niveaux. Par contre, l'implantation de certaines stratégies accuse un certain écart par rapport à ce qui est prévu et par rapport aux dispositions de la Convention-cadre de l'OMS.

En conséquence, pour intensifier les efforts de dénormalisation au Québec, quatre types d'actions doivent être mises en œuvre :

1. connaître, faire connaître et contrer l'influence de l'industrie du tabac;
2. implanter les mesures déjà prévues;
3. s'assurer de l'actualisation de toutes les stratégies qui contribuent à la dénormalisation;
4. accentuer l'utilisation de certaines stratégies.

1. Connaître, faire connaître et contrer l'influence de l'industrie du tabac

- Documenter et faire connaître les pratiques de l'industrie du tabac qui ont une influence sur la santé publique et sur l'implantation des mesures de contrôle du tabac;
- Ajuster les stratégies de dénormalisation de façon à contrer l'influence de l'industrie.

2. Implanter les mesures déjà prévues

- Surveiller les activités de l'industrie du tabac en vertu des pouvoirs de réglementer que confère la Loi sur le tabac;

- Sensibiliser les décideurs et la population aux méfaits de la fumée du tabac dans l'environnement;
- Adopter des pratiques visant à éviter la normalisation des produits du tabac.

3. Actualiser toutes les stratégies qui contribuent à dénormaliser

- Organiser des campagnes de démarketing portant notamment sur la fumée de tabac dans l'environnement et sur les pratiques de l'industrie.

4. Accentuer l'utilisation de certaines stratégies

- Hausser les taxes pour rendre le prix des produits du tabac conforme au prix payé dans les régions limitrophes au Québec où ces produits sont les plus chers;
- Donner suite, s'il y a lieu, à l'évaluation de la pertinence d'impliquer l'industrie du tabac dans la lutte antitabac;
- Abroger le devoir d'harmonisation de la loi québécoise avec la loi fédérale pour permettre au Québec de réglementer les produits du tabac;
- Assurer la protection de tous les Québécois en interdisant l'usage du tabac dans tous les milieux de travail, y compris les bars et les restaurants et dans tous les lieux publics conformément à l'avancement des connaissances dans le domaine de la fumée de tabac dans l'environnement;
- Compléter la liste des indicateurs permettant d'apprécier l'évolution des normes sociales concernant le tabagisme au Québec;
- Assurer un financement protégé et récurrent pour l'ensemble des mesures de lutte contre le tabac.

CONCLUSION

À partir d'une analyse étymologique, sémantique et historique, la dénormalisation peut être définie comme une approche qui vise à changer les normes sociales reliées au tabagisme en agissant sur la nature et les origines de la norme qui encouragent la dépendance et l'usage du tabac, en l'occurrence l'industrie du tabac, et en modifiant le climat social et le cadre juridique afin que le tabac et son usage deviennent moins acceptable, moins désirable et moins accessible. À la lumière de cette définition, il est possible d'affirmer que la dénormalisation est intégrée à un certain degré à la pratique de santé publique au Québec.

À partir d'un modèle d'intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac qui reconnaît qu'un ensemble d'interactions opposant les forces de l'industrie à celles des acteurs antitabac contribue à créer un climat social et un cadre juridique dynamiques qui évoluent dans le temps et dans l'espace, il est possible de conclure que dans le dossier tabac, le Québec intervient, mais à des niveaux différents, sur la plupart des stratégies d'action qui contribuent à dénormaliser : programme écologique, politiques économiques, politiques d'environnements sans fumées, réglementation du produit, éducation, communication et formation, restrictions publicitaires et promotionnelles, restrictions sur la vente. La pratique de santé publique n'est cependant pas actualisée en poursuite, responsabilisation et surveillance de l'industrie.

Tout en s'assurant de mieux connaître, faire connaître et contrer l'influence de l'industrie du tabac, des efforts doivent être consentis pour accélérer la dénormalisation dans le dossier du tabac au Québec. Il faut s'assurer de mettre en œuvre l'ensemble des leviers que confèrent le PQLT et la *Loi sur le tabac*. Il conviendra donc d'actualiser toutes les stratégies qui peuvent contribuer à dénormaliser, dont des campagnes de démarketing portant sur la fumée de tabac dans l'environnement et sur les pratiques de l'industrie. Il importe également d'accentuer l'utilisation de certaines stratégies dont l'élargissement de la protection contre la fumée de tabac aux restaurants, bars et lieux publics. Les principales conditions de réussite reposent minimalement sur le maintien du financement actuel et sur la nécessité qu'il soit dédié à la lutte contre le tabac.

La réduction de l'acceptabilité, de la désirabilité et de l'accessibilité du tabac et de son usage constitue l'une des pierres angulaires de la politique destinée à réduire les problèmes de santé associés au tabagisme et à la fumée de tabac. La responsabilité sociale de l'État face au tabac se doit d'être non seulement maintenue mais renforcée pour relever le défi d'accélérer la diminution de la prévalence du tabagisme et offrir la meilleure protection possible contre la fumée de tabac au Québec. Une reconnaissance bien établie par l'État du rôle de l'industrie dans l'épidémie du tabagisme sera déterminante dans l'exercice de sa responsabilité collective à assurer le bien-être de la population.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abt Associates Inc. (1995). Independent evaluation of the Massachusetts tobacco control program. First annual report. Fiscal year 1994. Cambridge, MA: Abt Associates, Inc. <http://www.state.ma.us/dph/mtcp/>
- Associated Press (2003). 'Two tobacco companies sue California over anti-smoking campaign'. Communiqué de presse émis le 3 avril 2003. <http://www.firstamendmentcenter.org/news.aspx?id=11286>
- Aguinaga Bialous, S. & Glantz, S. A. (1999). *Arizona's tobacco control initiative illustrates the need for continuing oversight by tobacco control advocates*. Tob.Control, 8, 141-151. <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/8/2/141.pdf>
- Aguinaga Bialous, S. & Shatenstein, S. (2002). *Profits over people: Tobacco industry activities to market cigarettes and undermine public health in Latin America and the Caribbean*. Pan American Health Organization. http://www.paho.org/English/HPP/HPM/TOH/profits_over_people.pdf
- Aguinaga Bialous, S., Fox, B. J. & Glantz, S. A. (2001). *Tobacco industry allegations of "illegal lobbying" and state tobacco control*. Am.J.Public Health, 91, 62-67.
- Australia National Health and Medical Research Council (1997). *The health effects of passive smoking*. Canberra ACT, Australia: The council; 1997 Nov. <http://www.health.gov.au/nhmrc/advice/nhmrc/foreword.htm>
- Berkowitz, A. D. & Perkins, H. N. (1987). *Current issues in effective alcohol education programming*. In J. S. Sherwood (Ed.), *Alcohol Policies and Practices on College and University Campuses* (pp. 69-85). Columbus, OH. National Association of Students Personnel Administrators, Monograph Series.
- Berkowitz, A. D. (2001). *The social norms approach: Theory, research and annotated bibliography*. <http://www.edc.org/hec/socialnorms/theory.html>
- Biener, L., McCallum-Keeler, G. & Nyman, A. L. (2000). *Adults' response to Massachusetts anti-tobacco television advertisements: Impact of viewer and advertisement characteristics*. Tob. Control, 9, 401-407. <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/9/4/401.pdf>
- California Department of Health Services (1998). *A model for change: The California experience in tobacco control*. California: California Department of Health Services / Tobacco Control Section. <http://www.dhs.cahwnet.gov/tobacco/documents/modelforchange.pdf>
- California Department of Health Services / Tobacco Control Section (2000). *California tobacco control update*. <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/CTCUpdate.pdf>
- California Department of Health Services (2001). *The California tobacco control program: A decade of progress, result from the California tobacco survey, 1990-1999*. California Department of Health Services / Tobacco Control Section. Final report prepared by Cancer Prevention and Control Program, University of California, San Diego. http://ssdc.ucsd.edu/ssdc/pdf/1999_Final_Report.pdf

- California Environmental Protection Agency (1997). *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Final report.* Office of Environmental Health Hazard Assessment. http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html
- Canadian Coalition for Action on Tobacco (2004). *A Win-Win: enhancing public health and public revenue.* Mémoire présenté à Ralph Goodale, ministre fédéral des finances. <http://www.nsra-adnf.ca/DOCUMENTS/PDFs/taxreport2004.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (1999). *Best practices for comprehensive tobacco control programs.* Atlanta, Ga.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). *Investment in tobacco control: State highlights-2001.* Atlanta, Ga, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/statehi/pdf_2001/2001statehighlights.pdf
- Coalition Québécoise pour le Contrôle du tabac (2001). *Dénormalisation de l'industrie du tabac: Nouvelle approche pour les campagnes de réduction du tabagisme chez les jeunes.* http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2001/DOCU_01_09_00_DenormalisationFRA.pdf
- Comité directeur de la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada, en partenariat avec le Comité consultatif sur la santé de la population (1999). *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada: Une stratégie nationale.* Ottawa. Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/politique/nouvelles_orientations/
- Communauté canadienne de la lutte contre le tabagisme (2002). *La stratégie nationale. Aller vers l'avant. Rapport d'étape 2002 sur la lutte contre le tabagisme.* <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/pdf/progress-f.pdf>
- Connolly, G. & Robbins, H. (2002). *Designing an effective tobacco control program-Massachusetts.* Commonwealth of Massachusetts, Department of Public Health. <http://www.state.ma.us/dph/mtcp/reports/design.htm>
- Conseil canadien pour le contrôle du tabac (2000). *Mettre fin au mensonge : Les délibérations du groupe international d'experts sur les descripteurs de cigarettes.* Un rapport du Comité consultatif ministériel sur la lutte contre le tabagisme au ministre de la Santé du Canada.
- Cour supérieure du Québec (2002). *Jugement opposant J.T.I. Macdonald Corporation, Rothmans, Benson and Hedges Inc et Imperial Tobacco Canada Limited re La Procureure Générale du Canada et la Société canadienne du cancer.* L'Honorable André Denis. 13 Décembre 2002.
- CROP (2002). *Sondage relatif aux habitudes d'usage du tabac.* <http://www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac/>
- CROP (2003). *Suivi du sondage relatif aux habitudes d'usage du tabac.* <http://www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac/>

- Cunningham, R. (1997). *La guerre du tabac: l'expérience canadienne*. Ottawa, Canada: Centre de recherche pour le développement international. <http://www.globalink.org/tobacco/docs/nadocs/smokeandmirrors/fr.html>
- Daynard, R. A., Bates, C. & Francey, N. (2000). Tobacco litigation worldwide. *BMJ*, 320, 111-113. <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/320/7227/111>
- Dearlove, J. V., Bialous, S. A. & Glantz, S. A. (2002). Tobacco industry manipulation of the hospitality industry to maintain smoking in public places. *Tob.Control*, 11, 94-104. <http://tc.bmjjournals.com/cgi/reprint/11/2/94.pdf>
- Dubois, G. (2003). *Le rideau de fumée: Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*. (Éditions du Seuil ed.) Paris.
- Environmental Protection Agency (1992). *Respiratory health effects of passive smoking. Lung cancer and other disorders*. Washington: Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation. Publication No. EPA/600/6-90/006F. <http://www.epa.gov/ncea/ets/pdfs/acknowl.pdf>
- Florida Department of Health (1999a). *Initial recommendations for comprehensive tobacco prevention and control in Florida. An Overview*. Florida Leadership Council on Tobacco Control.
- Florida Department of Health (1999b). *Youth tobacco prevention in Florida: An independent evaluation of the Florida tobacco pilot program*. University of Miami. http://www.doh.state.fl.us/Disease_ctrl/epi/Smoking/reports/eval.pdf
- Florida Department of Health (2000a). *Florida comprehensive plan for action 2000-2005*. Florida Leadership Council on Tobacco Control.
- Florida Department of Health (2000b). *Florida's comprehensive plan for action 2000-2001*. Florida Leadership Council on Tobacco Control. <http://www.doh.state.fl.us/family/tobacco/ADP.html>
- Frohlich, K. L. & Potvin, L. (2001). *A theoretical proposal for the relationship between context and disease*. *Sociology of Health and Illness*, 23, 776-797.
- Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P. & Corin, E. (2002a). *A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth*. *Soc. Sci. Med.*, 54, 1401-1417.
- Frohlich, K. L., Potvin, L., Gauvin, L. & Chabot, P. (2002b). *Youth smoking initiation: Disentangling context from composition*. *Health Place*, 8, 155-166.
- Gendarmerie Royale du Canada (2003). *La GRC porte des accusations criminelles contre une compagnie de tabac canadienne*. In *GRC Communiqué de presse*, 28 février 2003. (Page consultée le 10 février 2004). http://www.rcmp-grc.gc.ca/on/press/2003/2003_feb_28_f.htm
- Givel, M. S. & Glantz, S. A. (1999). *Tobacco industry political power and influence in Florida from 1979 to 1999*. University of California, San Francisco, Institute for Health Policy Studies. www.library.ucsf.edu/tobacco/fl/
- Glantz, S. A. (2000). *Compete with the tobacco industry*. *Tob.Control*, 9, 241. <http://tc.bmjjournals.com/cgi/reprint/9/2/241.pdf>

- Goldman, L. K. & Glantz, S. A. (1998). *Evaluation of antismoking advertising campaigns*. JAMA, 279, 772-777.
- Gouvernement de Canada (1985). *Loi réglementant les produits du tabac (L.R (1985) ch.14 (4e suppl))*. <http://lois.justice.gc.ca/fr/T-11.7/>
- Gouvernement du Canada (1997). *Loi sur le tabac (T-11.5 1997, ch.13)*. http://www.pas-online.org/laws/canada/frn/tbc_act_frn.pdf
- Gouvernement du Canada. *Projet de loi C-260: Loi modifiant la loi sur les produits dangereux*. <http://www.parl.gc.ca/LEGISINFO/index.asp?Lang=F&query=3845&Session=12&List=toc>
- Gouvernement du Québec (1994). *Québec prend les moyens pour enrayer le commerce illégal des produits du tabac de concert avec le gouvernement fédéral*. Communiqué de presse, 8 février 1994.
- Gouvernement du Québec (1998). *Loi sur le tabac (L.Q.1998, ch.33)*. Éditeur officiel du Québec, 1998. 22p. <http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php#>
- Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (2004). *Décisions de financement 2004*. In ICRT. <http://www.ctcri.ca/fr-pages/awards.htm>
- Institute of Medicine (1994). *Growing up tobacco free / Preventing nicotine addiction in children and youths. A report of the Institute of Medicine*. Washington, D.C: National Academy Press. <http://www.nap.edu/books/0309051290/html/>
- Jacques, M. & Hubert, F. (2002). *Sondage sur la dénormalisation auprès des acteurs québécois engagés dans la lutte contre le tabac*. Document non publié. Institut national de santé publique.
- Joossens, L., Merriman, D., Yurekli, A. & Chaloupka, F. (2001). *Issues in the smuggling of tobacco products*. In Prabhat Jha and Frank Chaloupka. (Eds.), *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford University Press. <http://www1.worldbank.org/tobacco/tcdc/393TO406.PDF>
- Laugesen, M., Scollo, M., Sweanor, D., Shiffman, S., Gitchell, J., Barnsley, K., Jacobs, M., Giovino, G. A., Glantz, S. A., Daynard, R. A., Connolly, G. N. & Difranza, J. R. (2000). *World's best practice in tobacco control*. Tob.Control, 9, 228-236. <http://m.tc.bmjjournals.com/cgi/reprint/9/2/228>
- Lavack, A. (2001a). *Campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac: Examen et recommandations. Table ronde sur les activités médiatiques*. Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/table ronde/denorm_campaign.html
- Lavack, A. M. (2001b). *Tobacco industry denormalization campaigns: A review and evaluation*. University of Winnipeg. <http://www.nsra-adnf.ca/english/denorm/denormalization.html>
- Linkenbach, J. (2002). *The Main Frame Strategies for generating social norm news*. Montana State University. <http://www.socialnorm.org/themainframe.pdf>
- Mahood, G. (1997). *Legislation: A key component of a comprehensive tobacco control plan. A plenary address to the 10th World Conference on Smoking or Health*. Beijing, China. http://www.nsra_adnf.ca/news_info.php?cPath=47_49&news_id=16

- Mahood, G. (2002). *Telling the truth about the tobacco industry: A backgrounder on tobacco industry denormalization*. Non-Smoker's Rights Association. <http://www.nsra-adnf.ca/DOCUMENTS/PDFs/denormbackgrounder.pdf>
- Mahood, G. (2004). *La dénormalisation de l'industrie du tabac, Dire la vérité sur le rôle de l'industrie dans l'épidémie de tabagisme*. Association pour les droits des non-fumeurs.
- McMillen, R. C., Ritchie, L. A., Robertson, A. A., Frise, W. & Cosby, A. G. (1999). *The 1999 Mississippi social climate survey of tobacco control and tobacco use: Establishing a benchmark for Mississippi*. A report to the Mississippi State Department of Health. Mississippi State University, Social Science Research Center. <http://www.ssrc.msstate.edu/Publications/srrs99-4.pdf>
- Ministère de l'Environnement & ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Offrons-nous un air de qualité. Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics. Dépliant*. Gouvernement du Québec, 1 page.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Plan d'action de lutte au tabagisme*. 25 pages, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). *Une législation québécoise contre le tabagisme: Un choix pour la santé*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2001/01-97-729.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2001/01-006-05.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux & Service de lutte contre le tabagisme (2002). *Plan québécois d'abandon du tabagisme*. Document de travail. Décembre 2002. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>
- National Cancer Institute (1988). *Standards for comprehensive smoking prevention and control*. Bethesda (MD) National Cancer Institute.
- Noël, André. *Les compagnies de tabac soupçonnées de participation à la contrebande*. La Presse, 12 janvier 2004, Montréal. A-1.
- Non-Smokers' Rights Association (1996). *Denormalizing tobacco: A response to tobacco control. A Blueprint to protect the health of Canadians*.
- O'Connor, S. C., Cohen, J. E. & Osterlund (2001). *Comprehensive tobacco control programs; a review and a synthesis of evaluation strategies in the United States*. Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, Special Report. http://www.otru.org/pdf/special/special_tobacco_programs.pdf

- Office québécois de la langue française (2004). *Consultation linguistique et terminologique personnalisée sur le terme dénormalisation* (service téléphonique). (2002, 20 avril).
- Office québécois de la langue française (2004). *Le grand dictionnaire terminologique*. http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index800_1.asp (page consultée le 15 avril 2004)
- Ontario Tobacco Research Unit (2003). *Tobacco control highlights: Ontario and Beyond. Special Reports: Monitoring and Evaluation Series, 2002-2003 (Vol.9, No.1)*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit.
<http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1086/type/pdf/viewcontent/>
- Organisation mondiale de la santé (2003). *Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève. http://www.who.int/gb/fctc/F/F_Index.htm
- Petit Robert (2002). *Petit Robert, Le dictionnaire de la langue française*.
- Physicians for a Smoke-Free Canada & Santé Canada (2000). *Forum on tobacco industry documents*. Ottawa, Canada. http://www.smoke-free.ca/eng_home/news_press_May3100.htm
- Pierce, J. P., Gilpin, E. A., Emery, S. L., White, M. M., Rosbrook, B., Berry, C. C. & Farkas, A. J. (1998). Has the California tobacco control program reduced smoking? *JAMA*, 280, 893-899.
- Pollay, R. W. (2002). *How cigarettes advertising works: Rich imagery and poor information. Pièce D-57 déposée devant la Cour Supérieure du Québec. Rapport d'expert préparé pour JTI Macdonald Corp., Imperial Tobacco Canada Ltd and Rothmans, Benson & Hedges Inc. v Attorney General of Canada and Canadian Cancer Society (intervenor)*. Supreme Court. Province of Québec. District of Montreal. Publié par Ontario Tobacco Research Unit. Special Report, June 2002.
- Ritch, W. A. & Begay, M. E. (2001). Strange bedfellows: the history of collaboration between the Massachusetts Restaurant Association and the tobacco industry. *Am.J.Public Health*, 91, 598-603.
- Saloojee, Y. & Dagli, E. (2000). *Manoeuvres de l'industrie du tabac pour résister aux politiques de santé publique*. Bulletin de l'OMS, 78, 902-910.
<http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/french/number4/bu0628.pdf>
- Santé Canada (2001). *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT). Principales réalisations depuis avril 2001*. Feuillet. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/ftcs/03.html>
- Santé Canada (2002a). *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT). Un cadre d'action*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/ftcs/index.html>
- Santé Canada (2002b). *Définir la dénormalisation*. In Santé Canada (Ed.), *Table ronde sur les activités médiatique: une approche « Fabriquée au Canada » sur les stratégies médiatiques de lutte contre le tabagisme*. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/table ronde/07_denormalisation.html (Page consultée le 26 novembre 2002)

- Santé Canada (2003). *Le Canada signe la convention-cadre contre le tabac*. In Santé Canada (Ed.), *On vous informe-* Communiqué. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiqués/2003/2003_56.htm (page consultée le 23 avril 2004)
- Santé Canada (2004a). *Cinéma enfumé*. In Santé Canada (Ed.), *Les faits: fabricants de tabac*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/faits/fabricants.html> (page consultée le 18 avril 2004)
- Santé Canada (2004b). *La fumée secondaire au travail-Refusez d'être une cible*. In Santé Canada (Ed.), *Les faits : Campagnes médiatiques*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/faits/douce/pubstele.html> (page consultée le 18 avril 2004)
- Santé Canada (2004c). *Programmes de lutte au tabagisme*. In Santé Canada (Ed.), *À propos de nos programmes*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/apropos.html> (page consultée le 24 février 2004)
- Siegel, M. (2002). The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annu.Rev.Public Health*, 23, 45-71.
- Studlar, D. T. (2002). *Tobacco control. Comparative politics in the United States and Canada*. Peterborough, Ont: Broadview Press.
- The Honorable Colin Kenny Senator (2004). Private Member's Legislation. In The Honorable Colin Kenny Senator, *The Youth Tobacco Protection Act/Bill S-15; The Tobacco Youth Protection Act/Bill S-20; Senator Kenny's Private Member's Bill/Bill S-13 The Tobacco Industry Responsibility Act*. www.sen.parl.gc.ca/ckenny/sssssmok.htm (page consultée le 22 avril 2004)
- Tobacco Education and Research Oversight Committee TEROCC (2000). *Towards a tobacco-Free. California Strategies for the 21st Century 2000-2003*.
- U.S. Department of Health and Human Services (1986). *The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General*. Rockville (MD). U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on smoking and Health, DHHS Publication No (COC) 87-8398. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_1986/
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Cancer Institute (1991). *Strategies to control tobacco use in the United-States: A blueprint for public health action in the 1990's. Smoking and tobacco control. Monograph No 1*. Bethesda (MD): National Cancer Institute, Division of Cancer Prevention and Control, Cancer Control Science Program, Public Health Applications Research Branch.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/index.htm
- United Kingdom Department of Health (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health London, UK: The Stationery Office*. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/part-1.htm>

Unité québécoise de recherche sur le tabagisme (2001). *Énoncé de mission et priorités, 2001*. <http://www.uqtr.msp.ulaval.ca/mission.html>

World Health Organization (1999). *Tobacco Free Initiative international consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health: consultation report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <http://www.ash.org.uk/html/passive/html/who-ets.html>

Yach, D. & Bialous, S. A. (2001). Junking science to promote tobacco. *Am.J.Public Health, 91*, 1745-1748.

ANNEXE 1

MANŒUVRES DE L'INDUSTRIE DU TABAC

ANNEXE 1 MANŒUVRES DE L'INDUSTRIE DU TABAC

Manœuvre	But
Collecte d'information	Surveiller les opposants et les tendances sociales afin d'anticiper les enjeux futurs
Relations publiques	Modeler l'opinion publique en utilisant les médias pour promouvoir des points de vue favorables à l'industrie
Financement politique	Contribuer financièrement à des campagnes en échange de voix et de faveurs législatives de la part de responsables politiques
Pressions	Conclure des transactions et influencer les processus politiques
Programme de conseil	Recruter des experts prétendument indépendants pour contester les mesures antitabac
Associations de défense des droits des fumeurs	Faire croire à un mouvement de soutien populaire spontané
Création d'alliances	Mobiliser cultivateurs, revendeurs et publicitaires en vue d'influer sur la législation
Intimidation	Recourir au pouvoir juridique et économique pour harceler et effrayer les opposants
Philanthropie	S'acheter l'amitié et la considération sociale de milieux artistiques, sportifs et culturels
Procédures judiciaires	Contester les lois
Corruption	Corrompre les systèmes politiques pour permettre à l'industrie de contourner la loi
Contrebande	Saper les politiques de taxation sur le chiffre d'affaires de façon à augmenter les bénéfices
Traités internationaux	Utiliser les accords commerciaux pour forcer l'entrée des marchés fermés
Accords de fabrication mixtes	Créer des co-entreprises avec des monopoles d'État puis exercer des pressions sur les gouvernements pour les contraindre à privatiser les monopoles

Tiré de Saloojee, Y. et Dagli, E. Manœuvres de l'industrie du tabac pour résister aux politiques de santé publique dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. Recueil d'articles N° 4, 2001.

ANNEXE 2

COMPARAISON DES LOIS ET RÈGLEMENTS AMÉRICAINS ET CANADIENS CONCERNANT LE TABAC, PAR TYPE, PAYS ET ANNÉE

ANNEXE 2 COMPARAISON DES LOIS ET RÈGLEMENTS AMÉRICAINS ET CANADIENS CONCERNANT LE TABAC, PAR TYPE, PAYS ET ANNÉE

1. Publicité	États-Unis	Canada
Règlements sur des pratiques spécifiques	1938-1971 (+25 fois)	
Interdiction / publicité sur les ondes	1970	1971 (V)
Contre publicité permise sur les ondes	1967	1967
Avertissements santé sur les publicités	1972 (périodiques/ panneaux)	1975 (textes, V) 1984 (panneaux, V)
Interdiction publicité	1988 (X)	
Restriction publicité	1966 (X) 1998 (S)	1997
Restriction commandites	1998 (S)	1988
Interdiction commandites	1996 (X)	1997
Logos cibles préexistants seul.	1996 (X)	
Interdiction marques sur produits non-nicotiniques	1996 (X)	1988 (X)
Restriction marques sur produits non-nicotiniques	1998 (S)	1997
Interdiction personnages dessins animés	1998 (S)	1997
Interdiction personnages réels / fictifs et animaux		1997
Interdiction publicité styles de vie		1997
Interdiction déformations matérielles	1998 (S)	1997
Interdiction promotion payée de films	1998 (S)	1997
Annonces noir et blanc seul. (en partie)	1996 (X)	
2. Vente	États-Unis	Canada
Vente 18 ans et plus	1996 (X)	1993
Restriction vente distributrices	1996 (X)	1993
Interdiction vente distributrices		1997
Interdiction mini-paquet	1996 (X), 1998 (S)	1993
Interdiction vente cigarette unité		1997
Interdiction échantillon gratuit	1996 (X)	1988, 1997
Restriction échantillon gratuit	1998 (S)	
Restriction vente par la poste		1997
Interdiction rabais et primes		1971 (V), 1988, 1997
3. Fumée de tabac dans l'environnement	États-Unis	Canada
Interdiction de fumer / vols intérieurs (2 heures)	1987 (en partie) 1989 (totale)	1987 1988 (totale)
Interdiction de fumer / vols internationaux	1994 (en partie)	1994
Totale / installations gouvernementales fédérales	1997	1989
4. Instances réglementaires résiduelles, informations sur le contenu	États-Unis	Canada
Autorité exécutive ayant pouvoir sur le tabac	1996 (X)	1997
Indications taux de goudron et nicotine/ paquet	1970 (V)	1975 (V)
Contenu toxique / paquet		1988, 1993, 2000
Contenu goudron et nicotine / affiches	1970 (V), 1984	1975 (V)
Additifs signalés à agence gouvernementale	1984	1988

5. Taxes	États-Unis	Canada
Augmentation taxes	1983, 1990, 1997	1981-1989, 1991, 1996, 1999, 2001
Baisse de taxes / cause contrebande		1952, 1953, 1994
Taxes spéciales / cies tabac	1998 (S)	1992, 1994, 1997, 2001
Taxes sur achat boutiques hors taxes		2001
6. Alternatives en agriculture	États-Unis	Canada
Fonds transitoires pour tabaculteurs	1998 (S)	1987
7. Poursuites contre les compagnies de tabac	États-Unis	Canada
Contrebande	1999	1999
Recouvrement frais soins de santé	1998 (S), 2000	
8. Financement par des programmes fédéraux	États-Unis	Canada
Action communautaire	1987, 1991, 1998	1994 (X), 2001
9. Avertissements santé	États-Unis	Canada
1 ^{ers} avertissements	1965	1971 (V), 1988
Signature des avertissements	1964	1971 (V), 1997
Termes plus forts	1970, 1985, 1996 (X)	1989, 1990, 1993, 1997, 2000
Rotation des avertissements	1985	1989
Avertissements devant /paquet		1989
Avertissements en noir / blanc seulement		1993
Avertissements graphiques sur paquet		2000
Lois fédér/préemption sur avertissements	1965,1970	
Avertissements sans responsabilité		1988
Avertissements sur produit autre que cigarette	1986 (sans fumée) 2000 (cigares)	1988 (tous)
Avertissements insérés/paquet		1988 (autorisé) 2000 (implanté)
10. Éducation	États-Unis	Canada
11. Outils didactiques généraux	États-Unis	Canada
1 ^{ère} préoccupation officielle sur tabac/santé	1957	1963
1 ^{er} comité législatif d'enquête et audiences	1958	1969
Enquêtes et audiences subséquentes	1994	2000
Rapports de l'Officier médical en chef	1964-2000 (26 fois)	1964
Rapports / autres agences importantes	1993	1983
Politiques publiques saines	1980	1974

Légende :

(X) défait par jugement ou abandonné

(S) politique nationale résultant des poursuites des états

(V) mesure volontaire

Sauf lorsque noté, les dates font référence à l'adoption des mesures législatives et non à leur implantation, qui peut varier.

Source : Studlar Donley, T. (2002) Tobacco Control. Comparative Policies in the United States and Canada, p. 204.

ANNEXE 3

PERCEPTION DES RÉPONDANTS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LA DÉNORMALISATION

ANNEXE 3 PERCEPTION DES RÉPONDANTS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LA DÉNORMALISATION

Un sondage a été réalisé en juin 2002 (Jacques et Hubert, 2002) auprès des 18 répondants du dossier « tabac » des directions de santé publique pour cerner leurs perceptions au sujet de la dénormalisation. Les réponses à la question portant sur le sens qu'ils donnent au terme dénormalisation sont les suivantes :

- Le sens donné est celui des actions contraires de la normalisation. Le tabac est un produit légal, en vente partout, à bon prix, profitant d'une belle publicité. Il est consommé partout et par les jeunes.

La dénormalisation est le démarketing d'un produit toxique et entraînant la dépendance. Dénormaliser, c'est donc réglementer les constituants du produit, limiter l'accès et les lieux de consommation, augmenter les taxes, éliminer la publicité trompeuse, montrer la vérité sur les effets du produit, cibler les actions douteuses des compagnies de tabac, etc.

- Le terme dénormalisation suscite beaucoup d'hésitations lorsque utilisé, parce qu'il ne dit pas grand chose et qu'il ne se retrouve pas dans le dictionnaire. Par ailleurs, le mot normalisation est défini comme « l'action de normaliser, de rendre normal ». Par déduction, dénormaliser, c'est faire le contraire de ce que les compagnies de tabac ont réussi à faire. Leur but est de rendre normal le fait de fumer : pour les gens, jeunes et plus vieux, c'était la norme de fumer. Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur le tabac*, la norme a changé malgré qu'il y ait encore beaucoup de fumeurs. Habituellement, le terme dénormalisation appelle la précision suivante : dénonciation des pratiques de l'industrie du tabac. Si on se rapporte au dictionnaire, on constate que le terme dénonciation signifie action de dénoncer, de faire savoir officiellement.

- Dénormalisation réfère à un changement de norme sociale pour amener à un comportement souhaité. La dénormalisation comporte deux angles d'analyse : le produit et l'industrie. Il y a trois niveaux de dénormalisation :

Niveau 1 Dénormalisation douce qui vise à informer sur le produit.

Niveau 2 Vise à informer sur les pratiques de l'industrie en insistant sur le fait que l'industrie ne dit pas tout.

Niveau 3 Vise à dénoncer les pratiques de l'industrie.

- Lorsque nous parlons de la dénormalisation nous prenons soin de préciser qu'il s'agit d'un ensemble d'activités, d'interventions ou d'actions qui contribuent à rendre moins normal l'usage du tabac. Cela inclut les interdictions de fumer dans les endroits publics, la contre-publicité et les informations sur les stratégies de l'industrie du tabac. Cependant, il semble que la contre-publicité (counter marketing) semble de loin être l'association retenue par les intervenants.
- Aux États-Unis, et depuis peu au Canada (ex : annonces sur les cigarettes légères contenant de l'arsenic doux...) des campagnes de dénormalisation de la cigarette ont cours. De francs succès ont été obtenus par cette stratégie par et pour les jeunes. Ces campagnes disent tout simplement la vérité concernant le tabac, de sa culture à sa vente, en passant par les stratégies de marketing et l'utilisation des pays en voie de développement comme nouveaux marchés pour l'industrie.

- Tous les programmes ou activités qui visent à renforcer le fait que l'usage du tabac n'est pas une activité normale dans la société. On parle de plus en plus de dénormalisation sociale (plus englobant) et plus spécifiquement de dénormalisation de l'industrie du tabac.
- La dénormalisation signifie plusieurs attitudes ou discours :
 - dénoncer les pratiques de l'industrie du tabac (ex. : modification du produit, stratégies de promotion du tabac, budget pour la promotion du tabac, connaissances que les compagnies de tabac avaient sur les effets du tabagisme sur la santé, intérêt des compagnies pour le recrutement des consommateurs jeunes, FTE, etc.);
 - promotion du non-usage du tabac (ex. : promotion de la loi ou dénonciation des établissements qui tolèrent l'usage du tabac; démystifier l'ampleur ou la popularité du tabagisme chez les jeunes, etc.);
 - normaliser le non-usage du tabac, i. e. norme sociale = non usage du tabac ce qui signifie pour moi que le fait de ne pas fumer est davantage reconnu, accepté, favorisé, encouragé, publicisé, médiatisé, au niveau de la société i. e. des décideurs, des politiciens, des personnes populaires (chanteurs, acteurs, sportifs) des intervenants de tous les milieux (santé, éducation, loisirs, communautaires, etc.); donner le vrai visage du tabac : publicité qui dit et montre les vrais affaires!
- On y donne souvent un sens en référant aux compagnies de tabac. Il s'agit de les présenter sous leur vrai jour. La dénormalisation touche aussi toutes les mesures (législatives, publicité) qui contribuent à débanaliser le produit.
- La dénormalisation est vue comme une approche globale (utilisant différentes stratégies) pour modifier la perception de la norme sociale existante à l'heure actuelle face au tabagisme.
- La définition utilisée est celle qui dénonce les stratégies employées par l'industrie du tabac (et même chez nous les producteurs de tabac) pour commercialiser son produit et le rendre attrayant.
- La définition utilisée est ambiguë, associée avec démarketing, industrie, produit et changement de norme sociale.

ANNEXE 4

EXPÉRIENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE SES PARTENAIRES DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉNORMALISATION

ANNEXE 4 EXPÉRIENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE SES PARTENAIRES DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉNORMALISATION

La contribution du réseau de la santé publique québécois à la modification des normes sociales entourant le tabac et son usage, débute à la fin des années 80. Cette contribution et son impact possible sur l'évolution de la norme sociale au Québec en regard du tabagisme sont malheureusement peu documentés. À partir des quelques données disponibles, le texte tente d'illustrer la contribution du réseau à la modification du cadre juridique québécois, lequel contribue à créer une norme de non-usage du tabac.

Soutien à l'implantation de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*

En 1987, le ministère de l'Environnement du Québec fait adopter la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics (L.R.Q., c. P-38-01). Le Québec devient ainsi la première province canadienne à légiférer en matière de protection des non-fumeurs. La loi représente « l'expression d'un nouveau consensus social sur l'utilisation du tabac dans ces lieux » (MSSS, 1988). La loi prévoit l'interdiction de fumer dans certains lieux – salles ou comptoirs désignés à des prestations de services, bibliothèques, laboratoires, salles de conférences, de cours ou de séminaires, dans les ascenseurs, et autre lieu désigné – occupés par des organismes gouvernementaux, scolaires et municipaux. Il est également interdit de fumer dans les établissements de santé et de services sociaux – sauf dans les fumoirs, lieux réservés au personnel et autres lieux désignés.

« La direction de l'établissement véhicule un important message qui renforce l'idée de l'abstention de fumer en tant que norme dans notre société » (MSSS, 1988)

L'interdiction de fumer s'applique également dans les garderies, haltes-garderies et jardins d'enfants de même que dans les salles d'attente des professionnels de la santé et des laboratoires.

Dès 1987, le réseau de la santé publique – composé à cette époque de 32 départements de santé communautaire (DSC) situés dans des hôpitaux, mais responsables d'un territoire donné – s'engage à soutenir l'application de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics. Les intervenants liés à la lutte au tabac se mobilisent pour sensibiliser un ensemble élargi d'acteurs provenant des milieux visés par la loi. Les responsables des milieux scolaires et municipaux, ceux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont informés de leur rôle et de leurs responsabilités à l'égard de la protection des non-fumeurs. L'éventail des activités utilisées par les intervenants incluent la sensibilisation de la population à la toxicité de la fumée de tabac, la formation des décideurs pour soutenir l'implantation de la loi dans leurs milieux, la formation des inspecteurs désignés pour appliquer cette loi, l'évaluation de la mise en application de la loi et la formulation de recommandations pour améliorer la protection des non-fumeurs.

Cette implication marque un changement important aux pratiques habituelles de santé publique, basées jusque-là sur les approches traditionnelles auprès des individus qui misaient sur l'acquisition de connaissances en prévention et en cessation pour entraîner une modification de comportement. Cette ouverture sur l'environnement politique et social constitue un nouveau champ d'expertise et contribue à modifier l'acceptabilité du tabagisme.

Soutien à l'adoption de la *Loi sur le tabac*

Cette démarche permet également le développement d'un important réseau d'acteurs, de plus en plus préoccupés par les enjeux émergeant dans l'actualité et liés à l'industrie du tabac, soit le rôle de la commandite, les effets de la contrebande des produits du tabac sur la prévalence de l'usage du tabac et la baisse subséquente des taxes sur le tabac. C'est ainsi qu'au début des années 90, les événements entourant la crise de la contrebande, jumelés aux discussions au niveau fédéral sur la restriction de la publicité et de la commandite des produits du tabac ont marqué le début de la reconnaissance, par quelques membres du réseau, des effets de certaines pratiques de l'industrie du tabac sur la santé publique. La crise entourant la contrebande des produits du tabac de 1993 force le réseau de santé publique à contrecarrer l'influence de l'industrie. Dans certaines régions du Québec, des DSC prennent position pour alerter l'opinion publique sur l'impact d'une diminution du prix des cigarettes sur la santé publique. La plupart des intervenants responsables du dossier du tabac dans les DSC tentent de freiner le mouvement de la baisse des taxes en collaborant à différentes initiatives : études d'impact, sondages d'opinion, conférences de presse et campagnes de sensibilisation auprès des décideurs et des politiciens.

En 1994, le gouvernement du Québec dépose son *Plan pour enrayer le commerce illégal du tabac* qui comporte une série de mesures : baisse des taxes, mise à contribution des cigarettiers pour aider à financer un plan de lutte au tabac par une ponction fiscale additionnelle, dépôt du *Plan d'action de lutte au tabagisme* avec une allocation budgétaire de 20 millions de dollars sur quatre ans. Le *Plan d'action de lutte au tabagisme*, accompagné des premières enveloppes budgétaires réservées au tabac, propose une approche globale et indique, de la part du gouvernement, une volonté claire d'assumer des responsabilités légales à l'égard du tabac. Le *Plan* prévoit le transfert de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics du ministère de l'Environnement au ministère de la Santé et des Services sociaux et propose la modification du cadre juridique afin d'améliorer la protection des non-fumeurs, de restreindre la vente des produits de tabac aux moins de 18 ans et de collaborer avec le gouvernement fédéral aux aspects légaux touchant la taxation, la publicité et l'emballage du produit.

Dans ce contexte, les initiatives des DSC – devenus directions de santé publique (DSP) – se sont multipliées pour rendre le tabagisme moins acceptable, moins accessible et moins désirable et pour contrecarrer l'influence de l'industrie.

Pour rendre le tabagisme moins acceptable, les DSP ont réalisé, entre autres, un sondage sur la perception des Québécois à l'égard de la fumée de tabac dans l'environnement (Sondagem, 1997), une étude sur la protection des non-fumeurs dans des lieux non-visés par la LPNF (Brochu et Gratton, 1998) et un sondage sur la perception des Québécois vis-à-vis une augmentation de taxes (CROP, 1997). Pour rendre le tabac moins accessible, des études sur la vente de tabac aux moins de 18 ans ont été réalisées et diffusées, suivies de projets d'intervention (DSP de la Montérégie, 1996; Forcier et coll., 1997). Pour rendre le tabagisme moins désirable, certains professionnels ont participé aux débats du Sénat et de la Chambre des Communes entourant l'adoption de la *Loi sur le tabac* du Canada. Une poursuite contre l'industrie pour la réclamation de frais encourus pour le traitement de la dépendance à la nicotine contenue dans les produits du tabac a également été soutenue par une DSP (Cour du Québec, 1997).

Pour donner suite à sa volonté de renforcer son cadre juridique, le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les DSP, a amorcé en 1996 une consultation pour évaluer les attitudes de la population à l'égard des mesures à mettre de l'avant pour améliorer la protection des non-fumeurs et pour restreindre la vente des produits du tabac (MSSS, 1996).

En 1996, le réseau de santé publique a mis sur pied et financé la *Coalition pour le contrôle du tabac* et le *Comité de coordination des communications (COMCOM)*, spécifiquement mandatés pour faciliter l'adoption de la *Loi sur le tabac*. Ces deux structures, l'une en relation d'interdépendance stratégique (la Coalition) et l'autre issue et associée directement au réseau de la santé publique (COMCOM) ont donc été appelées à accomplir des tâches complémentaires. Le mandat de la coordination des communications entre les partenaires externes et le réseau de santé publique a été confié au COMCOM. Les actions réalisées – lobby, interventions politiques tant au niveau régional que national, mise en place de coalitions régionales, mobilisation des jeunes, formations, recherche, sondages, surveillance de la presse écrite et interventions médiatiques – ont été concertées, tout en tenant compte de la spécificité et des mandats de chacune des structures. De fait, la mise en place de la Coalition n'a pas évacué les responsabilités et l'expertise de santé publique – soit l'identification et la documentation scientifique des enjeux qui ont un impact sur la santé publique – dans le cadre du processus décisionnel entourant l'élaboration et l'adoption de la *Loi sur le tabac* (Jacques et coll., 2000).

Un autre élément stratégique a permis de contrecarrer l'intervention de l'industrie du tabac en regard de la commandite et a encouragé l'adoption de mesures interdisant cette commandite dans le cadre de la *Loi sur le tabac*. La mise sur pied, par le réseau de santé publique, d'une coalition pour réclamer la constitution d'un *Fonds québécois pour la culture, le sport et la santé* (FOQCUSS), visait à apporter une alternative aux préoccupations de survie d'événements populaires – Festival de jazz, Festival Juste pour rire, Grand Prix de Montréal, entre autres – commanditées par l'industrie du tabac. Cette coalition, formée de représentants des secteurs de la santé, de la culture, du sport et du tourisme, réclamait la création d'un fonds dédié à la survie de ces événements et financé par une taxe spéciale sur le tabac, comme le faisait déjà l'Australie. Un fonds transitoire de 12 millions \$ a ainsi été créé pour palier aux retraits des commandites de l'industrie du tabac et permettre, pendant un certain temps, la survie des manifestations culturelles et des événements sportifs.

Pendant cette période, la santé publique a exercé plusieurs rôles à différents niveaux : soutien financier des deux organisations, documentation et appui scientifique, mise en réseau d'experts, promotion du FOQCUSS, représentation médiatique et politique pour défendre scientifiquement les impacts sur la santé des mesures législatives envisagées (Hubert et coll., 2000).

En 1998, la *Loi sur le tabac* est adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale. La loi régleme l'usage, la vente, la publicité et la promotion du tabac, la surveillance de l'industrie et ouvre la porte à la possibilité de réglementer le produit. Le MSSS met en place un ensemble de mesures pour en assurer l'application : embauche d'agents de sensibilisation dans chacune des régions du Québec, développement d'outils pour faciliter l'implantation de la loi, mise en place d'un système d'inspectorat et de réception des plaintes (MSSS, 2004).

Constats

Entre 1989 et 1998, les stratégies utilisées par le réseau de santé publique pour faciliter l'implantation de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics de 1987 ont été différentes de celles mises en œuvre pour soutenir le processus d'adoption de la *Loi sur le tabac* en 1998. Le répertoire stratégique déployé par le réseau a donc constamment varié.

De 1995 à 1998, une partie du travail du réseau de la santé publique s'est structurée autour du processus entourant l'élaboration et l'adoption de la *Loi sur le tabac*. Cette restructuration, entreprise avec les principaux partenaires impliqués dans la lutte au tabagisme illustre le fait que le réseau peut modifier sa pratique et s'organiser pour faire évoluer une préoccupation sociale conduisant à l'adoption d'une loi. Cette loi contribue à dénormaliser l'usage du tabac, à protéger la santé des non-fumeurs – du moins en grande partie – tout en contrecarrant l'influence de l'industrie du tabac.

Depuis 1998, le MSSS a ajouté un ensemble de stratégies pour continuer à modifier les normes : publication du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, évaluation de la pertinence d'impliquer l'industrie du tabac dans la lutte contre le tabagisme, des hausses de taxes successives, une prise de position conjointe du MSSS et du MÉQ contre les programmes que l'industrie tente d'implanter en milieu scolaire, une prise de position du ministère de la Sécurité publique et du MSSS sur les cigarettes à inflammabilité réduite, un amendement à la *Loi sur le tabac* pour élargir la portée de celle-ci dans les services de garde et les casinos. Au niveau des DSP, des contributions plus isolées visent l'information sur les produits et l'impact des pratiques de l'industrie.

Ces expériences illustrent que le réseau de santé publique a pu contribuer à dénormaliser l'usage du tabac en modifiant le climat social et en soutenant l'adoption d'un cadre juridique. La contribution du réseau, associée à celle d'un ensemble de partenaires, a permis l'articulation d'une stratégie efficace en faisant appel à des actions synergiques (lobbying, formation, vigie, mise sur pied de réseaux, diffusion des connaissances) qui respectaient les mandats et les champs d'expertise de chacune des organisations impliquées.

Références

- Brochu, D. & Gratton, J. (1998) *Le tabagisme et la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Publié par le Service des communications du Conseil des directeurs de la santé publique.
- Cour du Québec, Division des petites créances du district judiciaire de Rimouski. *Cécilia Létourneau vs Imperial Tobacco Ltée et Allan Ramsay et cie Ltée*. Jugement Guy Ringuet : 30 juin 1997.
- CROP. (1997). *Sondage des perceptions et attitudes des Québécois sur différents aspects de la Loi sur le Tabac*. Montréal.
- Direction de la santé publique de la Montérégie. (1996). *Vente de cigarettes aux mineurs : 50 % des commerçants ne respectent pas la loi*. Longueuil – Communiqué de presse.

- Forcier, L., Brossard, B. & Gagnon, M. (1997). Évaluation d'un projet d'intervention visant à restreindre l'accessibilité des produits de tabac auprès des jeunes de la Montérégie. « *Donnons leur une chance : ne vendons pas du tabac aux jeunes* ». Direction de la santé publique de la Montérégie. Octobre 1997.
- Gouvernement du Québec. (1994). *Québec prend les moyens pour enrayer le commerce illégal des produits du tabac de concert avec le gouvernement fédéral*. Communiqué de presse, 8 février 1994.
- Hubert, F., Jacques, M., Poirier, A., Lessard, R. & Poirier, L. R. (2000). *Strategies to Support the Adoption of a Law Banning Tobacco Sponsorship*. Présentée à la 11th World Conference on Tobacco or Health. Abstracts vol. 3, Chigago.
- Jacques, M., Hubert, F., Poirier, L. R., Poirier, A. & Boileau, L. (2000). *Advocacy Strategies applied in Promoting the Adoption of the Quebec Tobacco Act*. Présentée à la 11th World Conference on Tobacco or Health. Abstracts vol. 3, Chigago.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). En ligne <http://www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac> (page consultée le 29 avril 2004).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1996). *Une législation québécoise contre le tabagisme – un choix pour la santé*. Rapport de consultation. Gouvernement du Québec. Québec, 144p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Plan d'action de lutte au tabagisme*. Gouvernement du Québec. Québec, 27p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1988) *Guide Aire Pure – programme de réduction de la consommation de tabac dans les établissements de santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec. Québec, 63p.
- Sondagem. (1997). *Tabagisme et fumée de tabac dans l'environnement*. Montréal.

ANNEXE 5

DESCRIPTION DES STRATÉGIES QUÉBÉCOISES DE LUTTE CONTRE LE TABAC CORRESPONDANT AU MODÈLE D'INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION

Tirés des documents suivants :

1. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT)*
2. *Programme national de santé publique (PNSP)*
3. *Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)*
4. *Loi sur le tabac*
5. *Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT)*

ANNEXE 5 DESCRIPTION DES STRATÉGIES QUÉBÉCOISES DE LUTTE CONTRE LE TABAC CORRESPONDANT AU MODÈLE D'INTÉGRATION DE LA DÉNORMALISATION

Éléments	Composantes	Stratégies d'intervention
Programme écologique	Programmes communautaires	Actions réalisées par les milieux parascolaire et communautaire (PQLT). Mobilisation des adultes significatifs dans l'environnement des jeunes, notamment les parents (PQLT).
	Programmes de prévention et de dépistage des maladies chroniques associées au tabagisme	Aucun programme de prévention et de dépistage des maladies chroniques associées au tabagisme mais des activités issues du PNSP et du PQLC dans la domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques.
	Programmes en milieu scolaire	Intervention préventive à l'intérieur des curriculums scolaires du 3 ^e cycle du primaire et du 1 ^{er} cycle du secondaire (avec la collaboration du MEQ). Participation des jeunes à la prévention du tabagisme (PQLT).
	Mesures d'application des lois	Application de la <i>Loi sur le tabac</i> notamment en ce qui a trait aux mesures relatives à l'accessibilité et à la promotion des produits du tabac (PQLT). Hausse des taxes sur le tabac (et contrôle de la contrebande) (PQLT). Application de la <i>Loi sur le tabac</i> en ce qui a trait aux restrictions concernant l'usage du tabac (PQLT).
	Programme étatique	Implantation du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (PQLT). Implantation du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT).
	Démarketing	
	Programmes de cessation	Services de soutien individuel et de groupe (PQLT). Services téléphoniques de référence et de soutien (PQLT). Dépistage et <i>counseling</i> bref par les professionnels et les professionnelles de la santé (PQLT). Activités de communication (PQLT). Financement public des thérapies de sevrage de la nicotine (aides pharmacologiques) (PQLT).
	Surveillance et évaluation	Activités visant la connaissance et la surveillance du problème : enquêtes et sondages (PQLT). Surveillance des activités de l'industrie du tabac notamment par l'obligation pour cette industrie, de remettre des rapports conformes à un règlement adopté en vertu de la <i>Loi sur le tabac</i> (PQLT). Production du rapport sur la mise en œuvre de la <i>Loi sur le tabac</i> en 2005. Évaluation des interventions portant sur la prévention, la cessation, la protection, la connaissance et la surveillance et la recherche (PQLT). Surveillance des effets à long terme des activités efficaces combinant des actions relatives à l'éducation à la santé et des actions environnementales sur la santé de la population, incluant des analyses coût-avantage (PNSP).
	Administration et gestion du programme	Maintenir le Comité tripartite MSSS, DSP et INSPQ afin d'harmoniser les interventions et les politiques proposées dans le plan d'action annuel (PQLT). Mandater chacune des régions régionales de la santé et des services sociaux pour réaliser les activités régionales en lien avec la mise en œuvre du Plan (PQLT). Assurer la concertation entre tous les partenaires (PQLT). Favoriser la concertation entre les gouvernements du Canada et du Québec dans la lutte contre le tabagisme (PQLT).

Éléments	Stratégies d'intervention
Politiques économiques	Hausse des taxes sur le tabac et contrôle de la contrebande (PQLT).
Politiques sur les environnements sans fumée	Application de la <i>Loi sur le tabac</i> en ce qui a trait aux restrictions concernant l'usage du tabac (PQLT). Inspection quant au respect des mesures contenues dans les chapitres 2, 3 et 4 de la <i>Loi sur le tabac</i> , soit les mesures qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics (PNSP).
Réglementation du produit	<i>Loi sur le tabac</i> (Chapitre V, article 29).
Éducation, communication, formation	Sensibilisation aux méfaits de l'exposition à la FTE (PQLT). Activités de communication (PQLT). Adoption de pratiques visant à éviter la promotion directe ou indirecte et la « normalisation » des produits du tabac (PQLT). Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (PNSP). Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives, notamment en <i>counseling</i> concernant le tabagisme (PNSP).
Restrictions publicitaires et promotionnelles	<i>Loi sur le tabac</i> (Chapitre IV, articles 21 et 28). Application de la <i>Loi sur le tabac</i> , notamment en ce qui a trait aux mesures relatives à la promotion des produits du tabac (PQLT). Inspections quant au respect des mesures contenues dans les Chapitres 2, 3 et 4 de la <i>Loi sur le tabac</i> (...), soit les mesures qui portent sur l'emballage et la promotion des produits de tabac ainsi que la publicité qui est faite à ces produits (PNSP).
Restrictions sur la vente	<i>Loi sur le tabac</i> (Chapitre III, articles 13 à 20). Application de la <i>Loi sur le tabac</i> notamment en ce qui a trait aux mesures relatives à l'accessibilité (PQLT). Inspections quant au respect des mesures contenues dans les Chapitres 2, 3 et 4 de la <i>Loi sur le tabac</i> (...), soit les mesures qui ont trait à la vente des produits du tabac, notamment l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs (PNSP).
Poursuite et responsabilisation de l'industrie	Évaluation de la pertinence d'impliquer l'industrie du tabac dans la lutte contre le tabagisme (PQLT).
Recherche	Revue de la littérature scientifique relative au tabagisme (PQLT). Recherche, notamment en ce qui a trait aux coûts des soins de santé liés au tabagisme et à la prévention (PQLT). Recherche sur l'influence des déterminants sociaux, les politiques, économiques et culturelles dans l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements qui favorisent la santé et le bien-être (PNSP).