

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

Comment se construit la priorité politique en santé publique ?

Le cas de la lutte contre le tabagisme en Belgique.

Auteure : Lina Ouberri
Promoteur : Prof. Vincent Lorant

Année académique 2025-2026
Master 60 en sciences politiques, orientation générale

Résumé

Le 1er avril 2025, les grandes surfaces belges de plus de 400 m² cessaient de vendre des produits de tabac. Sept mois plus tard, la Cour constitutionnelle annulait cette interdiction. En mai 2026, le gouvernement y renonçait définitivement. En moins de deux ans, une mesure présentée comme une étape historique vers une génération sans tabac avait disparu sans avoir eu le temps de produire des effets mesurables sur la santé de la population.

C'est ce paradoxe qui est au coeur de ce mémoire, et qui conduit à la question suivante : dans quelles conditions les recommandations scientifiques parviennent-elles à se traduire en priorité politique durable, et pourquoi échouent-elles parfois à le faire ? Le cas belge s'est imposé comme terrain d'analyse parce qu'il constitue, au sens de Flyvbjerg (2006), un cas critique : toutes les conditions semblaient réunies pour qu'une priorité robuste émerge, et pourtant elle ne l'a pas été. C'est le cadre de Shiffman et Smith (2007) qui fournit la grille d'analyse principale, articulée autour de quatre dimensions : le pouvoir des acteurs, le pouvoir des idées, le contexte politique et institutionnel, et les caractéristiques propres à l'enjeu. L'analyse s'appuie sur un corpus documentaire diversifié, allant des travaux parlementaires aux sources juridiques et médiatiques, auquel s'ajoutent des entretiens semi-directifs conduits auprès de personnes ayant joué un rôle direct dans le processus.

L'analyse révèle qu'une seule des quatre dimensions a fait défaut, mais que ce défaut a suffi à fragiliser l'ensemble. Le pouvoir des idées a été sacrifié au moment précis où il aurait été décisif, celui du choix du critère opérationnel. Une triangulation entre cinq sources indépendantes établit de façon convergente que le seuil de 400 m² ne repose sur aucune justification sanitaire et procède d'un arbitrage politico-administratif. Ce manque de cohérence n'est pas resté sans conséquences. En opérant une distinction injustifiée entre grands et petits commerces alimentaires, la mesure a réuni contre elle des acteurs qui n'avaient pourtant pas grand-chose en commun. L'industrie du tabac et les représentants des commerces de proximité se sont retrouvés à porter les mêmes arguments devant la Cour constitutionnelle, ce qui a considérablement renforcé la coalition de blocage. L'annulation qui a suivi n'était pas vraiment une surprise : le Conseil d'État l'avait en quelque sorte annoncée dès novembre 2023, sans être entendu. Quant à la réversibilité, elle est devenue presque mécanique une fois la base juridique effondrée. Les cas néerlandais et britannique montrent qu'un critère ancré dans une logique sanitaire cohérente résiste mieux, tant aux recours judiciaires qu'aux retournements politiques.

Ce que ce mémoire cherche à montrer, au fond, c'est que la fragilité de la politique antitabac belge n'est pas une fatalité. Elle tient à des choix précis : des critères opérationnels empruntés à la logique administrative plutôt que sanitaire, une protection insuffisante contre l'ingérence de l'industrie, et une priorité politique qui a reposé sur un ministre plutôt que sur des structures durables.

Mots-clés : politique antitabac, priorité politique, mise à l'agenda, evidence-based policymaking, étude de cas, Belgique, Shiffman et Smith.

Table des matières

Résumé	2
Table des matières.....	4
Introduction générale.....	6
Question de recherche et cadre analytique.....	7
PARTIE I : Cadre théorique et analytique.....	9
Chapitre 1 : La mise à l'agenda des politiques de santé publique : entre expertise scientifique et décision politique.....	9
1.1 La mise à l'agenda comme processus politique : les apports de Kingdon	9
1.2 Les politiques de santé comme high politics : acteurs, pouvoir et contexte	9
1.3 Le fossé entre science et politique : les limites de l'evidence-based policymaking.....	10
Chapitre 2 : Le cadre analytique de Shiffman et Smith : analyser la construction de la priorité politique en santé	12
2.1 Un cadre conçu pour une question spécifique	12
2.2 Les quatre dimensions du cadre	12
2.3 Un cadre intégré et ses apports pour l'analyse des politiques antitabac	14
2.4 Limites du cadre et adaptations retenues	14
Partie II : Méthodologie	15
Chapitre 3 : Méthode, sources et limites	15
3.1 Une approche qualitative par étude de cas	15
3.2 Analyse documentaire	15
3.3 Entretiens semi-directifs et échanges par mail.....	17
3.4 Limites de la recherche	18
PARTIE III : Contexte et genèse de la mesure	19
Chapitre 4 : Le tabagisme en Belgique : état des lieux.....	19
4.1 Un problème de santé publique : ampleur et tendance	19
4.2 Un cadre institutionnel complexe	20
4.2.1 La répartition des compétences : une logique de chevauchement	20
4.2.2 Les acteurs régionaux et communautaires de la prévention tabac	21
4.2.3 La coordination interfédérale : nécessaire mais imparfaite	22
Chapitre 5 : Genèse de l'interdiction de vente de tabac dans les grandes surfaces	24
5.1 Le Plan interfédéral 2022-2028 : une rupture stratégique	24
5.2 L'industrie du tabac comme acteur de blocage structurel	24
5.3 L'Action 8.1 et l'émergence du critère des 400 m ²	25
5.4 De la stratégie à la loi : l'accélération du calendrier.....	26
5.5 Le processus législatif et les avertissements du Conseil d'État	27
5.6 La judiciarisation et l'arrêt de la Cour constitutionnelle.....	28
5.7 Une priorité politique fragile et réversible	29
PARTIE IV : Analyse par le cadre de Shiffman & Smith.....	30
Chapitre 6 : Le pouvoir des acteurs	30
6.1 La communauté politique antitabac : une coalition structurée mais asymétrique.....	30
6.2 Le leader politique : Frank Vandenbroucke comme entrepreneur de politique publique	30
6.3 Les opposants : une coalition de blocage aux ressources asymétriques	31
6.4 Les partis de droite comme frein structurel, le MR comme acteur conjoncturel	33
6.5 Les lacunes institutionnelles de protection contre l'ingérence	35
Chapitre 7 : Le pouvoir des idées	37

7.1 La crédibilité scientifique du principe : réduire les points de vente comme levier de santé publique	37
7.2 L'échec de la traduction : le seuil de 400 m ² sans base sanitaire.....	37
7.3 La séquence inversée : la science évalue après que la politique a décidé	38
7.4 Le cadrage de l'enjeu : entre dénormalisation et protection des jeunes	39
7.5 Les lacunes de données comme obstacle structurel à un cadrage fondé sur les preuves	40
Chapitre 8 : Le contexte politique et institutionnel	42
8.1 La complexité institutionnelle belge comme contrainte structurelle	42
8.2 La CCLAT comme fenêtre d'opportunité normative	42
8.3 Le Plan interfédéral 2022-2028 comme fenêtre d'opportunité politique	43
8.4 L'accélération du calendrier comme symptôme de la fenêtre qui se referme	44
8.5 La comparaison néerlandaise : ce que la Belgique n'a pas fait	45
Chapitre 9 : Les caractéristiques de l'enjeu.....	47
9.1 Une sévérité objectivement élevée, une urgence politiquement relativisée.....	47
9.2 Des solutions connues mais politiquement coûteuses	47
9.3 L'absence d'indicateurs fiables comme obstacle structurel	48
9.4 La fragilité juridique prévisible comme caractéristique de l'enjeu	49
9.5 La réversibilité comme caractéristique finale	49
PARTIE V : Discussion.....	51
Chapitre 10 : Une priorité politique structurellement fragile : ce que révèle le cas belge	51
10.1 Une priorité construite, mais structurellement incomplète	51
10.2 Le coût du compromis édulcoré : de la fragilité juridique à la réversibilité politique	52
10.3 Ce que les comparaisons internationales confirment	53
10.4 Contributions et limites.....	54
Conclusion	57
BIBLIOGRAPHIE	60

Introduction générale

Le 1er avril 2025, les grandes surfaces alimentaires belges de plus de 400 m² cessent officiellement de vendre des produits de tabac, en application de la loi du 21 mars 2024 inscrite dans la Stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac (SPF Santé publique, 2022). Sept mois plus tard, la Cour constitutionnelle annule cette disposition au motif que le critère des 400 m² constitue une discrimination injustifiée entre grands et petits commerces alimentaires, sans rapport avec les risques sanitaires liés au tabac (arrêt n° 143/2025, B.58). La mesure, qui n'a pas eu le temps de produire des effets mesurables sur la santé de la population, disparaît ainsi moins de deux ans après son adoption.

Cet épisode concentre les tensions qui structurent depuis des décennies la politique antitabac en Belgique. D'un côté, un consensus scientifique robuste documente les effets dévastateurs du tabac et identifie des interventions efficaces, classées parmi les « best buys » de l'OMS (Wynder & Graham, 1950 ; OMS, 2023). De l'autre, une mise en œuvre lente, fragmentée et juridiquement fragile produit des mesures édulcorées, contestées et parfois annulées avant d'avoir pu agir, comme l'a montré Luk Joossens dans son analyse historique de la « guerre du tabac » en Belgique et en Europe (Joossens, 2017). Le Tobacco Industry Interference Index 2025 confirme la persistance d'une ingérence élevée de l'industrie dans les politiques publiques (Cnockaert et al., 2025).

Le cas d'étude : l'interdiction de vente dans les grandes surfaces

C'est dans ce contexte que s'inscrit le cas d'étude de ce mémoire : l'interdiction de vente de produits de tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400 m², introduite par la loi du 21 mars 2024 et annulée par l'arrêt n° 143/2025.

Ce qui a retenu mon attention dans ce cas, c'est d'abord sa temporalité. Une mesure adoptée, entrée en vigueur, annulée et abandonnée en l'espace de moins de deux ans. Ce dossier de politique de santé publique a condensé beaucoup de tensions en peu de temps. C'est cette densité analytique qui en fait, à mes yeux, un terrain d'observation particulièrement riche.

Sur le plan de la recherche, le cas présente également des avantages concrets. L'interdiction de vente de produits de tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400 m², introduite par la loi du 21 mars 2024 et annulée par l'arrêt n° 143/2025, est entièrement couverte par la période de recherche, ce qui a permis de mobiliser des sources primaires de première main, notamment

des entretiens avec des acteurs ayant participé directement au processus décisionnel. La décision de cibler les grandes surfaces permet par ailleurs d'isoler un moment précis dans la trajectoire politique, d'identifier qui y a pris part et de reconstituer comment les recommandations scientifiques ont été traduites, transformées, ou tout simplement écartées.

Question de recherche et cadre analytique

Ce mémoire cherche à répondre à la question suivante : comment les recommandations scientifiques se traduisent-elles, ou non, en priorité politique, à partir du cas de l'interdiction de vente de tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400 m² en Belgique ? Cette question s'inscrit dans un champ plus large consacré aux relations entre expertise scientifique et décision politique en santé publique. Elle mobilise plusieurs théories. Le modèle des multiples flux de Kingdon (2014) permet de comprendre comment certains enjeux accèdent à l'agenda décisionnel quand d'autres n'y parviennent pas. Le triangle de politique de santé de Walt et Gilson (1994) invite quant à lui à ne pas se limiter au contenu des réformes et à prendre au sérieux les acteurs, les processus et le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Bogenschneider et Corbett (2021) apportent un éclairage complémentaire sur le fossé qui sépare, souvent durablement, la production de connaissances scientifiques et la décision publique.

C'est toutefois le cadre de Shiffman et Smith (2007) qui structure l'analyse principale de ce mémoire. Conçu pour rendre compte de la construction de la priorité politique en santé, il articule quatre dimensions que ce mémoire examine successivement : le pouvoir des acteurs, le pouvoir des idées, le contexte politique et institutionnel, et les caractéristiques propres à l'enjeu. Sur le plan méthodologique, le choix s'est porté sur une étude de cas qualitative unique. Ce cas est traité comme un cas critique au sens de Flyvbjerg : si malgré des conditions a priori favorables la priorité politique s'est révélée aussi fragile, c'est que des mécanismes structurels sont à l'oeuvre, qui dépassent la singularité de l'épisode. L'analyse repose sur un corpus documentaire varié, sources institutionnelles, législatives, scientifiques et associatives, complété par des entretiens semi-directifs avec des acteurs ayant été directement mêlés au processus décisionnel.

Annonce

du

plan

Le mémoire s'organise en cinq parties. La première pose le cadre théorique et analytique, en situant la question de recherche dans la littérature sur la mise à l'agenda et les politiques de

santé publique. La deuxième présente la démarche méthodologique et les sources sur lesquelles repose l'analyse. La troisième reconstitue le contexte dans lequel la mesure a émergé : elle documente l'état du tabagisme en Belgique et retrace la trajectoire politique qui a mené à l'adoption de l'interdiction, puis à son annulation. La quatrième constitue le cœur analytique du mémoire : elle applique les quatre dimensions du cadre de Shiffman et Smith au cas étudié. Enfin, la cinquième partie propose une discussion des résultats et une réponse à la question de recherche, avant que la conclusion générale n'en synthétise les apports, les limites et les perspectives.

PARTIE I : Cadre théorique et analytique

Chapitre 1 : La mise à l'agenda des politiques de santé publique : entre expertise scientifique et décision politique

1.1 La mise à l'agenda comme processus politique : les apports de Kingdon

Pourquoi certains problèmes collectifs accèdent-ils à l'attention des décideurs tandis que d'autres demeurent marginalisés ? Kingdon (2014) montre que l'accès d'un enjeu à l'agenda politique dépend de la convergence de trois flux relativement autonomes : le flux des problèmes (comment certaines conditions deviennent des problèmes politiquement reconnus), le flux des solutions (un réservoir de propositions qui circulent dans les communautés de spécialistes bien avant qu'un problème soit formellement reconnu) et le flux politique (humeur nationale, résultats électoraux, pression des groupes d'intérêt). Ces trois flux évoluent de façon largement indépendante, selon leurs propres temporalités. Ce n'est que lorsqu'ils convergent qu'un enjeu peut franchir le seuil qui sépare la préoccupation diffuse de la décision politique. Cette convergence ne se produit pas mécaniquement : elle suppose qu'un acteur soit là pour la provoquer ou du moins pour la saisir. Kingdon appelle cet acteur un entrepreneur de politique publique. Ce qui le caractérise, c'est moins son titre que sa disposition à investir du capital politique au bon moment, sa capacité à nouer des alliances et, souvent, une certaine ténacité dans la durée. Quand cet entrepreneur fait défaut ou qu'il intervient trop tard, la fenêtre se referme sans que rien n'ait changé (Kingdon, 2014).

Ce modèle présente un intérêt particulier pour analyser les politiques de santé publique. Il rappelle que les preuves scientifiques n'ont pas de force propulsive automatique dans l'arène politique : elles constituent une ressource parmi d'autres, que les acteurs peuvent choisir de mobiliser, de reformuler à leur avantage, ou tout simplement d'ignorer selon ce que le contexte politique rend opportun.

1.2 Les politiques de santé comme high politics : acteurs, pouvoir et contexte

Expliquer pourquoi un enjeu accède à l'agenda ne suffit pas à comprendre pourquoi la politique adoptée prend telle forme plutôt qu'une autre, pourquoi elle est affaiblie, amendée ou annulée. Pour rendre compte de ces dynamiques, il faut s'intéresser aux acteurs eux-mêmes, à leurs intérêts et aux rapports de force qui structurent le processus. C'est l'apport central du triangle de politique de santé proposé par Walt et Gilson (1994).

Walt et Gilson (1994) montrent que l'analyse des politiques de santé se focalise excessivement sur le contenu des réformes au détriment de trois dimensions tout aussi déterminantes : les acteurs, les processus et le contexte. Leur triangle de politique de santé articule ces quatre dimensions en interaction permanente. La dimension des acteurs renvoie aux individus et groupes qui influencent la politique par leurs intérêts et leurs ressources. Le contexte renvoie aux contraintes macro-politiques, économiques et institutionnelles qui définissent ce qui est réalistement faisable à un moment donné. Le processus s'intéresse à la façon dont les décisions se prennent concrètement et dont elles sont ensuite mises en oeuvre. Quant au contenu, il ne peut pas vraiment s'expliquer sans regarder les trois autres dimensions : c'est souvent là que réside l'essentiel.

Pendant longtemps, la politique de santé a fonctionné comme une affaire relativement fermée, pilotée par une élite médicale et technique sur la base d'un consensus largement partagé, ce que les auteurs qualifient de *low politics*. Ce temps est révolu. Les politiques de santé sont aujourd'hui traversées par des intérêts divergents, des clivages idéologiques et des arbitrages de valeurs qui en font un terrain conflictuel à part entière, relevant de ce que Walt et Gilson appellent la *high politics*.

Les politiques antitabac contemporaines s'inscrivent clairement dans cette configuration, où l'évidence scientifique entre en tension avec des intérêts économiques organisés et des contraintes électorales (Greer et al., 2017).

1.3 Le fossé entre science et politique : les limites de l'evidence-based policymaking

Dans le champ de l'evidence-based policymaking, un constat s'impose : la disponibilité de preuves scientifiques robustes ne garantit pas, en elle-même, leur traduction en décision politique. C'est ce que Bogenschneider et Corbett (2021) théorisent.

Leur argument de fond est que le fossé entre science et politique n'est ni une question d'insuffisance de la recherche ni de mauvaise volonté des décideurs. Le problème est plus profond : les deux communautés ne partagent pas les mêmes repères. D'un côté, des chercheurs et experts en santé publique formés à la rigueur méthodologique et à la prudence des conclusions. De l'autre, des parlementaires et membres de cabinets qui travaillent sous contrainte de temps, de pression médiatique et de calcul électoral. C'est cette dissonance

structurelle que Bogenschneider et Corbett théorisent sous le nom de community dissonance theory (Bogenschneider & Corbett, 2021).

Cette théorie permet de dépasser le modèle dit "hypodermique" de la recherche, selon lequel les connaissances s'injecteraient directement dans le processus politique pour en orienter mécaniquement les décisions. La réalité est plus complexe. La recherche n'est qu'une logique parmi d'autres dans l'arène décisionnelle, où elle entre en concurrence avec les valeurs, les intérêts organisés et les contraintes politiques du moment. Bogenschneider et Corbett distinguent à cet égard deux usages de la preuve. Un usage éclairant, dans lequel la preuve oriente effectivement la décision. Un usage instrumental, dans lequel la preuve est mobilisée pour légitimer une position préalablement arrêtée sur d'autres bases.

Ces tensions entre production de connaissances et décision politique, entre expertise et compromis, constituent précisément l'objet d'analyse du cadre de Shiffman et Smith, présenté dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Le cadre analytique de Shiffman et Smith : analyser la construction de la priorité politique en santé

2.1 Un cadre conçu pour une question spécifique

Les cadres théoriques présentés dans le chapitre précédent permettent de comprendre pourquoi certains enjeux accèdent à l'agenda politique et pourquoi la science ne se traduit pas mécaniquement en décision publique. Leur portée reste cependant limitée lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi certains enjeux captent durablement l'attention politique là où d'autres, comparables, restent marginalisés. C'est précisément pour répondre à cette question que Shiffman et Smith ont développé leur cadre analytique (Shiffman & Smith, 2007).

Leur point de départ est un constat empirique : certains enjeux de santé mondiale ont acquis une priorité politique élevée quand d'autres, présentant une charge sanitaire équivalente, sont restés en marge de l'agenda politique. Pour rendre compte de cet écart, les auteurs proposent une définition opérationnelle de la priorité politique : elle est présente lorsque les dirigeants expriment une préoccupation soutenue pour un enjeu, que leurs organisations adoptent des politiques en réponse à cet enjeu, et que des ressources proportionnelles à sa gravité lui sont effectivement allouées (Shiffman & Smith, 2007). Cette définition a une implication importante : la priorité politique n'est pas une question de tout ou rien. C'est une variable qui peut être plus ou moins forte, plus ou moins stable dans le temps, et dont les trois composantes peuvent évoluer de façon décalée l'une par rapport à l'autre.

La thèse centrale de Shiffman et Smith découle de ce constat. La gravité objective d'un problème de santé n'explique pas à elle seule le niveau de priorité politique qui lui est accordé. Certains enjeux peu sévères captent l'attention des décideurs, quand d'autres, pourtant bien documentés et aux conséquences considérables, restent en marge de l'agenda. D'autres, pourtant plus sévères objectivement, restent négligés. Ce qui détermine la priorité, c'est la combinaison de quatre catégories de facteurs interdépendants : le pouvoir des acteurs, la force des idées mobilisées, le contexte politique et institutionnel, et les caractéristiques propres à l'enjeu.

2.2 Les quatre dimensions du cadre

L'idée centrale est que la capacité à construire une priorité politique dépend en partie de qui porte la cause et de la façon dont ces acteurs s'organisent. Shiffman et Smith distinguent plusieurs éléments à cet égard. La communauté de politique publique désigne l'ensemble des

acteurs partageant un intérêt pour l'enjeu : sa cohésion interne est déterminante, une communauté fragmentée perdant rapidement en crédibilité et en capacité d'influence. Le leadership renvoie à la présence d'individus capables de porter la cause au-delà de leur propre organisation et d'y associer des soutiens plus larges. Les institutions coordinatrices sont celles qui disposent d'un mandat suffisamment clair pour assurer la cohérence de l'action collective. Quant à la mobilisation de la société civile, elle joue un rôle d'amplification en rendant l'enjeu visible auprès de l'opinion publique et en accroissant la pression sur les décideurs.

La deuxième dimension s'intéresse au pouvoir des idées (Shiffman & Smith, 2007), autrement dit à la façon dont un enjeu est cadré et présenté dans le débat public. Shiffman et Smith distinguent ici deux niveaux. Le cadrage interne renvoie au degré de consensus au sein de la communauté d'experts sur la nature du problème et les solutions à privilégier. Le cadrage externe désigne quant à lui la capacité à convaincre décideurs et opinion publique de la légitimité et de l'urgence de l'enjeu. Un même problème peut être présenté sous des angles très différents, sanitaire, économique, moral ou sécuritaire, avec des effets variables selon les audiences visées. Ce qui ressort de cette dimension, c'est qu'un cadrage techniquement solide peut échouer politiquement s'il ne trouve pas d'écho chez ceux à qui il s'adresse. Et inversement, un cadrage habile peut accélérer la mise sur agenda d'un enjeu même quand les preuves scientifiques ne sont pas encore entièrement consolidées.

La troisième dimension porte sur le contexte politique et institutionnel (Shiffman & Smith, 2007). Elle englobe les structures de gouvernance, les règles formelles et informelles qui organisent le jeu politique, mais aussi les opportunités qu'ouvrent les changements de gouvernement ou certains événements déclencheurs. Les engagements internationaux jouent également un rôle : ils peuvent contraindre l'action nationale autant que la stimuler. Sur ce point, Shiffman et Smith rejoignent Kingdon : un enjeu ne s'impose pas à n'importe quel moment, mais quand les conditions politiques s'y prêtent. La notion de fenêtre d'opportunité politique reste donc centrale, même dans un cadre analytique centré sur la priorité de long terme.

La quatrième dimension porte sur les caractéristiques propres à l'enjeu (Shiffman & Smith, 2007). C'est une dimension qu'on sous-estime parfois, mais elle compte : tous les problèmes de santé ne se mobilisent pas de la même façon. Certains disposent d'atouts qui facilitent la construction d'une priorité politique, des indicateurs clairs pour mesurer leur ampleur, des interventions dont l'efficacité est bien documentée, un périmètre suffisamment précis pour permettre une action ciblée. D'autres restent en marge de l'agenda non pas parce qu'ils sont

moins graves, mais parce qu'ils sont diffus, difficiles à quantifier, ou parce que les solutions disponibles sont jugées trop coûteuses ou trop contestées politiquement.

2.3 Un cadre intégré et ses apports pour l'analyse des politiques antitabac

L'intérêt principal du cadre de Shiffman et Smith réside dans son caractère intégré. Contrairement aux approches centrées uniquement sur la mise à l'agenda ou sur les acteurs, il permet d'articuler simultanément quatre dimensions qui interagissent de façon dynamique. Aucune dimension n'est ni nécessaire ni suffisante à elle seule pour générer du soutien politique. Ce n'est pas parce qu'un enjeu bénéficie d'un leadership fort ou d'un contexte favorable qu'il accèdera nécessairement à l'agenda politique. C'est la combinaison des dimensions, et la façon dont elles interagissent, qui détermine en définitive le niveau de priorité accordé.

Ce cadre est particulièrement adapté pour analyser le cas de l'interdiction de vente de tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400 m² en Belgique. Il invite à interroger la cohésion de la communauté antitabac belge, ainsi que la nature du cadrage retenu et sa capacité à convaincre à la fois experts et décideurs. Il amène également à s'interroger sur la fenêtre d'opportunité qui a permis l'adoption de la mesure, et sur ce qui explique qu'elle n'ait pas abouti à une loi juridiquement solide. La question des caractéristiques propres à l'enjeu se pose enfin : dans quelle mesure ont-elles favorisé ou freiné une priorité politique durable ?

2.4 Limites du cadre et adaptations retenues

Le cadre de Shiffman et Smith a été initialement développé pour analyser des initiatives de santé mondiale, notamment dans le contexte de la mortalité maternelle (Shiffman & Smith, 2007). Appliquer ce cadre à un cas national et à une mesure aussi spécifique que celle étudiée ici suppose quelques ajustements méthodologiques qu'il vaut la peine de préciser.

Le cadre original a été construit en pensant à des initiatives de santé mondiale et à des acteurs globaux. Le transposer au cas belge implique de déplacer le regard vers les acteurs nationaux et infranationaux, tout en conservant une attention au rôle de la Convention-cadre de l'OMS et aux dynamiques européennes qui constituent le contexte normatif dans lequel la politique belge s'inscrit. Le cadre ne thématise pas non plus le rôle des acteurs judiciaires. Dans le cas étudié, c'est pourtant la Cour constitutionnelle qui a profondément reconfiguré la politique adoptée. Cette dimension sera donc intégrée à l'analyse, en complément des quatre catégories originales du cadre.

Partie II : Méthodologie

Chapitre 3 : Méthode, sources et limites

Rendre compte d'un processus décisionnel complexe, impliquant de multiples acteurs et niveaux de pouvoir, suppose de clarifier d'emblée les choix qui ont orienté la collecte et l'interprétation des données. Ce chapitre présente la démarche retenue, les sources mobilisées et les limites qu'il convient d'avoir à l'esprit pour lire l'analyse qui suit.

3.1 Une approche qualitative par étude de cas

Ce mémoire adopte une approche qualitative fondée sur une étude de cas unique. Ce choix méthodologique répond à la nature de la question de recherche : comprendre comment les recommandations scientifiques se traduisent, ou non, en priorité politique n'est pas une question qui appelle une réponse quantitative ou généralisable à grande échelle, mais une analyse approfondie des mécanismes, des acteurs et des processus qui structurent une décision politique spécifique. C'est précisément ce que permet une démarche qualitative : croiser des sources de nature diverse et articuler des niveaux d'explication que l'on ne pourrait pas réduire à des variables mesurables.

Ce cas est traité comme un cas critique de type "most likely" au sens de Flyvbjerg (2006). Le contexte semblait, à bien des égards, favorable : le consensus scientifique était solide, un ministre porteur de l'enjeu était en place, une stratégie interfédérale avait été coordonnée et des engagements internationaux contraignants encadraient l'action nationale. Si malgré ces conditions la mesure reste fragile sur le plan juridique, réversible sur le plan institutionnel et non remplacée sur le plan politique, cela révèle des mécanismes structurels qui dépassent le cas particulier. Les conclusions tirées de ce cas ne prétendent pas à une généralisation statistique, mais à une généralisation analytique au sens de Flyvbjerg : elles permettent d'enrichir et de tester les cadres de Kingdon (2014), Walt et Gilson (1994) et Shiffman et Smith (2007) appliqués aux politiques de santé publique en Belgique, et d'éclairer les conditions dans lesquelles l'expertise scientifique parvient ou non à se traduire en décision politique durable.

3.2 Analyse documentaire

Ce mémoire s'appuie sur un corpus documentaire diversifié, organisé en quatre catégories principales.

La première catégorie regroupe les sources institutionnelles belges. Elle comprend la Stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac et sa fiche action détaillée de l'Action 8.1, la loi du 21 mars 2024 modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs, l'ensemble des travaux préparatoires à cette loi incluant l'avant-projet de loi, l'exposé des motifs et la coordination des articles (DOC 55 3764/001), l'avis du Conseil d'État n° 74.604/3 du 27 novembre 2023, l'analyse d'impact de la réglementation RiA-AiR jointe au projet de loi, et l'arrêt n° 143/2025 de la Cour constitutionnelle du 6 novembre 2025. Ces sources constituent le matériau de base de la reconstitution du processus décisionnel et de l'analyse juridique de la mesure.

La deuxième catégorie regroupe les sources scientifiques et institutionnelles sur le cas belge. Elle inclut le rapport TSI/HIA réalisé par Sciensano et SEO Amsterdam Economics (2024), qui constitue l'évaluation scientifique officielle de l'impact de la mesure, le rapport de conformité de la Belgique à l'OMS dans le cadre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac pour la période 2023-2024, le Tobacco Industry Interference Index Belgium 2025 (Cnockaert et al., 2025), et les données épidémiologiques de Sciensano sur la prévalence du tabagisme en Belgique. Ces sources permettent d'ancrer l'analyse dans les données disponibles sur l'état du tabagisme et sur les mécanismes d'influence de l'industrie.

La troisième catégorie regroupe les sources internationales et comparatives. Elle comprend la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et son article 5.3, la synthèse de la littérature internationale sur la réduction des points de vente de tabac de Monshouwer et al. (2014), le protocole d'évaluation de la politique néerlandaise de Nagelhout et al. (2023), et les deux rapports d'évaluation de l'interdiction de vente dans les supermarchés néerlandais de Vermeulen et Van Casteren (2025 et 2026). Ces sources permettent de situer le cas belge dans une perspective internationale et de disposer de données empiriques sur l'efficacité de mesures comparables.

À ces sources s'ajoute le rapport « Behind Closed Doors » de Contre-Feu et STOP (2025), qui documente les pratiques de lobbying de l'industrie du tabac auprès des institutions européennes et fournit un arrière-plan structurel pour situer le cas belge dans son environnement européen.

La quatrième catégorie regroupe les sources associatives et académiques. Elle inclut le mémorandum de l'Alliance pour une Société sans Tabac (2023), l'étude de Lorant et al. (2025) sur les obstacles politiques à la mise en œuvre des politiques antitabac en Belgique, et l'ouvrage

de Luk Joossens (2017) sur la lutte contre le tabac en Belgique et en Europe, qui fournit le contexte historique indispensable à la compréhension des dynamiques actuelles.

3.3 Entretiens semi-directifs et échanges par mail

En complément de l'analyse documentaire, ce mémoire s'appuie sur des données primaires collectées auprès d'acteurs directement impliqués dans le processus décisionnel étudié. Quatre entretiens semi-directifs ont été conduits en 2026, ainsi que trois échanges par mail avec des acteurs n'ayant pas pu être rencontrés en personne.

Suzanne Gabriels, responsable du plaidoyer à la Fondation contre le Cancer, a fourni des éléments précieux sur la stratégie de la coalition antitabac, le rôle des acteurs associatifs dans le processus législatif et la présence des grandes entreprises de tabac sur le marché belge. Nora Mélard, chercheuse à la Fondation contre le Cancer, a permis de mieux comprendre comment la CCLAT a pesé sur le processus politique belge, et dans quelle mesure l'industrie du tabac a tenté d'influencer les décideurs. Un fonctionnaire du SPF Santé publique et membre du groupe de travail tabac de la Cellule générale de politique drogues, a fourni des informations de première main sur la genèse du critère des 400 m² et sur la séquence décisionnelle telle qu'elle s'est déroulée en interne. Luk Joossens, expert antitabac indépendant et auteur, a apporté une perspective historique et comparative sur les politiques antitabac belges, le rôle de l'industrie et les leçons à tirer du modèle néerlandais.

Les échanges par mail ont permis de compléter ces entretiens. Un autre fonctionnaire du SPF Santé publique, a fourni des commentaires détaillés sur un document de description du cas belge, apportant des précisions importantes sur les données disponibles, le critère des 400 m² et les effets de l'arrêt constitutionnel. Un membre de l'Alliance pour une Société sans Tabac a fourni des informations sur les lacunes de données relatives aux points de vente et sur la position de l'Alliance face à la mesure. Un co-auteur du rapport TSI/HIA réalisé par Sciensano, a confirmé que le seuil de 400 m² n'est pas issu de l'analyse scientifique et a précisé le rôle limité de l'évaluation d'impact dans le processus décisionnel. Un échange par mail a également été conduit avec un employé de l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), qui a fourni des informations sur la coordination interfédérale en matière de prévention tabac, le Plan wallon sans tabac et la qualité de la concertation entre niveaux de pouvoir dans le groupe de travail tabac de la Cellule générale de politique drogues. Un échange similaire a été mené avec un collaborateur de l'administration flamande, qui a précisé la structuration de la prévention tabac

en Flandre (Vlaams Consortium Tabak, Gezondheidsmakers, Gezond in Brussel) et son inscription dans la politique “Gezonde Generatie”.

L’ensemble de ces matériaux a été analysé en mobilisant le cadre analytique de Shiffman et Smith (2007) comme grille de lecture principale. Les données documentaires et les données issues des entretiens ont été codées thématiquement selon les quatre dimensions du cadre : le pouvoir des acteurs, le pouvoir des idées, le contexte politique et institutionnel, et les caractéristiques propres à l’enjeu. Cette approche permet d’articuler de façon systématique les différentes sources disponibles et de faire dialoguer les données empiriques primaires avec les cadres théoriques mobilisés dans la Partie I.

3.4 Limites de la recherche

Cette recherche présente plusieurs limites. Sur le plan des sources, les entretiens ont été conduits principalement auprès d'acteurs favorables aux mesures antitabac. Aucun entretien n'a pu être réalisé avec des représentants de l'industrie du tabac, de la grande distribution ou des partis politiques les plus réticents aux mesures structurelles. Cela crée un biais potentiel dans la représentation des positions des opposants à la mesure. Ces positions ont été reconstituées à partir de sources documentaires, notamment les travaux parlementaires, les mémoires déposés devant la Cour constitutionnelle et les études existantes sur les positions partisans.

Sur le plan temporel, cette recherche a été conduite entre 2025 et 2026, dans un contexte d'incertitude politique sur la suite donnée à la mesure annulée. Les développements ultérieurs à mai 2026 n'ont pas pu être intégrés dans l'analyse.

La démarche retenue, une étude de cas qualitative avec un corpus documentaire diversifié et des entretiens semi-directifs, est adaptée à la nature de la question posée. Elle ne prétend pas à l'exhaustivité : l'absence de voix du côté des opposants à la mesure est une limite réelle, dont l'analyse tiendra compte. C'est avec ces matériaux, et ces précautions, que la partie suivante reconstitue le contexte dans lequel la mesure a émergé.

PARTIE III : Contexte et genèse de la mesure

Chapitre 4 : Le tabagisme en Belgique : état des lieux

Pour comprendre pourquoi une mesure comme l'interdiction de vente dans les grandes surfaces a pu être adoptée, et pourquoi elle s'est révélée aussi fragile, il faut d'abord saisir le terrain sur lequel elle s'inscrit : l'état du tabagisme en Belgique et l'architecture institutionnelle dans laquelle toute politique de santé publique doit se frayer un chemin.

4.1 Un problème de santé publique : ampleur et tendance

Le tabagisme constitue l'une des principales causes évitables de morbidité et de mortalité en Belgique. On estime à au moins 15 000 le nombre de décès prématurés liés au tabagisme chaque année dans le pays, soit environ 40 décès par jour (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023 ; SPF Santé publique, 2022). Ces décès sont principalement imputables à trois pathologies : le cancer du poumon, la bronchopneumopathie chronique obstructive et les maladies cardiovasculaires. Le cancer du poumon est particulièrement emblématique : entre 80 et 90 % des cas sont directement attribuables au tabagisme (SPF Santé publique, 2022). Au-delà de la mortalité, le tabagisme génère un coût social d'environ 1,5 milliard d'euros annuels et entraîne la perte de 293 550 années de vie en bonne santé chaque année en Belgique (SPF Santé publique, 2022).

Depuis la fin des années 1990, la prévalence suit une tendance à la baisse : de 25,5 % de fumeurs quotidiens en 1997, elle est tombée à 15 % en 2018, auxquels s'ajoutent 4 % de fumeurs occasionnels, pour une prévalence totale de 19 % (SPF Santé publique, 2022, citant Sciensano). Cette évolution résulte d'un ensemble de mesures législatives progressivement adoptées dans le cadre de la Convention-cadre de l'OMS, ratifiée par la Belgique en 2005, telles que l'interdiction de la publicité, les paquets neutres, le relèvement de l'âge minimum d'achat, l'extension des zones sans fumée, l'augmentation des accises (OMS, 2003). Cependant, ce rythme de baisse est insuffisant : sans mesures supplémentaires, les projections de Sciensano montrent que la trajectoire actuelle ne permettrait pas d'atteindre les cibles de la stratégie interfédérale, soit 10 % de fumeurs quotidiens en 2028 et 5 % en 2040 (SPF Santé publique, 2022 ; rapport TSI/HIA, 2024). Cet écart entre la trajectoire observée et les objectifs politiques affichés constitue le contexte épidémiologique dans lequel s'inscrit l'ensemble des mesures

antitabac adoptées depuis 2022, dont l'interdiction de vente dans les grandes surfaces alimentaires.

Cette situation est aggravée par de profondes inégalités sociales : la prévalence atteint 29 % dans le quintile de revenu le plus faible, contre 10,1 % parmi les diplômés du supérieur (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023 ; SPF Santé publique, 2022). Ces inégalités soulèvent des questions politiques spécifiques sur la nature des mesures à adopter : certaines politiques, comme la hausse des accises, ont un effet dissuasif plus fort sur les fumeurs à faibles revenus, mais peuvent aussi peser davantage sur leur budget, créant des tensions entre objectifs de santé publique et considérations de justice sociale.

4.2 Un cadre institutionnel complexe

4.2.1 La répartition des compétences : une logique de chevauchement

La lutte contre le tabagisme en Belgique ne relève pas d'un seul niveau de pouvoir. La sixième réforme de l'État, dont les textes ont été publiés au Moniteur belge le 31 janvier 2014, a transféré aux Communautés et Régions la compétence en matière de "politique de prévention (tabagisme, dépendance aux drogues, actions santé environnementale, plan d'alimentation et de santé)" (Belgium.be, 2014). C'est ce transfert qui fonde juridiquement la fragmentation institutionnelle caractéristique de la politique antitabac belge.

Le niveau fédéral est compétent pour la réglementation des produits de tabac (composition, étiquetage, mise sur le marché), la fiscalité (accises) et les restrictions de vente (loi du 24 janvier 1977 ; loi du 21 mars 2024). En revanche, la promotion de la santé a été transférée aux entités fédérées dès le 1er juillet 2014, tandis que le sevrage tabagique a suivi un calendrier de transition plus long : géré par l'INAMI au nom des entités fédérées jusqu'en 2018, il ne leur a été pleinement transféré qu'au 1er janvier 2019 (Belgium.be, 2014 ; INAMI, s.d.). Ce transfert en deux temps est important : il explique pourquoi l'instrument réglementaire reste fédéral alors que la finalité préventive appartient aux entités fédérées.

Cette répartition crée un chevauchement structurel : le ministre fédéral de la Santé mobilise une compétence fédérale de régulation du marché pour poursuivre un objectif fondamentalement préventif, qui relève des entités fédérées. Ce décalage entre le niveau qui légifère et ceux qui mettent en œuvre la prévention est au cœur de la fragilité de la politique antitabac belge.

4.2.2 Les acteurs régionaux et communautaires de la prévention tabac

En Wallonie, la répartition des compétences est elle-même fragmentée en deux niveaux distincts. D'une part, la Région wallonne, via l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), pilote la prévention tabac générale dans le cadre du Plan wallon de Promotion et de Prévention de la Santé (Plan WaPPS), dont l'axe 1.2 est consacré à la lutte contre le tabagisme. Ce plan finance et coordonne un réseau d'opérateurs tels que le FAREs, le SEPT, la Fondation contre le Cancer, l'OSH, la SSMG et d'autres. Ensemble, ils constituent le Plan wallon sans tabac (PWST), coordonné par le FAREs et fixent des objectifs à l'horizon 2030 : réduire l'initiation tabagique chez les jeunes, augmenter les taux de cessation et diminuer l'exposition à la fumée de tabac (FARes, s.d. ; AVIQ, communication personnelle, 2026). D'autre part, la Fédération Wallonie-Bruxelles conserve une compétence propre en matière de prévention tabac en milieu scolaire. La médecine préventive destinée aux élèves n'a pas été transférée à la Région wallonne lors du décret spécial du 3 avril 2014 (Éducation Santé, 2014). En pratique, cela signifie qu'en Wallonie, la prévention tabac suppose une coordination non seulement avec le fédéral, mais aussi entre deux entités fédérées pour un même territoire.

Du côté de la Flandre, la compétence de promotion de la santé est exercée par le Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, qui pilote la politique de prévention dans le cadre de la gezondheidsdoelstelling “Gezonde Generatie” (2026-2035). Cette stratégie regroupe plusieurs programmes de prévention, dont le thème “middelengebruik en verslaving” qui couvre explicitement le tabac, le vapotage et l'alcool, avec un accent particulier sur les enfants et les jeunes (Departement Zorg, 2025). Pour le tabac, cette stratégie prend forme notamment à travers le Vlaams Consortium Tabak, qui regroupe le Vlaams Instituut Gezond Leven, Kom op tegen Kanker et d'autres acteurs de santé. Ce consortium travaille sur la prévention, les environnements sans fumée et le sevrage. La diffusion de ces actions au niveau local est assurée par les Gezondheidsmakers et Gezond in Brussel, anciennement connus sous le nom de Logo's (Vlaamse overheid, communication personnelle, 2026).

À Bruxelles, plusieurs institutions se partagent les compétences en matière de prévention tabac, ce qui en fait le contexte institutionnel le plus fragmenté de Belgique. Vivalis est l'administration de la Commission communautaire commune (COCOM) chargée depuis janvier 2023 de la politique de sevrage tabagique pour l'ensemble des Bruxellois, en collaboration avec Iriscare qui gère le remboursement des consultations en tabacologie via les organismes assureurs (Vivalis, 2023 ; Iriscare, 2026). Vivalis coordonne également, via son Point Focal Prévention Intégré (PFPI), les actions de prévention tabac à destination des citoyens bruxellois.

La COCOF (Commission communautaire française) participe elle aussi au groupe de travail interfédéral tabac aux côtés du SPF Santé publique, de l'AVIQ et de l'AZG (Vivalis, 2023).

Cette architecture multi-niveaux produit un paysage institutionnel particulièrement dense, où des acteurs aux mandats et aux logiques d'action très différents interviennent sur une même problématique.

4.2.3 La coordination interfédérale : nécessaire mais imparfaite

Face à cette fragmentation, il existe un mécanisme de coordination interfédérale: le groupe de travail tabac de la Cellule générale de politique drogues, qui réunit le SPF Santé publique, l'AVIQ, Vivalis, l'Agentschap Zorg en Gezondheid et les cabinets ministériels concernés (SPF Santé publique, 2022). C'est au sein de cette structure qu'a été élaborée la Stratégie interfédérale 2022-2028 et discutées les différentes mesures du plan (AVIQ, communication personnelle, 2026).

Interrogé sur la qualité de cette coordination, un employé de l'AVIQ répond "oui, mais". Selon lui, l'espace interfédéral facilite l'organisation pratique, mais l'adoption de nouvelles mesures se heurte régulièrement à des intérêts divergents entre cabinets. Il cite le Plan interfédéral Alcool, où une distinction entre bières et spiritueux a été maintenue malgré des avis d'experts rappelant que "1 g d'éthanol est 1 g d'éthanol, qu'il soit dans une bière ou dans un porto", logique qu'on retrouve dans le choix du critère des 400 m² pour le tabac (AVIQ, communication personnelle, 2026). Les intérêts d'un cabinet Santé et d'un cabinet Économie ne sont pas les mêmes et structurent les négociations de façon permanente.

Cette architecture multi-niveaux ne signifie toutefois pas que la fragmentation des compétences explique à elle seule les difficultés rencontrées par la mesure étudiée. Un fonctionnaire du SPF Santé publique souligne que, pour une mesure clairement identifiée comme fédérale telle que l'interdiction de vente dans certains commerces, la fragmentation n'est pas en soi un véritable obstacle, dès lors que cette compétence est reconnue comme telle par l'ensemble des acteurs concernés. Selon lui, les effets négatifs de cette fragmentation se font davantage sentir lorsque des mesures législatives fédérales gagneraient à être accompagnées de campagnes de prévention spécifiquement articulées à ces réformes, mais que ces campagnes ne peuvent pas être mises en place ou amplifiées faute de coordination et de budgets suffisants au niveau des entités fédérées (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026).

Cette tension entre coordination formelle et arbitrages politiques rejoint l'analyse de De Winter (2021), pour qui le fédéralisme belge tend à creuser l'écart entre décisions et mise en œuvre dans le secteur de la santé en raison de la multiplicité des niveaux institutionnels. Dans les termes de Shiffman et Smith (2007), l'absence d'une institution coordinatrice dotée d'un mandat suffisamment clair constitue une faiblesse structurelle de la politique antitabac belge, et contribue à expliquer pourquoi une mesure fédérale peut rester juridiquement et politiquement fragile, et pourquoi son impact reste limité lorsqu'aucune campagne de prévention coordonnée ne vient la soutenir.

Le tableau qui se dégage est celui d'un problème de santé publique grave et bien documenté, pris en charge dans un cadre institutionnel qui en complique structurellement la résolution. Ce n'est pas un détail de contexte : c'est une contrainte de fond qui pèsera sur chacune des étapes de la genèse de la mesure, reconstituée dans le chapitre suivant.

Chapitre 5 : Genèse de l'interdiction de vente de tabac dans les grandes surfaces

5.1 Le Plan interfédéral 2022-2028 : une rupture stratégique

Pendant plusieurs décennies, la politique antitabac belge a été caractérisée par une approche réactive et fragmentée. Les mesures étaient adoptées au cas par cas, sans vision d'ensemble ni objectifs chiffrés, souvent sous l'impulsion de pressions internationales ou de crises ponctuelles plutôt que d'une stratégie délibérée de long terme (Joossens, 2017). L'adoption de la Stratégie interfédérale pour une génération sans tabac, le 14 décembre 2022, marque une rupture assez nette avec cette logique d'improvisation. Pour la première fois, l'ensemble des niveaux de pouvoir belges s'entendent sur une vision commune et des objectifs chiffrés : ramener la prévalence du tabagisme quotidien à 10 % d'ici 2028 et à 5 % d'ici 2040, et tendre vers zéro nouveau consommateur de produits de tabac (SPF Santé publique, 2022). Ce qui change, ce n'est pas seulement l'ambition affichée, c'est le fait qu'elle s'accompagne pour la première fois d'un calendrier d'action coordonné entre niveaux de pouvoir.

La stratégie est structurée autour de quinze objectifs spécifiques, couvrant des domaines aussi variés que la fiscalité, la prévention, le sevrage tabagique, la réglementation des produits et la réduction de la disponibilité du tabac. C'est dans ce dernier domaine que s'inscrit l'Action 8.1, qui constitue l'objet central de ce mémoire. Celle-ci prévoit l'interdiction de la vente de produits de tabac via les automates, dans les établissements horeca, dans les points de vente non permanents et dans les commerces alimentaires de plus de 400 m², ainsi que le lancement d'une étude analysant l'impact sanitaire et économique de différents scénarios de réduction supplémentaire du nombre de points de vente (SPF Santé publique, 2022). L'ambition affichée est de réduire progressivement la disponibilité du tabac. Les canaux de vente ciblés en priorité sont ceux les plus visibles et fréquentés par les jeunes non-fumeurs, dans une logique de dénormalisation du tabagisme.

5.2 L'industrie du tabac comme acteur de blocage structurel

Pour comprendre les conditions dans lesquelles la loi du 21 mars 2024 a été élaborée, il est nécessaire de situer l'action de l'industrie du tabac comme toile de fond permanente du processus politique. Luk Joossens, qui documente ces dynamiques depuis plus de quarante ans, est sans ambiguïté sur ce point : l'industrie ne se contente pas d'une opposition frontale aux politiques publiques. Elle opère de façon bien plus sophistiquée, en cherchant à empêcher, retarder ou affaiblir toute régulation susceptible de réduire la consommation (Joossens, 2017).

Les tactiques mobilisées sont variées. Semer le doute sur les preuves scientifiques disponibles est l'une des plus classiques. Exagérer les coûts économiques des régulations en agitant le spectre des pertes d'emplois en est une autre. L'industrie finance par ailleurs ses propres campagnes de prévention ou dispositifs d'autorégulation, dont l'inefficacité est pourtant bien documentée, précisément pour occuper le terrain et se présenter comme un acteur responsable. Mais la tactique peut-être la plus efficace est plus discrète : il s'agit de fragmenter les politiques de l'intérieur, en obtenant l'introduction d'exceptions, de seuils ou de dérogations qui en réduisent considérablement la portée réelle sans en contester formellement le principe (Joossens, 2017). Les recours judiciaires s'inscrivent dans la même logique : ils visent moins à obtenir gain de cause qu'à ralentir le processus politique et à épuiser les ressources des organisations de santé publique (Cnockaert et al., 2025).

En Belgique, ces stratégies sont bien identifiées. Selon le Tobacco Industry Interference Index 2025, l'industrie passe principalement par des groupes-relais : les fédérations de marchands de journaux Perstablo et Prodipresse. Ces dernières maintiennent des contacts directs avec des ministres fédéraux et soumettent leurs mémorandums électoraux aux partis politiques avant chaque scrutin (Cnockaert et al., 2025).

Cette présence dans les réseaux politiques se fait sans encadrement ni transparence, en l'absence de tout registre des lobbyistes ou de code de conduite formalisé pour les fonctionnaires en contact avec l'industrie (Cnockaert et al., 2025). Le rapport de conformité belge à l'OMS reconnaît d'ailleurs officiellement cette lacune, tout en identifiant l'ingérence de l'industrie comme l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre des politiques antitabac (OMS/FCTC, 2025).

C'est dans cet environnement peu encadré que la mesure a été négociée. Et c'est sans doute en partie pour cette raison qu'elle a finalement été adoptée dans une forme sensiblement affaiblie par rapport aux ambitions initiales du Plan interfédéral.

5.3 L'Action 8.1 et l'émergence du critère des 400 m²

L'Action 8.1 du Plan interfédéral prévoit initialement une mise en œuvre progressive jusqu'au 1er janvier 2028. La fiche action détaillée décrit une séquence en trois temps : une première phase ciblant les automates et l'horeca, une deuxième visant les commerces alimentaires de plus de 400 m², et une troisième dont le contenu devait être défini sur la base des résultats d'une étude d'impact à conduire entre-temps (SPF Santé publique, 2022). L'interdiction dans les

grandes surfaces n'était donc pas conçue comme une mesure finale, mais comme une étape intermédiaire dans un processus de réduction progressive des points de vente.

La question du critère des 400 m² mérite une attention particulière, car elle est au cœur de la fragilité ultérieure de la mesure. Lors des travaux préparatoires de la stratégie interfédérale, le SPF Santé publique a pris contact avec le SPF Économie pour identifier si une définition légale existante du supermarché pouvait être utilisée pour délimiter les commerces visés (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026). Il est ressorti de ces discussions qu'il n'existait pas de définition légale du supermarché en droit belge, mais que les commerces alimentaires de plus de 400 m² étaient soumis à une autorisation socio-économique régionale spécifique (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026). C'est ce critère administratif préexistant, sans lien avec les risques sanitaires liés au tabac, qui a été retenu comme seuil opérationnel, ainsi que le Conseil d'État le confirme dans son avis (avis n° 74.604/3, DOC 55 3764/001).

Cette origine est documentée en détail au chapitre 7.2, qui reconstitue la triangulation de cinq sources indépendantes confirmant l'absence de base sanitaire du critère.

5.4 De la stratégie à la loi : l'accélération du calendrier

Entre l'adoption du Plan interfédéral en décembre 2022 et le dépôt du projet de loi en janvier 2024, un changement majeur intervient dans le calendrier de mise en œuvre. Alors que la fiche action du Plan prévoyait l'interdiction dans les grandes surfaces pour le 1er janvier 2028 (SPF Santé publique, 2022), le projet de loi déposé par le gouvernement Vivaldi le 11 janvier 2024 fixe l'entrée en vigueur au 1er avril 2025, soit trois ans avant l'échéance initialement prévue (DOC 55 3764/001).

Cette compression du calendrier s'explique d'abord par la logique propre aux fins de législation. Le gouvernement Vivaldi savait que son mandat s'achèverait avec les élections fédérales de juin 2024, ce qui créait une pression temporelle réelle pour concrétiser les engagements du Plan interfédéral avant la dissolution du Parlement (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026). On reconnaît là, dans les termes de Kingdon, une fenêtre d'opportunité politique classique : un problème documenté, des solutions déjà disponibles, et un contexte électoral qui pousse à agir vite plutôt qu'à agir bien. Cette conjoncture favorise l'adoption rapide de certaines mesures, même dans des délais contraints (Kingdon, 2014).

Un représentant du SPF Santé publique impliqué dans le processus précise que les dates inscrites dans la stratégie interfédérale doivent être comprises comme des balises indicatives : le plan fonctionne comme une feuille de route dont les échéances peuvent être ajustées lors des réunions intercabinets et au Conseil des ministres, pour autant qu'un accord politique soit trouvé au sein de la majorité. Il ajoute que la décision finale reflète un deal politique au sein de la coalition gouvernementale, dans lequel les considérations techniques et scientifiques cèdent la place aux arbitrages entre partis : à un certain moment, les experts et fonctionnaires n'ont plus voix au chapitre (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026). Suzanne Gabriels, responsable du plaidoyer à la Fondation contre le Cancer, confirme que la mesure est le produit d'un compromis politique trouvé dans le groupe de travail Tabac de la Cellule Drogue, et non d'une initiative parlementaire (entretien Gabriels, 2026).

5.5 Le processus législatif et les avertissements du Conseil d'État

L'avant-projet de loi est soumis à l'avis du Conseil d'État le 5 octobre 2023. Dans son avis rendu le 27 novembre 2023, la section de législation formule des critiques substantielles sur la compatibilité du critère des 400 m² avec le principe d'égalité et de non-discrimination garanti par les articles 10 et 11 de la Constitution belge (avis n° 74.604/3, DOC 55 3764/001). Le Conseil d'État relève que la superficie d'un commerce alimentaire est sans rapport avec les risques sanitaires liés aux produits de tabac. Il note qu'il n'est pas démontré que les commerces de moins de 400 m² attireraient un public moins sensible à ces risques, et que le recours au permis d'environnement régional comme critère de délimitation n'est pas pertinent, l'objectif de ce permis étant étranger aux considérations de santé publique. Le Conseil d'État recommande au gouvernement de préciser, dans l'exposé des motifs, sur quelles bases factuelles ou scientifiques repose le critère retenu. Il suggère également de consulter le Conseil Supérieur de la Santé sur l'avant-projet.

La réponse du gouvernement est partielle. Dans la version finale de l'exposé des motifs, il avance trois arguments : la logique de dénormalisation du tabac, la fréquence élevée des visites dans les grandes surfaces et le moindre impact économique d'une interdiction ciblée sur les commerces disposant d'une offre diversifiée (exposé des motifs, DOC 55 3764/001). Ces justifications restent toutefois insuffisantes au regard des critiques formulées : aucune donnée probante n'est produite, et le Conseil Supérieur de la Santé n'est pas consulté. La loi est adoptée le 21 mars 2024 avec le même critère de 400 m², malgré ces réserves non résolues (DOC 55 3764/001).

5.6 La judiciarisation et l'arrêt de la Cour constitutionnelle

Dès l'adoption de la loi, cinq recours distincts sont introduits devant la Cour constitutionnelle entre le 27 septembre et le 2 octobre 2024, joints sous les numéros 8330, 8335, 8336 et 8338. Quatre parties sont à l'origine de ces recours : l'ASBL Buurtsuper.be et la SRL Super De Meyer, Luc Lamine en tant que personne physique, la SRL Philip Morris Benelux, et la société de droit néerlandais JT International Company Netherlands (arrêt n° 143/2025, 6 novembre 2025).

Cette configuration révèle deux logiques d'opposition distinctes. D'un côté, les acteurs de l'industrie du tabac, Philip Morris Benelux et JT International Company Netherlands, attaquent plusieurs dispositions de la loi : l'interdiction de vente dans les commerces alimentaires de plus de 400 m², l'interdiction d'exposition des produits dans les points de vente et les nouvelles sanctions pénales. Leurs arguments s'appuient sur la liberté d'entreprendre, le principe de légalité pénale et la libre circulation des marchandises au sein de l'Union européenne. De l'autre côté, l'ASBL Buurtsuper.be et la SRL Super De Meyer, représentant les commerces de proximité, concentrent quant à eux leur recours sur le critère des 400 m². Ils invoquent l'égalité de traitement entre grands et petits commerces alimentaires, arguant que la superficie n'est pas un critère pertinent au regard de la santé publique et que la mesure provoquera un simple glissement des ventes vers les petits commerces. Enfin, Luc Lamine soulève une incohérence interne à la loi : celle-ci interdit la vente de tabac dans les grandes surfaces alimentaires, mais continue de la tolérer dans des commerces non alimentaires (magasins de vêtements, de meubles,...). Cela contredit l'objectif de santé publique affiché (arrêt n° 143/2025).

Par son arrêt du 6 novembre 2025, la Cour constitutionnelle annule l'article 6, § 10, de la loi du 24 janvier 1977, tel qu'inséré par la loi du 21 mars 2024, sur la base des articles 10 et 11 de la Constitution. Elle juge que l'interdiction de vente dans les commerces alimentaires de plus de 400 m², sans interdiction équivalente dans les commerces de moins de 400 m², constitue une discrimination injustifiée au sein d'une même catégorie de commerces (arrêt n° 143/2025, B.58). La Cour reprend mot pour mot l'observation formulée dès novembre 2023 par le Conseil d'État. La superficie d'un commerce alimentaire n'a aucun rapport avec les risques sanitaires liés aux produits de tabac. Le recours au permis d'environnement régional comme critère de délimitation est reconnu comme étranger aux considérations de santé publique (arrêt n° 143/2025, B.57.1).

La Cour valide cependant l'objectif général de la mesure et indique presque explicitement qu'une interdiction universelle dans tous les commerces alimentaires, sans distinction de superficie, aurait été constitutionnellement défendable. Elle maintient par ailleurs les effets de la disposition annulée jusqu'au 31 décembre 2026, afin de laisser au législateur le temps d'adopter une nouvelle mesure conforme à la Constitution (arrêt n° 143/2025, B.60). Un fonctionnaire du SPF Santé publique relativise la portée de cet épisode judiciaire : l'administration est habituée à voir les législations antitabac faire l'objet de recours, et ce de façon quasi systématique. L'attaque en justice n'était donc pas une surprise (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026).

5.7 Une priorité politique fragile et réversible

Au moment de la finalisation de ce mémoire, en mai 2026, le dénouement est désormais connu. Le ministre de la Santé publique Frank Vandenbroucke a renoncé à élaborer une nouvelle loi pour remplacer la mesure annulée. Les supermarchés seront à nouveau autorisés à vendre des produits du tabac à partir du 1er janvier 2027. L'interdiction d'exposition reste néanmoins en vigueur, obligeant tous les points de vente à maintenir le tabac hors de vue des clients (RTBF, 5 mai 2026).

Ce dénouement n'est pas uniquement le produit de la contrainte juridique. Afin d'amener le MR à se montrer plus souple sur la question de l'interdiction des arômes dans les cigarettes électroniques, Frank Vandenbroucke a fait un geste en faveur du parti de Georges-Louis Bouchez en cédant sur la vente de tabac dans les supermarchés. "Pour moi, c'était un compromis", a admis le ministre (The Belgium Times, 5 mai 2026). La fédération des marchands de journaux et de tabac Perstablo a réagi avec indignation, dénonçant "du marchandage au plus haut niveau" (Van Rompaey, 2026).

Ce dénouement donne corps au fil conducteur de ce mémoire. Une mesure de santé publique a été adoptée dans une fenêtre d'opportunité politique étroite, juridiquement fragilisée dès le départ par un critère arbitraire, puis abandonnée comme monnaie d'échange dans une négociation de coalition. Ce qui avait été présenté comme une priorité de santé publique est devenu, en définitive, une variable d'ajustement.

PARTIE IV : Analyse par le cadre de Shiffman & Smith

Chapitre 6 : Le pouvoir des acteurs

6.1 La communauté politique antitabac : une coalition structurée mais asymétrique

La première dimension du cadre de Shiffman et Smith, le pouvoir des acteurs, révèle dans le cas belge une configuration paradoxale : une communauté pro-santé bien organisée et dotée d'une légitimité scientifique reconnue, mais structurellement désavantagée face à des opposants disposant de ressources juridiques, financières et politiques considérablement plus importantes.

La communauté politique antitabac en Belgique s'est progressivement structurée autour de l'Alliance pour une Société sans Tabac, qui regroupe la Fondation contre le Cancer, Kom op tegen Kanker, le Fonds des affections respiratoires, le Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme, la Ligue Cardiologique Belge, le Vlaams Instituut Gezond Leven et la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023). Cette coalition publie des mémorandums électoraux, organise des campagnes de sensibilisation et entretient des relations régulières avec les décideurs politiques. Elle dispose d'une légitimité scientifique forte, adossée aux données épidémiologiques de Sciensano et aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé.

Cette coalition présente cependant des limites structurelles importantes. Comme le montre l'étude de Lorant et al. (2025), l'Alliance n'est pas parvenue à mobiliser un soutien politique suffisamment large au-delà des partis traditionnellement acquis à la cause de la santé publique. Sur les quinze mesures de son mémorandum, seules les politiques préventives dites douces font l'objet d'un consensus entre partis. Dès qu'il s'agit de mesures régulatrices plus structurelles, comme la restriction des points de vente, la résistance s'organise. Elle réunit des partis de droite et de gauche autour d'arguments économiques et de liberté individuelle.

6.2 Le leader politique : Frank Vandenbroucke comme entrepreneur de politique publique

Dans le modèle de Kingdon, le rôle de l'entrepreneur de politique publique est déterminant pour transformer une fenêtre d'opportunité en décision concrète. Dans le cas de la loi du 21 mars 2024, cet entrepreneur est Frank Vandenbroucke, ministre fédéral de la Santé publique au sein du gouvernement Vivaldi.

C'est sous son impulsion directe que la Stratégie interfédérale 2022-2028 a été élaborée et adoptée, rompant avec des décennies d'improvisation et de fragmentation. Il est aussi le signataire de l'exposé des motifs du projet de loi déposé le 11 janvier 2024. Luk Joossens, qui suit la politique antitabac belge depuis plus de quarante ans, est sans équivoque sur ce point : Vandembroucke est selon lui le meilleur ministre de la Santé depuis cinquante ans, parce qu'il a eu la capacité et la volonté d'inscrire l'action publique dans une logique d'étapes progressives avec des objectifs mesurables (entretien Joossens, avril 2026).

Cependant, le rôle de Vandembroucke comme entrepreneur illustre aussi les limites structurelles de ce type de leadership. Sa capacité à faire adopter la mesure dépendait de sa position au sein d'une coalition gouvernementale traversée par des intérêts divergents. Comme le révèle un fonctionnaire du SPF Santé publique impliqué dans le processus, à un certain moment, les experts et fonctionnaires du SPF Santé publique n'ont plus leur mot à dire : la décision finale appartient aux arbitrages politiques entre partis de la coalition, dans lesquels les considérations sanitaires ne sont qu'un facteur parmi d'autres (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026). Cette tension entre le leadership d'un ministre porteur et les contraintes de la coalition gouvernementale est une caractéristique structurelle de la politique belge.

6.3 Les opposants : une coalition de blocage aux ressources asymétriques

Face à la coalition pro-santé, les opposants à la mesure disposent de ressources considérablement plus importantes. Ils se répartissent en deux catégories distinctes, dont les intérêts convergent sans être identiques.

La première catégorie regroupe les acteurs de l'industrie du tabac, principalement Philip Morris Benelux et JT International. Leur stratégie d'opposition ne se déploie pas principalement dans l'arène parlementaire, mais dans les tribunaux. Luk Joossens confirme cette analyse : l'industrie dispose d'une armée d'avocats et utilise les recours juridiques comme instrument de blocage systématique, sachant pertinemment que les organisations de santé publique n'ont pas les ressources nécessaires pour défendre la loi dans ces procédures (entretien Joossens, avril 2026).

Cette stratégie de judiciarisation est d'autant plus efficace que le système juridique belge crée un déséquilibre structurel entre les parties. Devant la Cour constitutionnelle, les associations de santé publique n'ont pas la qualité pour intervenir en défense de la loi : seul le gouvernement peut défendre sa propre législation, tandis que l'industrie peut mobiliser des ressources

juridiques illimitées pour l'attaquer (entretien Joossens, avril 2026). L'arrêt n° 143/2025 l'illustre concrètement : les quatre recours introduits par Philip Morris, JT International, Buurtsuper.be et Super De Meyer n'ont rencontré comme défenseur que le gouvernement fédéral, sans que les organisations de santé publique aient pu faire valoir leurs arguments devant la Cour (arrêt n° 143/2025). Le rapport de Cnockaert et al. (2025) montre que l'industrie du tabac a systématiquement contesté en justice chaque nouvelle réglementation belge, une stratégie de retardement coûteuse que les organisations de santé publique n'ont pas les moyens de contrer. Ce déséquilibre institutionnel constitue une faille majeure du système belge de protection des politiques de santé publique contre l'ingérence de l'industrie, d'autant plus que les mécanismes prévus par l'article 5.3 de la CCLAT pour encadrer ces interactions restent largement non implémentés (Cnockaert et al., 2025 ; rapport OMS/FCTC, 2025).

La deuxième catégorie d'opposants regroupe les acteurs du commerce alimentaire, notamment les représentants des commerces de proximité regroupés au sein de l'ASBL Buurtsuper.be. Leur opposition repose sur un argument différent de celui de l'industrie : non pas une contestation du principe de réduction des points de vente, mais une dénonciation de la discrimination entre grandes et petites surfaces que le critère des 400 m² introduit au sein d'une même catégorie de commerces (arrêt n° 143/2025). C'est précisément cet argument qui a convaincu la Cour constitutionnelle, comme en témoigne l'arrêt n° 143/2025, B.58. Le fait que des acteurs du commerce alimentaire aient pu rejoindre le recours de l'industrie du tabac révèle l'une des conséquences les plus dommageables du critère arbitraire retenu : il a créé une alliance objective entre des acteurs aux intérêts pourtant très différents, renforçant considérablement la coalition de blocage (arrêt n° 143/2025 ; entretien Joossens, avril 2026).

Cette coalition de blocage s'inscrit elle aussi dans un jeu à plusieurs niveaux. Le rapport « Behind Closed Doors » montre en effet que l'industrie du tabac ne limite pas son action aux arènes nationales, mais mobilise également les institutions européennes comme relais pour contester ou affaiblir des politiques antitabac adoptées par des États, y compris non membres de l'UE. Philip Morris International, en particulier, est documenté pour avoir sollicité la direction générale du Commerce afin qu'elle présente certaines réglementations nationales, portant notamment sur les produits de tabac chauffé, comme des barrières commerciales dans des enceintes comme l'Organisation mondiale du commerce. Cette capacité à combiner recours juridiques nationaux et pressions via les instruments du commerce international souligne que

l'asymétrie de ressources observée dans le cas belge n'est qu'une manifestation locale d'une stratégie globale cohérente (Contre-Feu et STOP, 2025).

Par ailleurs, le rapport Cnockaert et al. (2025) documente le rôle des fédérations de marchands de journaux, notamment Perstablo et Prodipresse, comme groupes-relais de l'industrie du tabac. Ces fédérations ont exercé un lobbying actif auprès de membres du gouvernement et ont obtenu des signaux d'ouverture explicites de la part du ministre des Indépendants et des PME (Cnockaert et al., 2025). Ce lobbying est analytiquement important : la loi des 400 m² ciblait les grandes surfaces et épargnait les petits commerces, dont les press shops, ce qui suggère que cette pression a contribué à façonner les contours de la mesure.

6.4 Les partis de droite comme frein structurel, le MR comme acteur conjoncturel

Le scoreboard publié par l'Alliance pour une Société sans Tabac avant les élections fédérales de 2024 permet de situer assez précisément les positions partisans. Le MR, la N-VA et l'Open VLD y apparaissent comme opposés à l'interdiction de vente dans certains types de points de vente, à l'instauration d'un système de licence pour les détaillants, et aux mesures de transparence encadrant les contacts entre l'industrie et les décideurs publics (Alliance pour une Société sans Tabac, 2024). Ces mêmes partis se montrent en revanche favorables aux hausses d'accises et aux campagnes de prévention. Lorant et al. (2025) ont un mot pour qualifier ce positionnement : ils parlent de "frenemies", soit un soutien affiché à la lutte contre le tabac qui coexiste avec une opposition systématique aux mesures qui auraient le plus d'effet.

Ce qui est intéressant dans l'étude de Lorant et al. (2025), c'est qu'elle ne s'arrête pas au constat mais cherche à comprendre les narratifs qui fondent cette opposition. Quatre thèmes reviennent de façon récurrente dans les prises de position des partis réticents. Le premier porte sur l'efficacité : plusieurs partis avancent que les hausses de taxes n'ont pas vraiment fait reculer le tabagisme et risquent surtout de stimuler le marché noir ou les achats transfrontaliers. C'est un argument que l'industrie du tabac produit régulièrement, sans base empirique solide. Le deuxième thème est celui de l'équité territoriale, avec l'idée que restreindre les points de vente pénaliserait les zones rurales et les petits commerces de proximité. Le troisième est un argument de faisabilité : pourquoi aller plus loin quand les règles existantes ne sont déjà pas pleinement respectées ? Le quatrième est sans doute le plus révélateur sur le plan idéologique. Fumer y est présenté comme un choix personnel d'adultes informés, sur lequel l'État n'a pas à se prononcer. Lors du forum de mars 2024, un représentant d'un parti de droite a poussé cette logique jusqu'à

comparer le choix de fumer à une préférence alimentaire, estimant qu'il n'était pas de son ressort de dicter aux gens ce qu'ils mettent dans leur assiette (Lorant et al., 2025). Ces quatre narratifs ne reposent pas sur les données disponibles mais servent à légitimer des positions politiques arrêtées sur d'autres bases, ce que Bogenschneider et Corbett (2021) analysent précisément comme un usage instrumental de la recherche.

Au niveau conjoncturel, c'est plus spécifiquement le MR qui a joué le rôle de frein décisif dans le cas étudié. Dès l'adoption de la loi du 21 mars 2024, des sources proches du gouvernement Vivaldi indiquent que le critère des 400 m² avait été retenu précisément sous la pression du MR et de l'Open VLD, qui s'opposaient à une interdiction plus large (Swysen, 2026). Lors des négociations au sein du gouvernement Arizona pour trouver une mesure de remplacement conforme à la Constitution, le même clivage s'est reproduit, opposant à nouveau Vooruit et le MR (Swysen, 2026).

C'est finalement un accord politique explicite, sans lien avec les considérations sanitaires, qui a mis fin au dossier lors du Conseil des ministres du 30 avril 2026. Ce jour-là, deux dossiers sans lien apparent ont été adoptés simultanément : d'une part, l'extension des flexi-jobs à l'ensemble des secteurs privé et public, une mesure inscrite dans l'accord de gouvernement Arizona et portée par le MR (Conseil des ministres, 30 avril 2026) ; d'autre part, l'interdiction des arômes dans les cigarettes électroniques, une mesure de santé publique portée par Vandenbroucke. Ces deux dossiers étaient en réalité étroitement imbriqués depuis plusieurs semaines : Vooruit avait couplé son accord sur l'extension des flexi-jobs à l'adoption de l'interdiction des arômes, tandis que le MR conditionnait son accord sur les vapes à l'abandon de toute mesure de remplacement de l'interdiction dans les supermarchés (Trends Tendances, 5 mai 2026). *"Pour moi, c'était donnant-donnant"*, a reconnu le ministre Vandenbroucke (Trends Tendances, 5 mai 2026). Luk Joossens désigne les résistances libérales francophones comme un obstacle récurrent aux mesures antitabac les plus ambitieuses en Belgique. Selon lui, l'opposition à certaines mesures reflète moins une analyse des données disponibles qu'un positionnement idéologique ancré dans une conception de la liberté de marché et du choix individuel (entretien Joossens, avril 2026).

Bogenschneider et Corbett (2021) parlent d'usage instrumental de la recherche. Les arguments économiques et idéologiques mobilisés pour s'opposer aux mesures antitabac ne reposent pas sur les données disponibles, mais servent à légitimer des positions politiques arrêtées sur d'autres bases. Lorant et al. (2025) documentent ce même mécanisme dans le cas belge.

6.5 Les lacunes institutionnelles de protection contre l'ingérence

Un dernier élément structurel mérite d'être souligné dans l'analyse du pouvoir des acteurs : l'absence quasi totale de mécanismes institutionnels de protection des politiques de santé publique contre l'ingérence de l'industrie du tabac, tels que prévus par l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

La Belgique a ratifié la CCLAT en 2005 et en a fait le premier objectif spécifique du Plan interfédéral 2022-2028. Pourtant, les mécanismes concrets que l'article 5.3 prescrit pour protéger les politiques publiques de l'influence de l'industrie n'ont pas été mis en place. Le rapport Cnockaert et al. (2025) est assez explicite sur ce point : il n'existe pas de registre de transparence opérationnel pour les contacts entre l'industrie et les décideurs, pas de code de conduite formalisé pour les fonctionnaires impliqués dans la politique tabac, pas d'encadrement du "revolving door" entre secteur public et industrie, et pas de politique de gestion des conflits d'intérêts. Ce qui est peut-être le plus frappant, c'est que la Belgique reconnaît elle-même ces lacunes dans son rapport de conformité à l'OMS pour la période 2023-2024 (rapport OMS/FCTC, 2025).

Le résultat pratique de cette situation est assez concret. L'industrie du tabac peut passer par des groupes-relais, entretenir des contacts directs avec des ministres ou des fonctionnaires, et mobiliser les procédures judiciaires pour contester les décisions législatives qui la dérangent, le tout sans que ces interactions soient tracées, encadrées ou soumises à la moindre exigence de transparence.

Comme le souligne Nora Mélard, chercheuse à la Fondation contre le Cancer, l'article 5.3 de la CCLAT vise à protéger les politiques publiques de l'influence des intérêts commerciaux liés au tabac, mais dans la pratique cette influence persiste, notamment via des contacts entre l'industrie et des ministères autres que celui de la Santé (entretien Mélard, 2026). Cette lacune institutionnelle constitue l'un des facteurs structurels les plus déterminants pour comprendre pourquoi la priorité politique accordée à la lutte contre le tabagisme en Belgique reste fragile et réversible, même lorsqu'elle parvient à se traduire en décisions législatives formelles (Shiffman & Smith, 2007).

Ces lacunes ne sont pas seulement une faiblesse de la coalition pro-santé. Elles constituent aussi une défaillance du contexte institutionnel belge, dans lequel l'État n'a pas développé les

mécanismes nécessaires pour protéger ses propres politiques de santé publique contre les intérêts privés organisés. Dans ce contexte, la solidité de la mesure ne pouvait pas reposer sur les seuls acteurs qui la portaient. La dimension suivante permettra d'examiner si le cadrage scientifique compensait, ou au contraire aggravait, cette vulnérabilité.

Chapitre 7 : Le pouvoir des idées

7.1 La crédibilité scientifique du principe : réduire les points de vente comme levier de santé publique

Le pouvoir des idées, deuxième dimension du cadre, révèle dans le cas de l'interdiction de vente une tension fondamentale : un principe scientifiquement validé, traduit en un critère opérationnel arbitraire, produisant une mesure dont la légitimité politique s'est révélée aussi fragile que sa base juridique.

Le principe général sur lequel repose la mesure est solidement ancré dans la littérature internationale de santé publique. La réduction du nombre de points de vente de produits de tabac est classée parmi les « best buys » de l'Organisation mondiale de la Santé, c'est-à-dire les interventions dont le rapport coût-efficacité est le plus favorable pour réduire la consommation de tabac (SPF Santé publique, 2022). Une densité élevée de points de vente agit sur plusieurs leviers : elle accroît l'accessibilité physique du tabac, multiplie l'exposition aux stimuli visuels déclenchant des achats impulsifs, renforce la perception sociale que fumer est une norme acceptable, et facilite l'accès des jeunes qui disposent de moins de moyens pour se déplacer vers des points de vente éloignés (Monshouwer et al., 2014). Deux analyses récentes confirment ce lien : une densité plus faible de points de vente réduit la probabilité de fumer chez les adolescents (Finan et al., 2019, cité dans Nagelhout et al., 2023) comme chez les adultes (Lee et al., 2022, cité dans Nagelhout et al., 2023).

Selon l'Alliance pour une Société sans Tabac, une disponibilité élevée des produits de tabac augmente la consommation et le risque d'initiation parmi les jeunes non-fumeurs, en normalisant la présence du tabac dans les espaces du quotidien et en facilitant les achats impulsifs (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023). En Belgique, le système de traçabilité des produits à base de tabac a permis d'établir que le nombre de points de vente s'élevait à plus de 20 000 au moment de l'adoption de la stratégie interfédérale, soit l'un des taux de densité les plus élevés d'Europe occidentale (SPF Santé publique, 2022).

7.2 L'échec de la traduction : le seuil de 400 m² sans base sanitaire

Si le principe de réduction des points de vente est scientifiquement validé, le seuil de 400 m² retenu pour opérationnaliser ce principe ne l'est pas. C'est là le point analytiquement central de ce chapitre, et l'un des apports les plus significatifs de cette recherche : la triangulation de cinq

sources indépendantes converge vers le même constat, à savoir que le critère des 400 m² n'a aucune base sanitaire et résulte d'un compromis politico-administratif.

Un fonctionnaire du SPF Santé publique impliqué dans l'élaboration de la mesure confirme sans ambiguïté que le seuil de 400 m² est purement administratif, emprunté au SPF Économie faute de définition légale du supermarché en droit belge, et qu'il n'a aucune justification scientifique (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026). Luk Joossens explique quant à lui que c'est l'aspect économique qui a joué dans le choix de ce seuil : il s'agissait de minimiser l'impact sur les petits commerces et de réduire le nombre d'acteurs susceptibles de s'y opposer, non de maximiser son efficacité sanitaire (entretien Joossens, avril 2026). Un chercheur co-auteur du rapport TSI/HIA réalisé par Sciensano confirme que le seuil de 400 m² n'est pas issu de l'analyse scientifique, qui a été conduite après que les décisions politiques essentielles avaient déjà été prises (échange mail, Sciensano, 2026). Un autre fonctionnaire du SPF Santé publique précise par ailleurs que le SPF ne dispose même pas de données précises sur la surface de chaque commerce : le critère est opérationnalisé via les permis régionaux, non via une mesure réelle des superficies (échange mail, SPF Santé publique, février 2026).

Ces témoignages convergent avec les positions des deux instances de contrôle les plus importantes de l'ordre juridique belge, le Conseil d'État et la Cour constitutionnelle, qui ont toutes deux confirmé que le critère des 400 m² est sans rapport avec les risques sanitaires liés aux produits de tabac (avis n° 74.604/3, DOC 55 3764/001 ; arrêt n° 143/2025, B.57.1).

Cette triangulation entre fonctionnaires, experts externes, chercheurs scientifiques et instances juridictionnelles converge vers le même constat. Ce que Bogenschneider et Corbett (2021) appellent l'usage instrumental de la recherche prend ici une forme concrète : la preuve scientifique a servi à justifier après coup une décision déjà orientée sur d'autres bases.

7.3 La séquence inversée : la science évalue après que la politique a décidé

L'un des aspects les plus révélateurs de ce cas est la séquence temporelle dans laquelle la science et la politique ont interagi. Bogenschneider et Corbett (2021) posent comme principe que l'évaluation scientifique précède la décision et en oriente les choix. Dans le cas de la loi du 21 mars 2024, c'est l'inverse qui s'est produit.

La fiche action détaillée du Plan interfédéral prévoyait, dès décembre 2022, le lancement d'une étude analysant l'impact sanitaire et économique de différents scénarios de réduction du

nombre de points de vente, en parallèle de la mise en œuvre de la première phase d'interdictions (SPF Santé publique, 2022). Cette étude, le rapport TSI/HIA réalisé par Sciensano et SEO Amsterdam Economics, n'a été publiée qu'en octobre 2024, soit six mois après l'adoption de la loi du 21 mars 2024 et cinq mois avant son entrée en vigueur prévue au 1^{er} avril 2025 (rapport TSI/HIA, 2024). L'analyse d'impact de la réglementation jointe au projet de loi reconnaît d'ailleurs explicitement qu'aucune analyse d'impact spécifique n'avait été réalisée au préalable, la case correspondante étant cochée « Non » dans le formulaire officiel (DOC 55 3764/001).

Cette séquence inversée a des conséquences analytiques importantes. Elle signifie que la décision d'interdire la vente dans les commerces de plus de 400 m² n'était pas fondée sur une évaluation de l'impact spécifique de ce critère, mais sur une logique de progressivité politique et d'opportunité administrative. La science est arrivée après, pour documenter les effets d'une décision déjà prise. Et les conclusions qu'elle a livrées sont peu rassurantes : le rapport TSI/HIA conclut que l'impact de la mesure de base sur la prévalence du tabagisme est relativement modeste, estimé à une réduction de 0,45 point de pourcentage d'ici 2040, en raison d'un effet de substitution massif vers d'autres points de vente non visés par l'interdiction (Croes et al., 2024). Comme le résume un chercheur co-auteur du rapport TSI/HIA, la science a posé le principe général, mais jamais validé le seuil spécifique (échange mail, Sciensano, 2026).

7.4 Le cadrage de l'enjeu : entre dénormalisation et protection des jeunes

Au-delà de la question de la base scientifique, le pouvoir des idées dans le cadre de Shiffman et Smith renvoie également à la manière dont l'enjeu est cadré dans le débat public et politique. Dans le cas belge, les porteurs de la mesure ont principalement recouru à deux cadrages distincts.

Le premier est celui de la dénormalisation du tabac. L'idée centrale est que la présence du tabac dans les grandes surfaces, fréquentées régulièrement par des familles avec enfants, contribue à normaliser ce produit dans l'espace social quotidien. Le retirer de ces rayons enverrait un signal symbolique fort sur le statut du tabac comme produit ordinaire de consommation (DOC 55 3764/001 ; SPF Santé publique, 2022). Ce cadrage permet d'ancrer la mesure dans une logique de long terme qui dépasse les effets directs sur la prévalence, et de la connecter au projet plus large d'une génération sans tabac.

Le second, plus opérationnel, est celui de la protection des jeunes non-fumeurs. L'exposé des motifs insiste sur le fait que les grandes surfaces attirent régulièrement des familles avec enfants, et que la disponibilité élevée du tabac dans ces espaces augmente le risque d'initiation parmi les jeunes non-fumeurs (DOC 55 3764/001). Suzanne Gabriels, responsable du plaidoyer à la Fondation contre le Cancer, souligne l'importance stratégique de ce cadrage : présenter la mesure comme une protection des enfants plutôt que comme une interdiction imposée aux adultes fumeurs modifie substantiellement sa résonance politique et son acceptabilité auprès d'un spectre plus large de décideurs (entretien Gabriels, 2026).

Ces deux cadrages ont cependant montré leurs limites dans l'arène judiciaire. La Cour constitutionnelle n'a pas contesté la légitimité de l'objectif de dénormalisation ni celle de la protection des jeunes, mais elle a jugé que ces objectifs ne permettaient pas de justifier une distinction entre commerces alimentaires selon le seul critère de leur superficie (arrêt n° 143/2025, B.57.2). Les deux cadrages ont donc suffi à faire adopter la loi, mais pas à la faire tenir devant la Cour constitutionnelle.

7.5 Les lacunes de données comme obstacle structurel à un cadrage fondé sur les preuves

Un dernier élément mérite d'être souligné dans l'analyse du pouvoir des idées : l'absence de données fiables sur les points de vente de tabac en Belgique constitue un obstacle structurel à la construction d'un cadrage scientifiquement solide. Le rapport TSI/HIA de Sciensano le documente explicitement : il n'existe pas de base de données complète et fiable sur les points de vente de tabac en Belgique (Croes et al., 2024). Pour réaliser son analyse, Sciensano a dû combiner trois sources imparfaites et partiellement contradictoires, à savoir les données du système Track and Trace du SPF, la base de données commerciale Locatus et une enquête Ipsos réalisée pour la Fondation contre le Cancer, avec des écarts importants entre les estimations selon les sources (Croes et al., 2024). Une responsable de l'Alliance pour une Société sans Tabac confirme cette lacune : l'absence de données systématiques sur les points de vente a contraint les acteurs à travailler sur des estimations approximatives, ce qui a affaibli la capacité à formuler des propositions précises et à en évaluer l'impact (échange mail, Alliance sans Tabac, 2026). Un fonctionnaire du SPF Santé publique précise par ailleurs que les données utilisées par le SPF pour identifier les commerces concernés sont des données commerciales achetées auprès d'un prestataire privé, qui ne reflètent pas nécessairement la réalité des commerces vendant effectivement des produits de tabac (échange mail, SPF Santé publique, février 2026). Cette lacune est officiellement reconnue par la Belgique dans son rapport de

conformité à l’OMS, qui identifie le manque de données nationales et de recherche comme l’un des principaux obstacles à la mise en œuvre des politiques antitabac (OMS/FCTC, 2025). L’Alliance pour une Société sans Tabac pointe dans son mémorandum l’absence d’un monitoring annuel de qualité comme un frein concret à l’élaboration de politiques antitabac précises et évaluables (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023). Dans les termes de Shiffman et Smith (2007), cette lacune affaiblit deux des dimensions les plus importantes du pouvoir des idées : la crédibilité des indicateurs disponibles et la capacité à démontrer l’efficacité des interventions proposées.

Le pouvoir des idées dans le cas belge est donc profondément clivé. Un principe solide, un critère qui ne l’est pas, et des lacunes structurelles en données qui ont rendu toute traduction sanitaire cohérente très difficile. C’est cette rupture qui a ouvert la brèche dans laquelle les opposants se sont engouffrés. Le chapitre suivant examine dans quelle mesure le contexte institutionnel l’a aggravée.

Chapitre 8 : Le contexte politique et institutionnel

8.1 La complexité institutionnelle belge comme contrainte structurelle

Le contexte politique et institutionnel belge, troisième dimension du cadre, est particulièrement déterminant en raison de la complexité institutionnelle de l'État fédéral et de la multiplicité des acteurs qui jalonnent le processus décisionnel.

Comme documenté en section 5.2, la répartition des compétences entre le niveau fédéral et les entités fédérées constitue une contrainte structurelle majeure pour toute politique antitabac ambitieuse. Cette difficulté à mettre en œuvre des politiques dans un contexte multi-niveau est bien documentée dans la littérature sur le fédéralisme et la santé. De Winter montre, à partir du cas du plan intégré de soins pour les maladies chroniques, que le fédéralisme belge, caractérisé par un empilement de couches institutionnelles et une répartition complexe des compétences, tend à accentuer l'«implementation gap» entre décisions et pratiques (De Winter, 2021).

Cette complexité est amplifiée par la structure même de la politique belge. Les gouvernements de coalition, composés de multiples partis aux sensibilités divergentes, doivent négocier chaque mesure dans un espace politique contraint par les intérêts de chaque composante de la majorité. Comme le montrent Lorant et al. (2025), les clivages en matière de politique antitabac ne suivent pas les lignes idéologiques traditionnelles mais reflètent des intérêts électoraux et économiques sectoriels. Constituer une majorité gouvernementale capable de porter des mesures ambitieuses en reste d'autant plus difficile. La notion de *particratie*, régulièrement évoquée dans les analyses de la politique belge, rend compte de cette réalité : les décisions importantes sont négociées entre partis au sein des coalitions, souvent loin des arènes parlementaires formelles (entretien Gabriels, 2026).

8.2 La CCLAT comme fenêtre d'opportunité normative

La complexité institutionnelle belge ne constitue pas le seul facteur structurant du contexte. Le cadre international de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a joué un rôle tout aussi déterminant, mais dans un sens opposé : celui d'un levier normatif qui a contribué à rendre la priorité politique possible. Ratifiée par la Belgique en novembre 2005, la CCLAT est le premier traité international en matière de santé. Elle engage les États parties sur un ensemble d'obligations couvrant à la fois la réduction de la demande et celle de l'offre de tabac.

Son article 5 est particulièrement important pour comprendre le cas belge. Il oblige chaque partie à élaborer et actualiser périodiquement des stratégies nationales de lutte antitabac, et à veiller à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux de l'industrie (CCLAT, article 5.3). C'est cet ancrage international qui a fourni aux acteurs pro-santé belges une ressource argumentative solide : plutôt que de défendre une préférence politique parmi d'autres, ils pouvaient se réclamer d'une obligation que la Belgique avait elle-même librement acceptée.

Nora Mélard, chercheuse à la Fondation contre le Cancer, souligne cet effet de légitimation dans les négociations gouvernementales : la CCLAT a changé le registre du débat, en faisant de la lutte antitabac non plus une option mais un engagement (entretien Mélard, 2026). Dans les termes de Kingdon, on pourrait dire que la Convention a maintenu ouverte une fenêtre normative dans le flux des solutions, en garantissant que des propositions de politiques antitabac restent présentes et disponibles dans les cercles spécialisés, bien avant que les conditions politiques pour les adopter soient réunies.

8.3 Le Plan interfédéral 2022-2028 comme fenêtre d'opportunité politique

L'adoption de la Stratégie interfédérale 2022-2028 en décembre 2022 résulte de la convergence de plusieurs facteurs favorables : la présence de Frank Vandenbroucke comme entrepreneur de politique publique au sein du gouvernement Vivaldi, la pression croissante des organisations de santé pour accélérer la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre de la CCLAT (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023), la présidence belge de l'Union européenne prévue pour le premier semestre 2024, identifiée par l'Alliance comme une occasion unique de peser sur les politiques européennes de prévention du tabagisme (SPF Santé publique, 2022 ; Alliance pour une Société sans Tabac, 2023), ainsi qu'un contexte de sortie de crise sanitaire où la gouvernance de la santé publique faisait l'objet d'un examen accru à la suite des évaluations de la réponse belge au Covid-19 (Sägers et Faniel, 2020 ; OCDE, 2023).

Cette fenêtre a permis de faire adopter une stratégie que les acteurs antitabac cherchaient à construire depuis plusieurs années. Comme le montre l'introduction du mémorandum de l'Alliance pour une Société sans Tabac, la stratégie interfédérale reprend de nombreuses mesures préconisées de longue date par la coalition antitabac, qui avaient circulé dans le flux des solutions sans trouver les conditions politiques pour leur adoption (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023). C'est un exemple typique du mécanisme décrit par Kingdon : les

solutions préexistaient, portées par des entrepreneurs persistants, et ont trouvé le bon moment politique pour émerger.

Cependant, cette fenêtre d'opportunité présentait une caractéristique importante qui en limitait la robustesse : elle était étroitement liée à la configuration spécifique du gouvernement Vivaldi et à la présence de Vandenbroucke comme ministre de la Santé. Comme le note Luk Joossens, auteur de *La guerre du tabac*, la politique antitabac belge a toujours été très dépendante de la personnalité et de la volonté du ministre en charge, ce qui la rend structurellement vulnérable aux changements de gouvernement (entretien Joossens, avril 2026).

8.4 L'accélération du calendrier comme symptôme de la fenêtre qui se referme

Un élément particulièrement révélateur du contexte politique dans lequel la loi du 21 mars 2024 a été adoptée est la compression spectaculaire du calendrier de mise en œuvre. Le Plan interfédéral prévoyait initialement l'interdiction dans les grandes surfaces pour le 1er janvier 2028. Le projet de loi déposé en janvier 2024 avance cette date au 1er avril 2025, soit trois ans plus tôt que prévu (DOC 55 3764/001 ; SPF Santé publique, 2022).

Un fonctionnaire du SPF Santé publique le formule clairement : la décision d'accélérer le calendrier relève d'une logique politique de fin de mandat, dans laquelle l'urgence de la décision prime sur la solidité de ses fondements (entretien anonyme, SPF Santé publique, avril 2026). Dans les termes de Kingdon (2014), les acteurs savent que la configuration politique favorable ne durera pas et cherchent à faire aboutir la mesure avant que l'opportunité disparaisse, quitte à en négliger les fondements juridiques.

Cette accélération a eu trois conséquences directes : l'étude d'impact prévue par le Plan interfédéral n'a pas été réalisée, les avertissements du Conseil d'État sur la fragilité du critère ont été ignorés, et la loi adoptée portait en elle une vulnérabilité juridique largement prévisible dès le départ. Dans la lignée de Bogenschneider et Corbett, la logique électorale a prévalu sur la logique de l'évidence : la fenêtre politique a été saisie au détriment de la robustesse de la solution adoptée (Bogenschneider & Corbett, 2021).

8.5 La comparaison néerlandaise : ce que la Belgique n'a pas fait

Pour comprendre pleinement les choix politiques et institutionnels belges, il est utile de les mettre en perspective avec l'approche adoptée par les Pays-Bas, régulièrement citée comme modèle par les acteurs antitabac belges.

Les Pays-Bas ont interdit la vente de tabac dans les supermarchés le 1er juillet 2024, une première mondiale (Nagelhout et al., 2023). L'évaluation de cette mesure fournit des données empiriques précieuses pour situer le cas belge.

L'impact sur le nombre de points de vente a été considérable. Entre 2017 et 2024, leur nombre est passé d'environ 29 000 à environ 4 000, soit une réduction de 22 000 points de vente en sept ans. L'interdiction dans les supermarchés à elle seule a supprimé environ 6 000 points de vente, qui représentaient 55 % des ventes totales de tabac avant la mesure. La distance moyenne entre un ménage et le point de vente le plus proche est passée de 558 à 872 mètres (Vermeulen & Van Casteren, 2025). Contrairement aux craintes exprimées par les opposants à ce type de mesure, l'ouverture de nouveaux magasins spécialisés n'a que marginalement compensé la disparition des supermarchés. Seules 120 nouvelles boutiques ont ouvert en 2024 (Vermeulen & Van Casteren, 2025).

Sur le plan des effets comportementaux, le rapport de 2026 établit, via une méthode par variables instrumentales, qu'au-delà d'un seuil de 250 mètres entre le domicile et le point de vente le plus proche, la probabilité de fumer diminue d'environ 1,05 point de pourcentage. À court terme, 23 000 adultes ont arrêté de fumer grâce à la mesure, soit 22 % de la baisse totale du tabagisme observée entre 2022 et 2024 aux Pays-Bas (Vermeulen & Van Casteren, 2026). L'effet est deux fois plus élevé dans les quartiers défavorisés, ce qui signifie que la mesure contribue également à réduire les inégalités sociales de santé.

Ces résultats sont analytiquement décisifs pour le cas belge. Ils démontrent que l'approche néerlandaise, fondée sur une interdiction universelle sans distinction de taille de commerce, est à la fois plus efficace sanitaires et plus solide juridiquement que le critère des 400 m² retenu en Belgique. Comme le souligne Luk Joossens, une interdiction universelle aurait été juridiquement inattaquable au regard du principe d'égalité, précisément parce qu'elle n'opère aucune distinction interne à une même catégorie de commerces (entretien Joossens, avril 2026). Le rapport TSI/HIA confirme cette analyse en montrant que les scénarios les plus ambitieux,

qui élargissent l'interdiction bien au-delà des seuls commerces de plus de 400 m², produisent des effets sanitaires nettement supérieurs (rapport TSI/HIA, 2024). L'annulation de la loi belge par la Cour constitutionnelle en novembre 2025 illustre a contrario ce que l'approche néerlandaise a évité.

La différence entre les deux approches reflète une différence de fond dans le rapport entre science et politique dans la formulation de la mesure. Aux Pays-Bas, le critère retenu découle d'une logique sanitaire cohérente : réduire la disponibilité du tabac dans tous les lieux d'achat courant. En Belgique, le critère retenu découle d'une logique administrative et politique : utiliser un seuil préexistant pour minimiser les résistances. Cette différence d'approche illustre, dans des termes concrets et comparables, la tension centrale que ce mémoire cherche à analyser entre la logique de l'évidence et la logique du compromis politique.

Ces lacunes dans la mise en œuvre de l'article 5.3 renforcent ce constat : dans les termes de Walt et Gilson (1994), le contexte institutionnel belge est caractérisé par une tension structurelle entre des engagements normatifs ambitieux et des mécanismes de mise en œuvre insuffisants, ce qui affaiblit durablement la capacité de l'État à traduire ses priorités sanitaires en politiques robustes et durables (rapport OMS/FCTC, 2025 ; Cnockaert et al., 2025). Le contexte a joué un rôle ambivalent : il a rendu la mesure possible, sans la rendre robuste. La quatrième dimension du cadre permet de compléter ce tableau.

Chapitre 9 : Les caractéristiques de l'enjeu

9.1 Une sévérité objectivement élevée, une urgence politiquement relativisée

Les caractéristiques propres à l'enjeu, quatrième dimension du cadre, dessinent dans le cas belge un profil paradoxal : le tabagisme est grave, bien documenté et assorti de solutions connues, mais ses caractéristiques intrinsèques affaiblissent malgré tout l'urgence politique perçue.

Comme documenté au chapitre 5, le tabagisme constitue la première cause évitable de mortalité en Belgique, avec 15 000 décès prématurés par an et un coût social d'environ 1,5 milliard d'euros annuels (SPF Santé publique, 2022). Pourtant, comme le souligne Nora Mélard, le tabac est souvent perçu comme un "ancien problème" dans les cercles politiques. Il apparaît comme un enjeu dont les contours sont familiers et dont la résolution semble en bonne voie, ce qui réduit le sentiment d'urgence et la disposition à prendre des mesures coûteuses politiquement (entretien Mélard, 2026). Cette perception est nourrie par la tendance à la baisse de la prévalence depuis les années 1990, qui donne l'impression d'une trajectoire naturellement favorable, même si les projections de Sciensano montrent que cette trajectoire est insuffisante pour atteindre les objectifs fixés (rapport TSI/HIA, 2024). Dans les termes de Shiffman et Smith (2007), la sévérité perçue de l'enjeu, qui est une construction sociale et politique autant qu'une réalité épidémiologique, est ainsi significativement inférieure à sa sévérité objective.

9.2 Des solutions connues mais politiquement coûteuses

L'une des caractéristiques favorables à la priorité politique d'un enjeu de santé, selon Shiffman et Smith, est la disponibilité de solutions claires, efficaces et peu coûteuses à mettre en œuvre. Dans le cas du tabagisme, cette condition est partiellement remplie.

Les interventions efficaces pour réduire la consommation de tabac sont bien documentées et font l'objet d'un large consensus international. L'Organisation mondiale de la Santé les classe en plusieurs catégories selon leur rapport coût-efficacité, les "best buys" incluant la hausse des accises, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les campagnes de sevrage et la réduction des points de vente (SPF Santé publique, 2022 ; Monshouwer et al., 2014). L'efficacité de cette dernière mesure est confirmée empiriquement par les évaluations de la politique néerlandaise. Elles montrent qu'une réduction significative du nombre de points de vente entraîne une baisse mesurable de la prévalence du tabagisme, y compris dans les quartiers défavorisés (Vermeulen

& Van Casteren, 2026). Ces solutions ne sont pas nouvelles ni techniquement complexes : elles sont connues et éprouvées dans de nombreux pays.

Cependant, leur mise en œuvre se heurte à des résistances politiques considérables, qui tiennent moins à leur complexité technique qu'à leurs implications économiques et idéologiques. La hausse des accises est contestée au nom de son caractère régressif et du risque de développement du marché noir (Lorant et al., 2025). La restriction des points de vente est perçue comme une atteinte à la liberté d'entreprendre et aux intérêts des petits commerces (Cnockaert et al., 2025). L'interdiction générationnelle, pourtant portée par l'Alliance pour une Société sans Tabac, est jugée trop radicale par la majorité des partis (Alliance pour une Société sans Tabac, 2023). Dans ce contexte, la mesure des 400 m² ressemble moins à un choix sanitaire optimal qu'à un compromis politique calculé : cibler un segment suffisamment visible pour marquer les esprits, sans aller assez loin pour provoquer un blocage.

9.3 L'absence d'indicateurs fiables comme obstacle structurel

Une autre caractéristique de l'enjeu qui a pesé sur la qualité de la mesure adoptée est l'absence d'indicateurs fiables permettant de mesurer précisément la distribution des points de vente de tabac et d'évaluer l'impact des restrictions.

Comme expliqué dans le chapitre précédent, il n'existe pas en Belgique de base de données complète et fiable sur les points de vente de tabac. Cela a des conséquences directes sur la capacité à formuler des mesures précises et à en anticiper les effets. Cela explique en partie pourquoi le critère des 400 m² a été emprunté au registre des permis régionaux plutôt que construit à partir de données sanitaires. En l'absence de données sur la distribution géographique des ventes de tabac et sur les caractéristiques des consommateurs selon le type de point de vente, il était impossible de concevoir un critère véritablement fondé sur les risques sanitaires (rapport TSI/HIA, 2024 ; échange mail, SPF Santé publique, février 2026).

Cette lacune d'indicateurs est reconnue officiellement par la Belgique dans son rapport de conformité à l'OMS. Il identifie le manque de données nationales et de recherche comme l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre des politiques antitabac (rapport OMS/FCTC, 2025). Elle est également documentée par l'Alliance pour une Société sans Tabac, qui demande depuis plusieurs années qu'un monitoring annuel de qualité soit mis en place, comparable à ce qui existe dans les pays voisins comme les Pays-Bas, la France ou le Royaume-Uni (Alliance

pour une Société sans Tabac, 2023). Dans les termes de Shiffman et Smith, l'absence d'indicateurs crédibles et précis affaiblit simultanément la capacité à démontrer la sévérité du problème dans ses dimensions les plus fines, à justifier le choix d'une solution spécifique et à évaluer les progrès accomplis.

9.4 La fragilité juridique prévisible comme caractéristique de l'enjeu

Un élément spécifique au cas étudié mérite d'être analysé comme caractéristique de l'enjeu : la vulnérabilité juridique intrinsèque du critère retenu, qui était identifiable avant même l'adoption de la loi.

Dès novembre 2023, le Conseil d'État avait explicitement alerté le gouvernement sur le fait que le critère des 400 m² posait des problèmes au regard du principe constitutionnel d'égalité, en l'absence de justification sanitaire suffisante (avis n° 74.604/3, DOC 55 3764/001). Le gouvernement a répondu partiellement sans apporter les données probantes demandées, et la loi a été adoptée avec le même critère. La Cour constitutionnelle a confirmé, deux ans plus tard, exactement ce que le Conseil d'État avait anticipé (arrêt n° 143/2025).

Cette fragilité n'est pas anecdotique. Les politiques adoptées sous contrainte de temps et de compromis politique tendent à être plus exposées aux contestations judiciaires que celles construites sur des bases solides. Dans la lignée de Bogenschneider et Corbett (2021), l'usage instrumental de la recherche, qui prévaut quand la décision est déjà orientée politiquement, produit des justifications trop minces pour résister à un contrôle de légalité rigoureux. Le cas belge en offre une illustration concrète.

9.5 La réversibilité comme caractéristique finale

La dernière caractéristique de l'enjeu que ce chapitre entend souligner est la réversibilité de la priorité politique accordée à la lutte contre le tabagisme en Belgique, illustrée de façon particulièrement claire par le destin de la mesure étudiée.

Le destin de la mesure étudiée illustre de façon particulièrement claire ce risque de réversibilité : adoptée en mars 2024, annulée en novembre 2025 et définitivement abandonnée en mai 2026, elle n'a jamais eu le temps de produire des effets mesurables.

Ce risque n'est pas propre à la Belgique. Nora Mélard cite l'exemple de la Nouvelle-Zélande. Des mesures antitabac ambitieuses y ont été abandonnées après un changement de gouvernement, montrant à quel point une priorité politique peut s'éroder rapidement quand elle repose sur une configuration partisane fragile (entretien Mélard, 2026).

Shiffman et Smith (2007) avaient théorisé ce risque. Une priorité construite dans des conditions conjoncturelles favorables, sans ancrage institutionnel stable ni base scientifique robuste, reste vulnérable dès que ces conditions changent. Le cas belge en est une confirmation. Une coalition de soutien trop étroite, des mécanismes de protection contre l'ingérence de l'industrie insuffisamment développés, et une dépendance au leadership d'un ministre individuel plutôt qu'à des structures durables. Autant de facteurs qui, combinés, ont rendu la réversibilité presque inévitable. C'est ce que le chapitre suivant synthétisera en réponse à la question de recherche.

PARTIE V : Discussion

Chapitre 10 : Une priorité politique structurellement fragile : ce que révèle le cas belge

Ce mémoire partait d'une question qui me semblait aussi simple à formuler que difficile à résoudre : pourquoi certaines recommandations scientifiques finissent-elles par peser sur les décisions politiques, tandis que d'autres restent lettre morte ? Le cas de l'interdiction de vente de tabac dans les grandes surfaces alimentaires de plus de 400 m² en Belgique m'a fourni un terrain d'observation à la fois concret et révélateur.

Ce que ce cas m'a appris, c'est qu'une recommandation scientifique ne devient priorité politique que lorsque quatre conditions se trouvent réunies simultanément, celles que Shiffman et Smith (2007) ont identifiées. Mais ce qui m'a peut-être le plus frappé, c'est la fragilité de cette priorité une fois acquise. Dès que l'une de ces dimensions est sacrifiée au nom de la faisabilité politique immédiate, on n'obtient pas une solution de compromis acceptable : on installe une instabilité dans la durée. Le cas belge illustre ce mécanisme avec une clarté assez saisissante.

10.1 Une priorité construite, mais structurellement incomplète

Le cadre de Shiffman et Smith (2007) permet de reconstituer avec précision les conditions dans lesquelles la mesure a pu être adoptée. Le pouvoir des acteurs était réel : une coalition antitabac structurée autour de l'Alliance pour une Société sans Tabac (2023), un entrepreneur de politique publique identifiable en la personne de Frank Vandenbroucke, et un réseau d'organisations disposant d'une légitimité scientifique reconnue. Le contexte politique était favorable : la fenêtre ouverte par le gouvernement Vivaldi, l'horizon de la présidence belge de l'Union européenne et le Plan interfédéral 2022-2028 comme support normatif ancré dans les engagements de la CCLAT (SPF Santé publique, 2022 ; OMS, 2003). Les caractéristiques de l'enjeu étaient suffisamment visibles : 15 000 décès par an, un consensus international sur les interventions efficaces classées parmi les best buys de l'OMS (SPF Santé publique, 2022), et une trajectoire de prévalence insuffisante pour atteindre les objectifs fixés (Croes et al., 2024).

Pourtant, une dimension fondamentale était défailante : le pouvoir des idées (Shiffman & Smith, 2007). Comme démontré au chapitre 7, si le principe de réduction des points de vente est scientifiquement validé, le critère opérationnel retenu ne l'est pas. Le seuil de 400 m² est

purement administratif, sans justification sanitaire, illustrant ce que Bogenschneider et Corbett (2021) analysent comme l'usage instrumental de la recherche.

10.2 Le coût du compromis édulcoré : de la fragilité juridique à la réversibilité politique

Cette défaillance dans le pouvoir des idées a produit une série d'effets en chaîne. En premier lieu, le critère arbitraire a créé une coalition de blocage qu'une mesure cohérente n'aurait pas générée. En distinguant grandes et petites surfaces sans justification sanitaire, la loi a conduit l'industrie du tabac et les représentants des petits commerces à déposer des recours convergents devant la Cour constitutionnelle, malgré des intérêts par ailleurs très différents (arrêt n° 143/2025 ; entretien Joossens, avril 2026). Cette alliance s'explique directement par le manque de cohérence interne du critère. Shiffman et Smith (2007) permettent d'en tirer une conclusion plus générale. Un cadrage externe insuffisamment robuste affaiblit la coalition de soutien et renforce celle d'opposition.

En deuxième lieu, la fragilité juridique était prévisible et a été ignorée. Le Conseil d'État avait alerté dès novembre 2023 sur l'absence de justification sanitaire suffisante (avis n° 74.604/3, DOC 55 3764/001). La Cour constitutionnelle a confirmé exactement ce diagnostic deux ans plus tard (arrêt n° 143/2025). L'accélération du calendrier soit la date d'entrée en vigueur avancée de trois ans par rapport au Plan interfédéral, illustre la logique de la fenêtre qui se referme décrite par Kingdon (2014) : l'urgence électorale a prévalu sur la solidité des fondements, conformément à ce que Bogenschneider et Corbett (2021) analysent comme la substitution de la logique électorale à la logique de l'évidence.

En troisième lieu, la réversibilité s'est concrétisée à une vitesse remarquable. Adoptée en mars 2024, entrée en vigueur en avril 2025, annulée en novembre 2025, la mesure n'a jamais produit d'effets mesurables. En mai 2026, le gouvernement y a définitivement renoncé dans le cadre d'un accord politique donnant-donnant sans lien avec les considérations sanitaires, en échange de l'adoption de l'interdiction des arômes dans les cigarettes électroniques (Trends Tendances, 5 mai 2026 ; Belga News Agency, 5 mai 2026). Ce dénouement illustre ce que Shiffman et Smith (2007) identifient comme le risque d'érosion de la priorité politique : une priorité construite dans des conditions conjoncturelles favorables, sans ancrage institutionnel stable ni base scientifique suffisamment robuste pour le critère retenu, reste structurellement vulnérable dès que ces conditions changent.

10.3 Ce que les comparaisons internationales confirment

Les comparaisons avec les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande permettent de tester et d'enrichir cette interprétation.

Le cas néerlandais illustre directement ce que la Belgique n'a pas fait sur le plan du critère. Les Pays-Bas ont choisi une interdiction universelle, fondée sur une logique sanitaire cohérente et sans distinction de taille de commerce (Nagelhout et al., 2023). Les évaluations montrent que la distance moyenne entre un ménage et le point de vente le plus proche est passée de 558 à 872 mètres, que 23 000 adultes ont arrêté de fumer à court terme grâce à la mesure, et que l'effet est deux fois plus élevé dans les quartiers défavorisés (Vermeulen & Van Casteren, 2026). Une interdiction universelle aurait été juridiquement inattaquable au regard du principe d'égalité, précisément parce qu'elle n'opère aucune distinction interne à une même catégorie de commerces, ce qu'a confirmé a contrario l'arrêt de la Cour constitutionnelle belge (arrêt n° 143/2025, B.58 ; entretien Joossens, avril 2026).

Le cas britannique élargit la perspective. Levy et al. (2013) montrent que la réduction de 23 % du tabagisme au Royaume-Uni entre 1998 et 2009 résulte d'un package cohérent combinant hausse des taxes (31 % de l'effet), politiques sans fumée (23 %) et programme national de sevrage tabagique (21 %), qui agissent en synergie. Le Tobacco and Vapes Bill, adopté en mai 2026, parachève cette trajectoire par une interdiction générationnelle. La vente de tabac est interdite à toute personne née après le 1er janvier 2009 (Comité national contre le tabagisme, 2026 ; European Lung Foundation, 2026). Ce que le cas britannique démontre, c'est que l'ambition cohérente et progressive produit une priorité politique durable là où le compromis édulcoré produit de l'instabilité.

La position de Comeos, la fédération belge du commerce, après l'annulation de la loi est à cet égard révélatrice. En appelant le gouvernement à imiter le modèle britannique et à introduire une interdiction générationnelle universelle, Comeos reconnaît explicitement avoir besoin d'un « cadre légal clair et stable, soit tout l'inverse de la situation actuelle » (Nivesse, citée dans Le Soir, 30 avril 2026). Ce sont les acteurs économiques eux-mêmes, censés bénéficier du statu quo, qui confirment qu'un compromis arbitraire peut leur coûter plus cher qu'une mesure radicale mais cohérente. L'idée reçue selon laquelle les mesures ambitieuses génèrent nécessairement plus d'opposition n'en sort pas indemne.

Le contre-exemple néo-zélandais nuance sans invalider l'interprétation. La Nouvelle-Zélande avait adopté une interdiction générationnelle en 2022, avant de l'abroger en 2024 suite à un changement de majorité (Comité national contre le tabagisme, 2026 ; entretien Mélard, 2026). Ce cas confirme que la réversibilité est un risque structurel des politiques de santé publique dès lors qu'elles dépendent d'une configuration partisane spécifique plutôt que d'un ancrage institutionnel stable. Cette conclusion rejoint directement celles de Walt et Gilson (1994) sur le rôle déterminant du contexte et des acteurs dans la pérennité des réformes de santé.

10.4 Contributions et limites

Ce mémoire apporte deux contributions au cadre de Shiffman et Smith (2007). D'abord, il montre que la défaillance dans le pouvoir des idées ne reste pas isolée : elle a ici fragilisé la coalition d'acteurs en créant des opposants involontaires, exposé la mesure aux recours judiciaires, et rendu toute évaluation des effets impossible. Le cas belge permet aussi de pointer une dimension que le cadre original sous-estime assez nettement : le rôle joué par les acteurs judiciaires. La Cour constitutionnelle n'a pas simplement arbitré un litige, elle a reconfiguré en profondeur la politique adoptée, et son raisonnement donne à voir avec une clarté particulière le mécanisme que ce mémoire cherche à analyser (arrêt n° 143/2025, B.57.1). Joossens (2017) avait déjà montré que le recours au levier judiciaire pouvait servir à corriger une loi trop timide, comme ce fut le cas en 2011. Ce que le cas de 2025 révèle, c'est que ce même levier peut fonctionner en sens inverse, et permettre à l'industrie d'obtenir l'annulation d'une loi qu'elle juge trop contraignante.

Une troisième contribution mérite d'être mentionnée. Ce cas invite à s'interroger sur ce que le cadre de Shiffman et Smith peut, et ne peut pas, saisir dans un contexte fédéral. Le cadre a été construit pour analyser des initiatives de santé mondiale, avec un gouvernement national comme unité de référence. Il suppose donc, au moins implicitement, une certaine cohérence entre le niveau qui légifère et celui qui met en oeuvre. Dans le cas belge, cette cohérence n'existe pas vraiment : c'est le niveau fédéral qui adopte une mesure à finalité préventive, alors que la prévention relève des entités fédérées depuis la sixième réforme de l'État.

Le cadre identifie bien la dimension des institutions coordinatrices, mais ne théorise pas le cas où la multiplicité des niveaux de pouvoir compétents constitue elle-même un obstacle structurel à la cohérence de la politique. C'est précisément ce que le cas belge révèle avec le plus de netteté.

Ce travail présente toutefois plusieurs limites à reconnaître. La première est l'absence d'entretiens avec des représentants de l'industrie du tabac et de la grande distribution, notamment Comeos, Philip Morris Benelux et JT International. Leurs positions ont été reconstituées via les mémoires déposés devant la Cour constitutionnelle et les sources secondaires disponibles, ce qui introduit un biais potentiel dans la représentation des contre-acteurs. Un contact a été tenté auprès du cabinet du ministre Vandenbroucke, sans succès. La deuxième limite concerne l'absence d'entretiens approfondis avec des acteurs communautaires et régionaux : si l'AVIQ a répondu à un questionnaire par mail, aucun entretien n'a été mené avec des représentants des entités fédérées, ni du côté flamand, ni du côté bruxellois. Cette lacune est cohérente avec le périmètre choisi, centré sur la mesure fédérale, mais elle affaiblit inévitablement la partie de l'analyse consacrée à la fragmentation des compétences. La troisième limite tient à l'absence d'entretiens avec des acteurs politiques directement impliqués dans les négociations. Aucun parlementaire ni membre des cabinets MR ou Open VLD n'a pu être contacté. Leurs positions ont donc été reconstituées à partir des programmes électoraux, du scoreboard de l'Alliance et de l'étude de Lorant et al. (2025), ce qui introduit une distance supplémentaire avec les dynamiques internes de la coalition.

À ces limites s'ajoute une observation que Joossens formule sous le nom d'effet Dirupo. Certains responsables politiques bâtissent une partie de leur réputation sur des engagements forts en matière de prévention, puis se trouvent progressivement contraints à des compromis à mesure qu'ils accèdent à des responsabilités gouvernementales plus importantes (Joossens, 2017). Ce mécanisme rappelle qu'il serait imprudent de surestimer la stabilité des coalitions de soutien aux politiques antitabac. Un entrepreneur déterminé aujourd'hui peut être demain celui qui accepte d'échanger une mesure de santé publique contre un accord de coalition. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé en mai 2026.

La temporalité courte du cas constitue une limite supplémentaire, qui restreint la capacité à évaluer des effets de long terme. Et le traitement du cas comme cas critique au sens de Flyvbjerg invite à rester prudent sur la généralisation : les mécanismes mis au jour éclairent les politiques de santé publique belges, mais ils demanderaient à être confrontés à d'autres cas avant de prétendre à une portée plus large.

Ces limites ne remettent pas en cause la conclusion principale. En Belgique, les recommandations scientifiques accèdent au rang de priorité politique quand un entrepreneur déterminé saisit une fenêtre d'opportunité favorable. Mais cette traduction reste fragile, et le cas

étudié en montre les raisons concrètes : un critère opérationnel emprunté à la logique administrative plutôt que sanitaire, des mécanismes de protection contre l'ingérence de l'industrie qui restent insuffisants (Cnockaert et al., 2025), et une priorité qui a reposé sur une configuration partisane conjoncturelle plutôt que sur des institutions stables. Le cas britannique rappelle que cette fragilité n'a rien d'inévitable. Elle procède de choix, et peut donc être défaite par d'autres choix.

Conclusion

Le 1er avril 2025, les grandes surfaces belges cessaient de vendre des produits de tabac. Le 6 novembre 2025, la Cour constitutionnelle annulait cette interdiction. En mai 2026, le gouvernement y renonçait définitivement. En moins de deux ans, une mesure présentée comme une étape historique vers une génération sans tabac avait achevé sa courte existence sans avoir eu le temps de produire des effets mesurables sur la santé de la population (arrêt n° 143/2025 ; Belga News Agency, 5 mai 2026). Ce destin particulier n'est ni le fruit du hasard ni celui d'une malchance judiciaire. Il apparaît comme le produit logique et largement prévisible d'un processus dans lequel la priorité politique a été construite sur des bases scientifiquement insuffisantes. C'est le mécanisme central que ce mémoire a cherché à documenter et à expliquer : comment les recommandations scientifiques se traduisent-elles, ou non, en priorité politique ?

La réponse que permet de formuler le cas étudié est précise. Les recommandations scientifiques accèdent au rang de priorité politique quand les quatre dimensions du cadre de Shiffman et Smith (2007) convergent : un réseau d'acteurs capable de porter la mesure, un cadrage des idées scientifiquement cohérent, un contexte institutionnel favorable, et un enjeu dont l'urgence est politiquement lisible. En Belgique, trois de ces conditions étaient réunies. Mais le choix du critère opérationnel a sacrifié la quatrième, le pouvoir des idées, au profit d'un compromis politique qui n'a pas résisté : la mesure s'est révélée juridiquement attaquable et, en 2025, annulée.

Ce résultat n'est pas isolé. Luk Joossens (2017) a montré, sur plusieurs décennies, que les mesures antitabac belges les plus significatives ont toutes traversé un moment où le compromis politique en a fragilisé la cohérence. Le cas étudié reproduit ce schéma, avec une inversion analytiquement importante : ce n'est plus une organisation de santé qui corrige par voie judiciaire une loi trop timorée, comme en 2011, mais l'industrie du tabac qui obtient l'annulation par voie judiciaire d'une loi trop incohérente, comme en 2025 (arrêt n° 143/2025 ; Joossens, 2017). Le levier judiciaire, qui avait auparavant servi à renforcer la priorité accordée à la santé publique, devient dès lors un instrument de déconstruction de cette priorité.

Les comparaisons internationales confirment cette lecture : les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont montré qu'une approche cohérente et ancrée dans une logique sanitaire produit une priorité politique durable, là où le compromis arbitraire produit de l'instabilité (Vermeulen & Van

Casteren, 2026 ; Levy et al., 2013). Ce que ces cas révèlent, c'est moins un manque de volonté politique belge qu'une insuffisance de la capacité institutionnelle à traduire cette volonté en mesures robustes — une tension structurelle qui dépasse le seul cas du tabac et éclaire plus largement la fabrique des politiques de santé publique en Belgique (Bogensneider & Corbett, 2021 ; Lorant et al., 2025). Plusieurs perspectives de recherche se dégagent de ce travail. Il serait utile, d'une part, de tester les mécanismes identifiés sur d'autres cas de politiques de santé publique belges pour évaluer leur portée générale. D'autre part, la comparaison systématique entre la Belgique et d'autres États fédéraux européens aux structures de gouvernance comparables permettrait d'isoler ce qui relève de contraintes propres au fédéralisme belge et ce qui relève de dynamiques plus larges, dans la lignée des travaux de De Winter (2021) sur l'écart de mise en œuvre dans le secteur de la santé. Enfin, le suivi à moyen terme de la politique antitabac belge sous le gouvernement Arizona permettrait de prolonger l'analyse et d'évaluer si les mécanismes identifiés dans ce mémoire continuent de structurer la fabrique des politiques de santé publique en Belgique.

Au-delà de la recherche, les résultats de ce mémoire ont une utilité directe pour les praticiens et décideurs impliqués dans la conception de politiques antitabac en Belgique. Trois recommandations concrètes s'en dégagent.

Premièrement, ancrer tout critère de restriction des points de vente dans une justification sanitaire explicite. Le cas étudié démontre qu'un critère administratif préexistant, sans rapport avec les risques sanitaires, produit inévitablement une mesure juridiquement fragile (arrêt n° 143/2025 ; avis n° 74.604/3). L'approche néerlandaise offre un modèle opérationnel : une interdiction universelle dans tous les commerces alimentaires, sans distinction de taille, est sanitaire plus efficace. En effet, 23 000 adultes ayant arrêté de fumer à court terme (Vermeulen & Van Casteren, 2026). Elle est également juridiquement inattaquable au regard du principe d'égalité. Le rapport TSI/HIA confirme que les scénarios les plus ambitieux produisent des effets sanitaires nettement supérieurs à la mesure des 400 m² (Croes et al., 2024). Une future mesure belge devrait donc s'appuyer sur ce modèle universel, complété par une évaluation d'impact préalable, ce que la Belgique n'a pas réalisée avant d'adopter la loi du 21 mars 2024 (DOC 55 3764/001).

Deuxièmement, renforcer la coordination interfédérale en amont de toute mesure. La fragmentation des compétences entre le niveau fédéral, compétent pour la réglementation des produits et la fiscalité, et les entités fédérées, compétentes pour la prévention et le sevrage

depuis 2014 (Belgium.be, 2014 ; INAMI, s.d.), constitue une contrainte structurelle que ce mémoire a mise en évidence. Une mesure fédérale à finalité préventive qui n'est pas co-construite avec les acteurs régionaux et communautaires reste exposée à des incohérences de mise en œuvre, comme le documente De Winter (2021) dans d'autres domaines de santé publique belge. La qualité de la coordination interfédérale, que la réponse de l'AVIQ décrit comme réelle mais imparfaite (AVIQ, communication personnelle, 2026), devrait faire l'objet d'une attention structurelle et non être laissée aux seuls arbitrages conjoncturels entre cabinets.

Troisièmement, mettre en œuvre effectivement l'article 5.3 de la CCLAT. Le rapport Cnockaert et al. (2025) documente l'absence quasi totale en Belgique des mécanismes que la CCLAT prescrit : registre de transparence, code de conduite pour les fonctionnaires, interdiction du revolving door, gestion des conflits d'intérêts. Ces lacunes, officiellement reconnues par la Belgique dans son rapport de conformité à l'OMS (rapport OMS/FCTC, 2025), maintiennent un environnement dans lequel l'industrie du tabac peut continuer d'exercer une influence substantielle sur les décideurs sans encadrement ni transparence. Comme le montrent Lorant et al. (2025), certains partis politiques reprennent des arguments produits par l'industrie sans base empirique solide, ce que Bogenschneider et Corbett (2021) analysent comme un usage instrumental de la recherche. Neutraliser cette ingérence est une condition préalable à toute politique antitabac durable, comme le confirme l'exemple néerlandais où la cohérence de la coalition pro-santé et la robustesse des mécanismes de transparence ont permis de maintenir une trajectoire ambitieuse sur plusieurs décennies (Nagelhout et al., 2023 ; Vermeulen & Van Casteren, 2026).

Ce que le cas belge a rendu visible, au fond, c'est que la priorité politique en santé publique n'est jamais acquise : elle se construit, se maintient ou s'érode selon des mécanismes qui n'ont que peu à voir avec la gravité objective des enjeux (Shiffman & Smith, 2007 ; Walt & Gilson, 1994). Comprendre ces mécanismes n'est pas seulement un exercice académique. C'est une condition préalable à leur transformation.

BIBLIOGRAPHIE

Alliance pour une Société sans Tabac. (2023). *Mémoire : Vers une génération sans tabac. Nos huit recommandations prioritaires.* Alliance pour une Société sans Tabac.

Alliance pour une Société sans Tabac. (2024). *Scoreboard : Débat politique pour une société sans tabac. Quel parti soutient quelle mesure ?* Alliance pour une Société sans Tabac.

AVIQ. (2026). Réponse à questionnaire par mail.

AVIQ. (s.d.). *Plan Horizon 2030.* Agence pour une Vie de Qualité. <https://www.aviq.be>

Belgium.be. (2014). *La sixième réforme de l'État.* Service Public Fédéral Belge. https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat

Belga News Agency. (5 mai 2026). *Belgian supermarkets to sell cigarettes again from 2027.* Belga News Agency. <https://www.belganewsagency.eu/belgian-supermarkets-to-sell-cigarettes-again-from-2027>

Bogenschneider, K., & Corbett, T. J. (2021). *Evidence-based policymaking: Envisioning a new era of theory, research, and practice* (2e éd.). Routledge.

Chambre des représentants de Belgique. (2024). *Projet de loi modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs : travaux préparatoires* (DOC 55 3764/001). <https://www.lachambre.be>

Chercheur anonyme, Sciensano. (2026). Échange mail.

Cnockaert, M., et al. (2025). *Tobacco Industry Interference Index Belgium 2025.* Sciensano.

Comité national contre le tabagisme. (12 mars 2026). *Lutte antitabac : le Royaume-Uni s'apprête à franchir un cap historique. Génération Sans Tabac.* <https://www.generationsanstabac.org/fr/actualites/lutte-antitabac-le-royaume-uni-sapprete-a-franchir-un-cap-historique/>

Conseil d'État, section de législation. (27 novembre 2023). *Avis n° 74.604/3 sur l'avant-projet de loi modifiant la loi du 24 janvier 1977.* DOC 55 3764/001.

Conseil des ministres de Belgique. (30 avril 2026). *Conseil des ministres du 30 avril 2026.* Belgium.be. <https://news.belgium.be/fr/conseil-des-ministres-du-30-avril-2026>

Contre-Feu, Alliance contre l'industrie du tabac, & STOP. (2025). *Behind closed doors: How the tobacco lobby influences the European Union and beyond.* Contre-Feu & STOP. https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/Behind_Closed_Doors_EN.pdf

Cour constitutionnelle de Belgique. (6 novembre 2025). *Arrêt n° 143/2025.* <https://www.const-court.be>

Croes, S., Hers, J., Gorasso, V., Borg, A. M., & Devleesschauwer, B. (2024). *Tobacco Sales Intervention / Health Impact Assessment (TSI/HIA) : Impact assessment of a reduction in tobacco sales points in Belgium.* Sciensano ; SEO Amsterdam Economics.

Departement Zorg. (2025). *Gezondheidsdoelstelling Gezonde Generatie.* Vlaamse Overheid. <https://www.departementzorg.be/nl/gezondheidsdoelstelling-gezonde-generatie>

De Winter (2021): *Policy implementation in the health sector of the federal state of Belgium: An ethnographic approach.* Regional & Federal Studies, DOI: 10.1080/13597566.2021.1915779

Éducation Santé. (2014). *La régionalisation de la promotion de la santé : de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Wallonie et à Bruxelles.* Éducation Santé. <https://educationsante.be/la-regionalisation-de-la-promotion-de-la-sante-de-la-federation-wallonie-bruxelles-a-la-wallonie-et-a-bruxelles/>

European Lung Foundation. (1er mai 2026). *UK introduces lifetime ban on tobacco for younger generations.* European Lung Foundation. <https://europeanlung.org/en/news-and-blog/uk-introduces-lifetime-ban-on-tobacco-for-younger-generations/>

FARes. (s.d.). *Plan wallon sans tabac.* Fonds des Affections Respiratoires. <https://www.fares.be/tabagisme/qui-sommes-nous/expertise/coordination-du-plan-wallon/presentation>

Finan, L. J., Lipperman-Kreda, S., Abadi, M., Grube, J. W., Kaner, E., Balassone, A., & Gaidus, A. (2019). *Tobacco outlet density and adolescents' cigarette smoking: A meta-analysis.* Tobacco Control, 28(1), 27-33. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-054065>

Flyvbjerg, B. (2006). *Five misunderstandings about case-study research.* Qualitative Inquiry, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>

Fonctionnaire anonyme, SPF Santé publique. (février 2026). Échange mail.

Fonctionnaire anonyme, SPF Santé publique. (avril 2026). Entretien semi-directif.

Gabriels, S., Fondation contre le Cancer. (2026). Entretien semi-directif.

Greer, S. L., Bekker, M., de Leeuw, E., Wismar, M., Helderman, J.-K., Ribeiro, S., & Stuckler, D. (2017). *Policy, politics and public health.* European Journal of Public Health, 27(Suppl. 4), 40–43.

INAMI. (s.d.). *Intervention dans les frais liés à l'assistance au sevrage tabagique.* Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/prestations-de-soins-individuelles/assistance-au-sevrage-tabagique>

Iriscare. (2026). *Prévention en matière de dépendances – tabac.* <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/addictions/prevention-en-matiere-de-dependances-tabac/>

L'interdiction des arômes des cigarettes électroniques, fruit d'un marchandage politique. (5 mai 2026). *Trends Tendances.* <https://www.trends.be>

Loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits. *Moniteur belge.* <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1977/01/24/1977012405/justel>

Joossens, L. (2017). *La guerre du tabac en Belgique.* Couleur livres.

Joossens, L. (2026). Entretien semi-directif.

Kingdon, J. W. (2014). *Agendas, alternatives, and public policies* (2e éd.). Pearson.

Lee, J. G. L., Kong, A. Y., Sewell, K. B., Goldstein, A. O., Prochaska, J. J., McDaniel, P. A., & Ribisl, K. M. (2022). Associations of tobacco retailer density and proximity with adult tobacco use behaviours and health outcomes: A meta-analysis. *Tobacco Control*, 31(e2), e189-e200. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056717>

Levy, D. T., Currie, L., & Clancy, L. (2013). Tobacco control policy in the UK: blueprint for the rest of Europe? *European Journal of Public Health*, 23(2), 201–206. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks090>

Loi du 21 mars 2024 modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits. *Moniteur belge*.

Lorant, V., Laloux, P., Mélard, N., et al. (2025). Political hurdles to implementing tobacco control policies: The case of the smoke-free generation policy in Belgium. *Tobacco Control*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/tc-2025-059412>

Mackenbach, J. P., Karanikolos, M., & McKee, M. (2013). The unequal health of Europeans: Successes and failures of policies. *The Lancet*, 381(9872), 1125–1134.

Mélard, N., Fondation contre le Cancer. (2026). Entretien semi-directif.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., Ketelaars, T., & van Laar, M. W. (2014). *Points of sale of tobacco products: Synthesis of scientific and practice-based knowledge on the impact of reducing the number of points of sale and restrictions on tobacco product displays*. Trimbos Institute.

Nagelhout, G. E., Poole, N. L., Metze, M., Willemsen, M. C., Vermeulen, W., & Van den Brand, F. A. (2023). Reducing the number and types of tobacco retail outlets in the Netherlands: Study protocol for a comprehensive mixed-methods policy evaluation. *Tobacco Prevention & Cessation*, 9(March), Article 8. <https://doi.org/10.18332/tpc/161825>

Nivesse, L. (30 avril 2026). Comeos plaide pour que la Belgique imite le Royaume-Uni [déclaration citée dans *Le Soir*]. *Sudinfo*. <https://www.sudinfo.be/id1145267/article/2026-04-30/interdiction-du-tabac-aux-jeunes-comeos-plaide-pour-que-la-belgique-imite-le>

Organisation de coopération et de développement économiques & Commission européenne. (2023). *Belgique : Profil de santé par pays 2023*. Publications de l'OCDE.

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. OMS. <https://www.who.int/fctc>

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *WHO report on the global tobacco epidemic 2023*. OMS. <https://www.who.int>

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Rapport de conformité de la Belgique à la Convention-cadre pour la lutte antitabac, période 2023-2024*. OMS/FCTC.

Sägesser, C. & Faniel, J. (2020). Le fédéralisme belge à l'épreuve de la pandémie de Covid-19. *Les @analyses du CRISP en ligne*, vendredi 14 août 2020, www.crisp.be.

RTBF. (5 mai 2026). Les supermarchés à nouveau autorisés à vendre cigarettes, cigares, tabac et autres, dès janvier 2027. *RTBF Actus*. <https://www.rtb.be/article/les-supermarches-a-nouveau-autorises-a-vendre-des-produits-du-tabac-des-janvier-2027-11719370>

Shiffman, J., & Smith, S. (2007). Generation of political priority for global health initiatives: A framework and case study of maternal mortality. *The Lancet*, 370(9595), 1370–1379.

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2022). *Stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac*. Cellule générale de politique drogues.

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2024). *Analyse d'impact de la réglementation RiA-AiR*. DOC 55 3764/001.

Swysen, D. (25 avril 2026). Vente de cigarettes : l'inquiétante menace sur les librairies, « ce serait une catastrophe ». *La Province*, p. 29.

The Belgium Times. (5 mai 2026). Vandenbroucke admits compromise on tobacco supermarket ban. *The Belgium Times*.

Van Rompaey, S. (5 mai 2026). Les supermarchés belges pourront à nouveau vendre des cigarettes l'année prochaine. *RetailDetail BE*. <https://www.retaildetail.be/fr/news/food/les-supermarches-belges-pourront-a-nouveau-vendre-des-cigarettes-lannee-prochaine/>

Vermeulen, W., & Van Casteren, B. (2025). *Verkooppunten tabak: Gevolgen van het verkoopverbod in supermarkten* (SEO-notitie nr. 2025-81). SEO Economisch Onderzoek.

Vermeulen, W., & Van Casteren, B. (2026). *Minder verkooppunten, minder rokers: Impact van het verkoopverbod van tabak in supermarkten* (SEO-rapport 2026-44). SEO Economisch Onderzoek.

Vivalis. (2023). Sevrage tabagique. *Commission communautaire commune*.
<https://www.vivalis.brussels/fr/sevrage-tabagique-0>

Vivalis. (s.d.). Une solution aux assuétudes (tabac). *Commission communautaire commune*.
<https://www.vivalis.brussels/fr/une-solution-aux-assuetudes-tabac>

Vlaamse overheid (2026). Communication personnelle par courriel à l’auteure, 27 mai 2026.

Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370.

Wynder, E. L., & Graham, E. A. (1950). Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. *Journal of the American Medical Association*, 143(4), 329–336.