

# CAMPAGNE POUR OBTENIR JUSTICE FACE À LA FRAUDE DU TABAC

## CAMPAIGN FOR JUSTICE ON TOBACCO FRAUD

[Date]

\_\_\_\_\_  
Procureur général, et

\_\_\_\_\_  
Ministre de la Santé

**Objet : Les éventuels avantages pour la santé publique des poursuites portant sur le recouvrement du coût des soins de santé dus au tabac**

Monsieur le Procureur général / Madame la Procureure générale,  
Monsieur le Ministre / Madame la Ministre,

Nous soussignés nous adressons à vous au sujet d'une question pressante, aussi bien pour la justice que pour la santé publique : la mise en œuvre de votre stratégie de recouvrement du coût des soins de santé attribuable aux fraudes et aux comportements problématiques de l'industrie du tabac. Nous croyons que les provinces et les territoires envisagent une stratégie pancanadienne de recouvrement du coût des soins de santé dus au tabac en lien avec leurs récentes lois et poursuites connexes. Les montants réclamés jusqu'ici excèdent 100 milliards de dollars. Nous croyons également que de telles décisions auraient des retombées positives sur la santé des Canadiens si les gouvernements faisaient de la santé publique un important objectif de ces poursuites.

Nous vous écrivons pour quatre raisons d'importance. Premièrement, ces poursuites doivent entraîner des peines proportionnelles à la gravité des comportements invoqués. Deuxièmement, elles doivent susciter assez de bénéfices en matière de santé pour réparer les dommages causés par ces comportements. Troisièmement, les provinces doivent reconnaître l'insuffisance des ententes conclues en 2008 et en 2010 avec les fabricants de tabac lors des poursuites entourant la contrebande, et éviter que l'on aboutisse de nouveau à un résultat aussi déconcertant.

Enfin, en tant que parties prenantes dans le cadre des poursuites ou de tout règlement à l'amiable, nous nous soucions des mesures à adopter pour que justice soit rendue et pour que les gains servent les intérêts de la santé publique. Les ressources financières et humaines à la disposition des procureurs généraux figurent donc parmi nos préoccupations, tout comme l'engagement à long terme requis pour obtenir gain de cause.

Rappelons d'abord quelques faits. En dépit des progrès législatifs et politiques accomplis ces trente dernières années en matière de tabac, l'épidémie de tabagisme demeure la première cause de maladie et de mortalité évitables au Canada. En cinq décennies de fraudes et de conspirations présumées, l'industrie aurait causé ou contribué à plus d'un million de décès prématurés au pays.

Pis encore, à la lueur d'études menées dans les années 1990 par l'Organisation mondiale de la santé, Santé Canada a annoncé que les produits du tabac tueraient trois autres millions de

Canadiens. Quel que soit le taux de mortalité actuel, un nombre effarant de décès seront imputables en tout ou en partie aux mises en marché frauduleuses de l'industrie – ces mêmes pratiques répugnantes à la base des poursuites liées au recouvrement du coût des soins de santé. En faisant preuve de détermination dans ce dossier, les procureurs généraux et les ministres de la Santé provinciaux pourraient aider à enrayer ces sombres prévisions. Les gouvernements doivent prendre des mesures draconiennes pour affronter l'hécatombe et réduire le coût des soins de santé attribuables aux activités illicites de l'industrie. Même si l'épidémie a perdu de son ampleur, elle a encore des conséquences titanesques. Le tabac n'a pas dit son dernier mot.

Nous vous félicitons donc, vous et votre gouvernement, d'avoir adopté des mesures législatives qui pavent la voie pour les poursuites de recouvrement visant les fabricants canadiens et leurs sociétés mères internationales. La démonstration n'est plus à faire : bien des agissements douteux de l'industrie qui ont suscité des ententes colossales aux États-Unis ont aussi eu lieu de ce côté-ci de la frontière. D'après ce que nous savons des compagnies, de leurs documents internes et des poursuites intentées par les provinces, la fraude, la négligence, la conspiration, le transfert illégal d'actifs et le défaut de rendre honnêtement compte aux gouvernements auraient eu leurs pendants au Canada – que ces politiques aient vu le jour ici même, qu'elles aient été dictées par des sociétés mères ou affiliées, ou qu'elles aient été menées de concert avec ces dernières.

Lors de vos discussions avec vos collègues provinciaux ou territoriaux, veuillez garder en tête les problèmes qui suivent. Vu notre intérêt personnel et professionnel pour la justice et la santé publique, et compte tenu des valeurs défendues par nos organismes de santé et de services sociaux, nous devons vous informer de notre position collective à l'égard des délits présumés de l'industrie et vous faire part de nos attentes quant à l'issue des poursuites.

**Justice** – Les lois adoptées par les dix provinces pour faciliter le recouvrement, tout comme les poursuites déposées à ce jour par la plupart des provinces et des territoires, résultent de la fraude la plus étendue et la plus destructrice de l'histoire des affaires et de la santé publique au Canada. Durant des décennies, l'industrie du tabac aurait menti sur les risques liés à ses produits, sur la dépendance au tabac, sur sa manipulation des taux de nicotine, sur la véritable nature des cigarettes « légères » et « douces », sur les risques de la fumée secondaire et sur son marketing à l'égard des jeunes. Il n'y aura justice que si les responsables sont traînés en cour.

Les mesures de santé découlant des poursuites (dont les agissements modifiés de l'industrie) constitueraient les moyens les plus concrets dont disposent les gouvernements pour tenir les fabricants responsables de leur comportement de prédateur et pour agir au nom des victimes et de leurs proches. Rendre justice aux victimes, qui dépassent le million, surpasse tous les autres motifs de poursuites liés à cette fraude. Les Canadiens comprendront mieux les buts et les coûts de l'approche lorsque les procureurs généraux et les ministres de la Santé expliqueront la nécessité des démarches en fonction de ce motif, surtout à l'heure où les fabricants tentent de présenter les gouvernements comme les « partenaires principaux » de leurs tristes activités et de dépeindre les tentatives de recouvrement comme un « gaspillage de l'argent des contribuables ».

**Prévention des récidives** – On le sait bien, les sanctions pénales et les recours civils servent notamment à mettre un frein aux comportements néfastes. En recourant aux poursuites, les

provinces et les territoires cherchent à tenir l'industrie responsable d'activités délétères étalées sur plusieurs décennies, ce qui pourrait constituer un puissant obstacle à leur reprise. Dans l'intérêt de la santé publique et de la primauté du droit, il importe que le principe de dissuasion soit au cœur des poursuites et qu'on souligne ce but dans tous les communiqués émis à leur sujet.

**Recouvrement des coûts** – En 1998 aux États-Unis, les géants du tabac, menacés de poursuites basées sur les mêmes délits que les provinces reprochent maintenant aux fabricants canadiens, ont conclu avec les 50 procureurs généraux du pays un accord s'élevant à 246 milliards de dollars américains (± 400 milliards canadiens). Or, les États participant à cet accord assumaient seulement les frais de santé de 15 à 20 % de la population, alors qu'au Canada, le système de soins universel couvre 100 % des citoyens. Le montant des poursuites intentées par les provinces et les territoires devra donc être proportionnellement bien plus élevé qu'aux États-Unis.

À titre de comparaison, quand le procureur général du Minnesota, la Blue Cross et le Blue Shield ont entamé leur procès contre les fabricants, ces derniers ont opté pour une entente à l'amiable de 6,1 milliards de dollars américains, payables sur 25 ans. Une entente similaire en Ontario, ajustée en fonction du taux de change, de la densité de population à l'époque et de la proportion des coûts de santé assumée par la province, se serait élevée à un milliard de dollars canadiens par année pendant 25 ans. Plus de dix ans plus tard, d'après les montants réclamés par les provinces (dont les 50 milliards demandés par l'Ontario en 2009 et les 60 milliards exigés par le Québec en 2012), il est clair que l'ensemble des recours canadiens excédera aisément les 100 milliards.

Advenant que les provinces sortent victorieuses de ces litiges, la valeur totale de leurs demandes remettra sûrement en cause la capacité des fabricants à payer l'entièreté des dommages exigés. Nous savons toutefois que lors des procès intentés en Colombie-Britannique, en Ontario et au Nouveau-Brunswick quant au recouvrement des coûts, il a été permis aux provinces de poursuivre non seulement les fabricants canadiens, mais leurs sociétés mères si l'on croyait ces dernières responsables d'une partie de la fraude. Les provinces devront faire preuve de patience et de détermination pour accéder aux ressources de ces sociétés ou renverser des transactions frauduleuses grâce auxquelles des actifs auraient été transférés hors du pays.

**Avantages pour la santé publique** – Selon des études sur les litiges et les ententes en matière de recouvrement, le processus pourrait avoir de fortes répercussions sur la santé publique. L'Organisation mondiale de la santé renforce la position selon laquelle les poursuites doivent favoriser en priorité l'obtention de bénéfices pour la santé publique :

« Une étude réaliste des litiges portant sur le tabac au cours des cinquante dernières années, alliée à la reconnaissance du tabagisme comme problème mondial de santé publique, indique que les décisions liées aux poursuites et aux redressements recherchés doivent s'appuyer non pas sur le recouvrement d'importantes sommes d'argent, mais sur le désir de favoriser de manière significative les avancées en matière de santé publique. » [Traduction libre.]

Toute étude réaliste de ce qui s'est passé aux États-Unis révélera que les procès et les négociations y ont abouti à des résultats mitigés pour la santé publique. Nous croyons néanmoins

que si les procureurs généraux et les ministres de la Santé maintiennent la santé en tête des objectifs du recouvrement, on peut espérer des gains en cette matière.

Ci-dessous, nous faisons état de quatre résultats escomptés en faveur de la santé publique. Les organismes de santé y ajouteront certainement d'autres recommandations.

1. **Divulgence de documents :** À elle seule, l'entente du Minnesota a mis au jour 40 millions de pages provenant de documents internes de l'industrie – l'une des plus importantes percées du siècle dernier quant au contrôle du tabac. La divulgation de leurs équivalents canadiens serait fort précieuse, car les législateurs, le public et les médias en apprendraient beaucoup sur les fabricants. Vu le rôle inestimable que cela jouerait dans le cadre de débats médiatiques ou lors de la mise au point de programmes et de politiques de lutte contre le tabagisme, il est impératif que les provinces considèrent cet aspect comme un objectif prioritaire.
2. **Information de la population :** La couverture médiatique gratuite du processus judiciaire engendrerait des bénéfices énormes en matière de sensibilisation du public, dépassant sans nul doute les effets d'une onéreuse campagne de contrôle du tabac. Des renseignements sur l'inconduite de l'industrie encourageraient la prévention du tabagisme auprès des jeunes, de même que l'abandon du tabac, tant au sein de ce groupe que chez les adultes.
3. **Adoption de règlements axés sur le rendement :** Selon cette réforme, l'industrie devrait assumer elle-même la responsabilité des dommages causés par ses produits. On pourrait ainsi exiger un taux de tabagisme différent au sein du public, et ce, d'une façon mesurable. Les fabricants qui n'engendreraient pas la réduction de consommation demandée seraient frappés de lourdes amendes. En d'autres termes, les profits de l'industrie seraient plus élevés si elle respectait le règlement que si elle tentait de contourner les objectifs de santé prescrits en cour.

Devant les fortes pressions exercées par les poursuites aux États-Unis, l'industrie américaine a accepté de se soumettre à ce genre de mesures (« look-back provisions ») dans le cadre du *Global Settlement Agreement* présenté au Congrès en 1997, mais le projet de loi a été rejeté. Puis, lors de la poursuite pour fraude intentée par le gouvernement fédéral contre les géants du tabac, le ministère de la Justice des États-Unis a réclamé une approche similaire à la juge. Mais même si celle-ci a souligné que l'industrie se livrait à un racket, elle n'a pu incorporer une telle exigence à son jugement – non pas parce que cela aurait abouti à un échec, mais parce que cela lui avait été interdit par une décision antérieure en cour supérieure. Néanmoins, cet exemple démontre qu'un règlement axé sur le rendement est une option réaliste et que si l'industrie canadienne risque la faillite, elle pourrait être contrainte d'accepter cette réforme, tout comme ses parents américains.

4. **Création d'un fonds pour la lutte antitabac :** Une portion significative des coûts recouverts devrait servir à réparer les dommages causés par l'inconduite de l'industrie, par exemple en étant versés dans un fonds indépendant des gouvernements pour financer les éléments non législatifs d'un programme exhaustif de contrôle du tabac. Les mesures ainsi mises sur pied ne seraient soumises ni à l'approbation de l'industrie ni aux pressions gouvernementales.

Bien qu'il s'agisse d'un précédent imparfait, c'est ainsi que la American Legacy Foundation a été créée aux États-Unis à la suite du *Master Settlement Agreement*.

**Risques propres aux poursuites provinciales :  
les piètres ententes de 2008 et de 2010 quant à la contrebande**

Alors que les provinces déclenchent leurs procès contre l'industrie, les organismes en faveur du contrôle du tabac éprouvent des préoccupations dont nous souhaitons ici faire état.

Il faut éviter une réédition des ententes discréditées que nos gouvernements ont conclues en 2008 avec Imperial Tobacco Canada Limitée, Rothmans, Benson and Hedges (RBH), Rothmans Inc., puis en 2010 avec JTI-Macdonald (JTI), R.J. Reynolds Tobacco (RJR) et Northern Brands International, Inc. Bien que ces accords aient été présentés au public comme un triomphe de la primauté du droit, ils étaient franchement inadéquats et ont été qualifiés d'ententes de faveur ayant largement raté leur cible en matière de santé publique. L'Association pour les droits des non-fumeurs en a rédigé une critique détaillée, que nous joignons au présent envoi.

Voici quelques-unes des faiblesses relevées dans l'entente de 2008 :

- (a) **Absence de transparence** – Bien avant que l'entente n'ait lieu, des accusations criminelles avaient été déposées et une poursuite avait été lancée contre JTI-M, RJR, Northern Brands et certains cadres. Mais bien que la Gendarmerie royale ait effectué des perquisitions dans les locaux d'Imperial et de RBH, aucune accusation n'a été portée et aucune poursuite n'a été intentée contre ces entreprises ou leurs dirigeants, même après des années d'enquête. Les organismes de santé considéraient que l'enjeu était d'une importance considérable pour la justice et la santé publique, mais le jour de l'entente, les compagnies n'ont reconnu leur culpabilité que pour un délit d'apparence futile en vertu de la *Loi sur l'accise*, et non pour avoir conspiré, commis une fraude, participé à un crime ni tiré profit de celui-ci. Le public est resté dans l'ignorance des discussions qui ont mené à l'entente et, en l'absence de poursuite et d'accusations criminelles, il n'a pu saisir l'ampleur des méfaits balayés sous le tapis.
- (b) **Pénalités financières dérisoires** – Puisque 10 milliards de dollars avaient été demandés à JTI-M, RJR, Northern Brands et leurs partenaires en vertu d'une ordonnance de la Couronne interdisant toute autre réclamation, on estime que la somme exigée d'Imperial, de RBH et de Rothmans en lien avec la contrebande aurait dû dépasser 20, voire 30 milliards de dollars. Or, les gouvernements fédéral et provinciaux se sont contentés de 1,15 milliard (amendes et dommages-intérêt compris), soit moins de 5 % d'une réclamation crédible. Et comme cette somme est payable en plusieurs années, elle pourra être remboursée en dollars dévalués, ce qui réduit de beaucoup la valeur de l'entente.

Paul Finlayson, un ancien dirigeant de la société mère d'Imperial qui avait aidé à planifier la contrebande et qui était au cœur de l'action, a qualifié l'enquête de la GRC de « farce », et le montant du règlement de « démentiel » et de « menue monnaie » (William Marsden, la *Gazette* de Montréal, 6 septembre 2008, traduction libre). Ses remarques montrent avec éloquence à quel point le recouvrement est inadéquat, notamment sur le plan de la dissuasion.

- (c) **Aucune divulgation de documents internes de l'industrie** – À la différence de l'accord négocié par l'État du Minnesota, l'entente n'a mis au jour aucun document qui aurait pu éclairer le public sur (a) le rôle de l'industrie dans le cadre de la contrebande et dans l'affaiblissement des efforts pour contrer l'épidémie de tabagisme, (b) les bénéfices pour la santé d'une taxation élevée du tabac, et (c) la façon d'endiguer la contrebande à l'avenir.
- (d) **Principe de dissuasion miné par l'immunité accordée aux dirigeants des entreprises** – L'entente a exonéré les dirigeants d'Imperial et de Rothmans de toute responsabilité criminelle. Une telle élimination des mesures dissuasives à l'égard de conspirations frauduleuses qui entraînent des milliers de décès envoie un message dévastateur au public et au monde des affaires.
- (e) **Éléments d'entente basés sur les futures ventes de tabac** – Un compromis qui dépend de la continuation des affaires des entreprises crée un conflit inacceptable entre les objectifs de la santé publique et la dépendance renouvelée des gouvernements aux revenus de l'industrie.
- (f) **Compensation inadéquate pour les effets de la baisse des taxes sur le tabac en 1994** – Si les gouvernements avaient tenu compte de la perte de futurs revenus fiscaux due à la chute des taxes suscitée par la contrebande, ils auraient pu ajouter des milliards de dollars à leurs réclamations. Le recouvrement de ce manque à gagner a été abandonné au fil des palabres.

La critique de l'entente d'avril 2010 avec JTI-M, RJR et Northern Brands est fort semblable à celle des négociations avec Imperial, RBH et Rothmans, deux ans plus tôt. Les gouvernements réclamaient un total de 10 milliards de dollars. On ne s'étonnera pas d'apprendre que RJR, l'ancienne société mère de JTI-M (alors nommée RJR-Macdonald), a accepté un règlement de 325 millions. JTI-M a versé 150 millions, et Northern Brands (la défunte filiale de R.J. Reynolds), 75 millions – soit 550 millions en tout.

Mais il y a plus inquiétant. Une fois que la Couronne a qualifié la conspiration criminelle de « plus important délit de cette nature de l'histoire du Canada », une fois que la Gendarmerie a dépensé des millions sur ses enquêtes (dont une enquête préliminaire de plusieurs mois sur les accusations portées au criminel), une fois que l'enquête préliminaire a acculé JTI-M et l'un de ses principaux dirigeants à un procès, et une fois que la Cour d'appel a demandé au tribunal de première instance d'envisager d'autres procès– bref, une fois que tous ces fonds publics ont été dépensés, les cadres des entreprises ont échappé aux poursuites criminelles, comme en 2008.

Compte tenu de tout cela, nous désirons nous assurer que les provinces et les territoires feront le nécessaire pour atteindre leurs buts lors des démarches propres au recouvrement du coût des soins de santé, tout en veillant à conserver l'appui du public au cours de ce qui pourrait être une très longue poursuite.

**Tenir compte des parties prenantes** – Bien que les organismes de santé et les autres intervenants du milieu ne participent pas aux poursuites, ils se soucient grandement du processus de recouvrement. Au fil du temps, nous avons consacré des centaines des millions de dollars à la

recherche sur les maladies liées au tabac, fourni services et soutien à leurs victimes et encouragé la prévention et la cessation. À grands frais, il nous faudra également procurer de tels services aux futures victimes de la fraude et de la négligence présumées de l'industrie. Vu les importantes conséquences du litige sur notre travail, nous estimons que notre point de vue doit être pris en considération et incorporé aux démarches.

**Placer la santé publique parmi les principaux objectifs des poursuites** – À ce jour, trop peu de procureurs généraux semblent considérer la santé publique comme un élément important de leur démarche. Par exemple, la Colombie-Britannique a bien mentionné les répercussions pour la santé en lançant sa poursuite, mais en Ontario, cet aspect n'a pas été mentionné lors du dépôt de la loi facilitant le recouvrement, ou dans les communiqués et les conférences de presse qui ont annoncé la réclamation. À ce jour, les organismes de santé n'ont pas été consultés quant aux résultats escomptés, et les provinces n'ont tenu aucune discussion autour des réformes proposées.

**Faire appel à des conseillers juridiques externes** – Les réactions passées de l'industrie aux poursuites nous laissent soupçonner que bien des provinces et des territoires ne pourront atteindre efficacement leurs objectifs en recourant uniquement à des conseillers juridiques internes. Compte tenu des tactiques vraisemblables des défenseurs et des ressources limitées dont disposent les avocats du gouvernement, nous croyons qu'il n'est pas réaliste d'envisager une issue satisfaisante sans recourir à une expertise externe de premier plan (voir "Symposium – Tobacco Regulation: The Convergence of Law, Medicine and Public Health," *William Mitchell Law Review*, vol. 25, no 2, 1999<sup>1</sup>). Nous ne doutons pas de la compétence des services juridiques internes des provinces, mais craignons que leurs ressources soient bien limitées par rapport à l'immensité de la tâche à accomplir. C'est ce qui fait que plusieurs provinces se constituent présentement une équipe formée de conseillers à l'interne *et* à l'externe.

**Envisager un long procès** – D'après nos conseillers juridiques principaux et les professeurs de droit que nous avons consultés après avoir étudié les négociations ayant eu lieu aux États-Unis, les fabricants n'envisageront avec sérieux l'option de négocier que si les procureurs généraux du Canada se préparent à un procès et, idéalement, traduisent l'industrie devant les tribunaux, comme le montre l'expérience du Minnesota (voir l'article de la *William Mitchell Law Review* cité précédemment). En l'absence d'un procès ou de la perspective bien réelle d'un affrontement en cour, les géants du tabac exigeront que les provinces fassent d'énormes concessions pour atteindre une entente à l'amiable. Dans un tel contexte, il sera impossible d'atteindre les principaux buts de la tentative de recouvrement.

**Contre la désinformation de l'industrie** – Puisque les fabricants déclencheront inévitablement une intense campagne de désinformation en réponse au litige, les procureurs généraux et les ministres de la Santé devront faire preuve d'initiative et être prêts à relever ce défi. Même si la primauté du droit ne dépend pas du soutien de la population, la confiance du public à l'égard des poursuites s'avérera précieuse. Lorsque l'industrie clamera que les gouvernements ont jusqu'ici été ses « partenaires principaux », il faudra aider les gens à comprendre qu'aucun palier de gouvernement n'a participé aux complots et aux fraudes que l'on reproche aux fabricants.

---

<sup>1</sup> Non disponible en ligne; peut être obtenu auprès de la Campagne pour obtenir justice face à la fraude du tabac.

Monsieur le Procureur général, / Madame la Procureure générale, / Monsieur le Ministre, / Madame la Ministre, la communauté de la santé considère qu'il est crucial de souligner l'importance des poursuites liées au recouvrement du coût des soins de santé, tout en veillant à ce que cette démarche produise des retombées positives pour la santé publique. Nous vous incitons vivement à prendre note de nos préoccupations et de nos recommandations. De notre côté, nous veillerons à sensibiliser le public et à vous assurer son soutien dans ce dossier.

Veillez agréer l'expression de nos sentiments respectueux.

Garfield Mahood, O.C.  
président  
Campagne pour obtenir  
justice face à  
la fraude du tabac

Robert Solomon, LL.B., LL.M.  
professeur émérite  
Faculty of Law et Interfaculty  
Program on Public Health  
Western University

Fernand Turcotte, M.D.,  
M.S.P., FRCPC  
Professeur émérite  
de médecine préventive et de  
santé publique, Faculté de  
médecine, Université Laval

**Au nom des signataires suivants, dont l'accord est conservé aux dossiers de la Campagne pour obtenir justice face à la fraude du tabac:**

**Leigh Allard**, présidente et chef de la direction, The Lung Association, Alberta et Territoires du Nord-Ouest

**David J. Allison**, M.D., FRCPC, médecin hygiéniste, Eastern Health, Mount Pearl, Newfoundland

**Paul Alofs**, président et chef de la direction, The Princess Margaret Cancer Foundation

**Mark Asbridge**, M.A., Ph. D., professeur agrégé, Department of Community Health and Epidemiology, Department of Emergency Medicine, Dalhousie University

**Mary Jane Ashley**, M.D., professeure émérite de santé publique, Faculté de médecine, Université de Toronto, et présidente, Comité d'experts sur le renouvellement de la stratégie de lutte antitabac en Ontario (1999)

**Donald Aubin**, M.D., directeur de la santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean



**Rachel Bard**, inf. aut., M.A. Éd., directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada

**Lori Barker**, directrice générale, Société canadienne du cancer, division de l'Île-du-Prince-Édouard

**Alain Beaupré**, M.D., président, Association des pneumologues de la province du Québec

**Lilianne Bertrand**, M.B.A., présidente, Association pour la santé publique du Québec

**Mathieu Bernard**, M.D., président, Association des médecins d'urgence du Québec

**Michael Blair**, ministre exécutif, L'Église en mission, Église Unie du Canada

**John Blatherwick**, C.M., OBC, CD, M.D., FRCPC, médecin hygiéniste en chef (1984-2007), Ville de Vancouver et Vancouver Coastal Health

**Yv Bonnier-Viger**, M.D., M.Sc., M.M., CSPQ, FRCPC, président  
Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec

**Jack Boomer**, directeur, Clean Air Coalition of British Columbia

**Françoise Bouchard** M.D., M.P.H., FRCPC, directrice de santé publique par intérim, Agence de la santé et des services sociaux du Nunavik

**Marcel Boulanger**, M.D., FRCP(c), Medical Director (retired), Montreal Heart Institute

**Debbie Brown**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur du Manitoba

**Mary Ann Butt**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur de Terre-Neuve et du Labrador

**Paul Byrne**, MB, ChB, FRCPC, Interim Director, John Dosssetor Health Ethics Centre, University of Alberta

**Kevin Coady**, directeur général, Newfoundland and Labrador Alliance for the Control of Tobacco

**Joanna Cohen**, Ph. D., professeure agrégée, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

**L'honorable Mary Collins**, C.P., directrice, B.C. Healthy Living Alliance Secretariat, et ex-ministre de la Santé et du Bien-être social, Canada

**Charlotte Comrie**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard

**Dan Connolly**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick

**Jean-Pierre Courteau**, M.D., M.Sc., FRCPC, directeur de santé publique par intérim, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

**Ariane Courville**, M.D., M.Sc., directrice de santé publique par intérim, Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine

**Ian Culbert**, directeur général, Association canadienne de santé publique

**Marsha Davidson**, Executive Director, Breast Cancer Society of Canada

**Guy Desrosiers**, chef de la direction, Capsana

**Flory Doucas**, B. Sc., D.E.S.S. env. prév., codirectrice, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac

**Suzanne Dubois**, M.B.A., directrice générale, Société canadienne du cancer, division du Québec

**Pierre J. Durand**, M.D., M. Sc, FRCPC, CSPQ, CMFC, professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

**Céline Duval**, présidente provinciale, Association féminine d'éducation et d'action sociale

**David H. Eidelman**, MD, CM, FRCPC, CACP, Vice Principal (Health Affairs) and Dean, Faculty of Medicine, McGill University

**Stéphane Elkouri**, M.D., M.Sc., FRCSC, secrétaire, Association des chirurgiens vasculaires du Québec

**Charl Els**, B.M.B.Ch., F.C.Psych., M. Méd. Psych., ABAM, MROCC, professeur clinicien agrégé (auxiliaire), School of Public Health, University of Alberta

**Robert G. Evans**, OC, PhD, FRCS, FAHS, University Killam Professor, Centre for Health Services and Policy Research, Professor, Department of Economics, University of British Columbia

**Roberta Ferrence**, Ph. D., professeure, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

**Barbara Fitzgerald**, inf. aut., M. Sc. Inf., présidente, Association canadienne des infirmières en oncologie

**J. Mark FitzGerald**, M.D., M.B., FCCP, FRCPI, FRCPC, président, Société canadienne de thoracologie

**Pamela C. Fralick**, M.A., M.A.P., IAS.A., présidente et chef de la direction, Société canadienne du cancer

**Lorraine Fry**, directrice générale, Association pour les droits des non-fumeurs

**John M. Garcia**, Ph. D., directeur par intérim et professeur agrégé, School of Public Health and Health Systems, Applied Health Sciences, University of Waterloo

**Mélissa Généreux**, M.D., M.Sc., FRCPC, directrice de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

**Murray Gibson**, directeur général, Manitoba Tobacco Reduction Alliance

**Francis Gilbert**, président, Fédération des kinésiologues du Québec

**Isabelle Goupil-Sormany**, M.D., directrice de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Maurice et du Centre-du-Québec

**Éric Goyer**, M.D., directeur de santé publique par intérim, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, des Laurentides et du Nord-du-Québec

**Lynn Greaves**, présidente, Saskatchewan Coalition for Tobacco Reduction

**Doris Grinspun**, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL. D. (hon), O. Ont., directrice générale, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

**Gordon Guyatt**, MD, MSc, FRCPC, OC, Distinguished Professor, Departments of Clinical Epidemiology and Biostatistics and Medicine, McMaster University

**George Habib**, président et chef de la direction, Ontario Lung Association

**Les Hagen**, directeur général, Action on Smoking & Health, Alberta

**Donna Hastings**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

**David H. Hill**, C.M., c.r., associé fondateur, Perley-Robertson, Hill & McDougall LLP, Ottawa

**Roger Hodgkinson**, M.A., M.B., B. Chir. (Cantab), FRCPC, président, Bio-ID Diagnostic Inc. (une entreprise biotechnologique canadienne), Saskatoon

**Dan Holinda**, M. Serv. Soc., directeur général, Société canadienne du cancer, division de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest

**C. Stuart Houston**, O.C., SOM, D. Litt., J.C.D., M.D., FRCPC, professeur émérite, Department of Medical Imaging, Université de la Saskatchewan

**Howard Hu**, MD, MPH, ScD, Dean, Professor of Environmental Health, Epidemiology and Global Health, Dalla Lana School of Public Health, and Professor of Medicine, University of Toronto

**Alex Hukowich**, MD, CCFP, Medical Officer of Health, Kawartha, Pine Ridge District Health Unit and Coroner, County of Northumberland (retired)

**Allan C. Hutchinson**, LL. B., LL. M., LL. D., FRSC, professeur distingué et ex-doyen associé, Osgoode Hall Law School, Université York

**François Jean**, président-directeur général, Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux

**Martin Kabat**, chef de la direction, Société canadienne du cancer, division de l'Ontario

**Barbara Kaminsky**, chef de la direction, Société canadienne du cancer, division de la Colombie-Britannique et du Yukon

**Keith Karasin**, directeur général, Société canadienne du cancer, division de la Saskatchewan

**Joel Kettner**, MD, MSc, FRCSC, FRCPC, Public health physician, Associate Professor, University of Manitoba, medical director, International Centre for Infectious Diseases, Manitoba Chief Medical Officer of Health (1999-2012)

**Milan Khara**, B.M. B.Ch., CCFP, ABAM, professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

**Réal Lacombe**, M.D., M.H.P., directeur de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux d'Abitibi-Témiscamingue

**Lorie Langenfurth**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur de la Saskatchewan

**Donald B. Langille**, M.D., M. Sc. Santé, professeur, Community Health & Epidemiology, Faculty of Medicine, Dalhousie University

**André Lavallière**, D.M.D., président, Association des dentistes en santé publique du Québec

**Trudo Lemmens**, Lic. Jur., LL. M, D.C.L., professeur agrégé, Scholl Chair in Health Law and Policy, Faculté de droit, Université de Toronto

**Philippe Lessard**, M.D., M.Sc., directeur de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudières-Appalaches

**Richard Lessard**, M.D., M.S.P., CSPQ, FRCPC, directeur, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique de Montréal

**Isra G. Levy**, M.B. B.Ch., M. Sc., FRCPC, FACPM, médecin hygiéniste, Santé publique Ottawa, et président, Réseau canadien pour la santé urbaine (l'association des médecins hygiénistes de 18 grandes villes canadiennes)

**Joel Lexchin**, M.D., M. Sc., professeur, School of Health Policy and Management, Faculty of Health, York University

**Jane J. Ling**, B. Sc. Pharm., R. Ph., présidente, Pharmaciens pour un Canada sans fumée et CEASE

**Ondina Love**, CAÉ, directrice générale, Association canadienne des hygiénistes dentaires

**Menna MacIsaac**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur de la Nouvelle-Écosse

**Barbara MacKinnon**, présidente et chef de la direction, Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick

**Diego Marchese**, vice-président, Prévention, Fondation des maladies du cœur, et chef de la direction, Fondation des maladies du cœur de la Colombie-Britannique et du Yukon

**Tom McAllister**, chef de la direction, Fondation des maladies du cœur de l'Ontario

**Jaime McDonald**, BScPharm, PharmD, The Cancer Advocacy Coalition of Canada

**Mark McDonald**, directeur général, Société canadienne du cancer, division du Manitoba

**Scott McDonald**, président et chef de la direction, Association pulmonaire de la Colombie-Britannique

**David McKeown**, M.D.C.M., M.H.Sc., FRCPC, médecin hygiéniste, Bureau de santé publique de Toronto

**Krista McMullin**, présidente, Smoke-Free Nova Scotia

**Anne McTiernan-Gamble**, chef de la direction, Société canadienne du cancer, Nouveau-Brunswick

**Edmée Métivier**, chef de la direction – Québec, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

**Jack Micay**, M.D., président, MediCinema Ltée, Toronto

**Pierrette Michaud**, M.D., M.Sc., administratrice, Association des médecins omnipraticiens du Québec

**Paul Moist**, président national, Syndicat canadien de la fonction publique

**Claire Montour**, présidente, Fédération de la santé du Québec (CSQ)

**David L. Mowat**, B.M. B.Ch., M.S.P., FRCPC, médecin hygiéniste, Region of Peel Public Health

**Donald Neal**, M.D., CCFP, professeur auxiliaire, Department of Family Medicine, University of Western Ontario, et coroner, Goderich, Ontario

**Gaston Ostiguy**, M.D., M. Sc., FRCP(c), professeur agrégé, Centre universitaire de santé McGill, Institut thoracique de Montréal

**Régis Paradis**, Inf. Aux., président-directeur général, Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec

**David M. Patrick**, MD, FRCPC, MHSc, Professor and Director, School of Population and Public Health, University of British Columbia

**Michael Perley**, directeur, Ontario Campaign for Action on Tobacco

**Matthew Piercey**, directeur général, Société canadienne du cancer, division de Terre-Neuve et du Labrador

**Alain Poirier**, M.D., M.Sc., FRCPC, directeur de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Jean Poirier**, D.M.D., FRCDC, président, Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec

**Brian Postl**, MD, Dean of Medicine, Dean and Vice-Provost Health Sciences, University of Manitoba

**Michael Rachlis**, MD, MSc, FRCPC, LLD (Hon), Adjunct Professor, University of Toronto

**Heidi Rathjen**, B. Ing., LL. D. (hon.), Dr h. c., M. Sc., codirectrice, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac

**Barbara Riley**, Ph. D., directrice générale, Propel Centre for Population Health Impact, Faculty of Applied Health Sciences, University of Waterloo

**Cheryl M.G. Robertson**, B.A., B. Ens., M. Éd., directrice, Conseil des gouverneurs, New Brunswick Community College (campus de Saint John), et ancienne présidente de la Société canadienne du cancer, division du Nouveau-Brunswick

**Jean Rochon**, LL. L., M.D., Dr S.P., expert associé, Institut national de santé publique du Québec, ministre, Santé et Services sociaux, Québec (1994-1998), et directeur, division de la protection et de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé (1990-1994)

**Nathalie Rodrigue**, T.M., R.T., présidente, Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec, et présidente, Coalition Priorité Cancer au Québec.

**Rocco Rossi**, président et chef de la direction, Cancer de la prostate Canada

**Alain Roy**, directeur général, Réseau du sport étudiant du Québec

**Denis Roy**, MD, FRCP(c), Direction générale, Institut de cardiologie, Université de Montréal

**David Saltman**, M.D., Ph. D., Vancouver Island Cancer Centre, B.C. Cancer Agency

**Richard Schabas**, M.D., M.H. Sc., FRCPC, médecin hygiéniste, Hastings and Prince Edward Counties Health Unit, et médecin hygiéniste en chef, Ontario (1987-1997)

**Stanley S. Schumacher**, c.r., avocat, Schumacher Gough & Co., Drumheller, Alberta

**Robert Schwartz**, PhD, Executive Director, Ontario Tobacco Research Unit, Senior Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Associate Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

**David Sculthorpe**, président-directeur général, Fondation des maladies du cœur de l'Ontario

**Patricia Seaman**, inf. aut., B.N., M.N., Ph. D., au nom de la division du Nouveau-Brunswick / Île-du-Prince-Édouard de l'Association canadienne de santé publique, et vice-doyenne, UNB / Humber Collaborative, Faculty of Nursing, University of New Brunswick

**Mary-Pat Shaw**, présidente par intérim et chef de la direction, Association pulmonaire du Canada

**Christopher Sikora**, M.D., M. Sc., M.S.P., CCFP, FRCPC, médecin hygiéniste, Alberta Health Services, Edmonton

**Harvey Skinner**, PhD, Cpsych, FCAHS, Dean, Faculty of Health, York University

**Richard S. Stanwick**, M.D., M. Sc., FRCPC, FAAP, médecin hygiéniste en chef,  
Vancouver Island Health Authority

**Barbara Stead-Coyle**, chef de la direction, Société canadienne du cancer, division de la  
Nouvelle-Écosse

**Linda Stewart**, B.A., M.B.A., directrice générale, Association of Local Public Health Agencies,  
Ontario

**Larry Stinson**, BSc, MPA(M), President, Ontario Public Health Association

**Tim Stockwell**, Ph. D., FCAHS, M.A. (Oxon), M. Sc., directeur, Centre for Addictions Research  
of British Columbia, Professor, Department of Psychology, University of Victoria

**David Sweanor**, J.D., professeur auxiliaire de droit, Université d'Ottawa

**Jean-Pierre Trépanier**, M.D., M.Sc., FRCPC, directeur de santé publique, Agence de la santé et  
des services sociaux de Lanaudière

**Jocelyn Vachon**, président, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

**Jim Winslow**, M.A., M. Sc., Ph. D., Programme de neuroscience, Faculté de médecine,  
Université de Toronto

**Kue Young**, CM, MD, FRCPC, DPhil, FCAHS, Professor and Dean, School of Public Health,  
University of Alberta

**Catherine Zahn**, President and Chief Executive Officer, Centre for Addiction and Mental  
Health

**Jean Zigby**, M.D., président du comité Santé et environnement, Collège québécois des médecins  
de famille