INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Monopole d'État : encadrer pour protéger la santé

QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE — COMPRENDRE POUR AGIR Mai 2026

EN BREF

- Un monopole d'État traduit une situation où le gouvernement se réserve le droit, plus ou moins exclusif, de produire, de distribuer ou de vendre un bien ou un service dans l'intérêt général.
- Par le contrôle de produits pouvant nuire à la santé, les monopoles d'État constituent de puissants outils d'intervention en santé publique.
- Plus précisément, les monopoles d'État peuvent prévenir et réduire les méfaits liés à la consommation de certains produits, tout en permettant de redistribuer les profits générés par leur vente au bénéfice de la collectivité.
- Les formes et les fonctions des monopoles d'État varient selon leur mission. Lorsque celle-ci comporte un volet visant explicitement la santé publique, comme le monopole de vente d'alcool en Suède ou la Société québécoise du cannabis, les bénéfices sur la santé de la population sont d'autant plus importants.

MISE EN CONTEXTE

Dans son *Plan stratégique 2023-2027*, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) s'est engagé à sensibiliser la population et les décideurs aux enjeux de santé publique. En abordant divers sujets mobilisant ses experts, la collection « Question de santé publique » contribue à promouvoir une culture de santé publique et de prévention au Québec.

De manière cyclique, les monopoles d'État font l'objet de débats publics. Certains critiquent l'offre de produits, les modalités de vente ou de prestation de services et les prix. D'autres les dépeignent comme une entrave au commerce interprovincial. Les menaces de fermeture de succursales, en contexte de négociations collectives ou de ralentissements d'activités, relancent les discussions sur leur privatisation et sur le rôle de l'État dans ces marchés.

L'INSPQ répond à la question : dans quelle mesure les monopoles d'État peuvent-ils être des outils de santé publique ?

Québec

LA RAISON D'ÊTRE DES MONOPOLES D'ÉTAT

Un monopole public réserve à une société d'État, dans un certain degré d'exclusivité, le droit de produire, de distribuer ou de vendre un bien ou un service. Pourquoi les autorités étatiques s'engagent-elles dans des activités commerciales alors que des acteurs privés peuvent s'en charger ? Elles le font pour servir différents objectifs en faveur de l'intérêt général d'une population.

Des États instaurent des monopoles pour développer un marché ou assurer un service dont les coûts de mise en place des infrastructures sont trop élevés pour le secteur privé. Pensons à l'hydroélectricité, aux réseaux ferroviaires, ou encore à la poste.

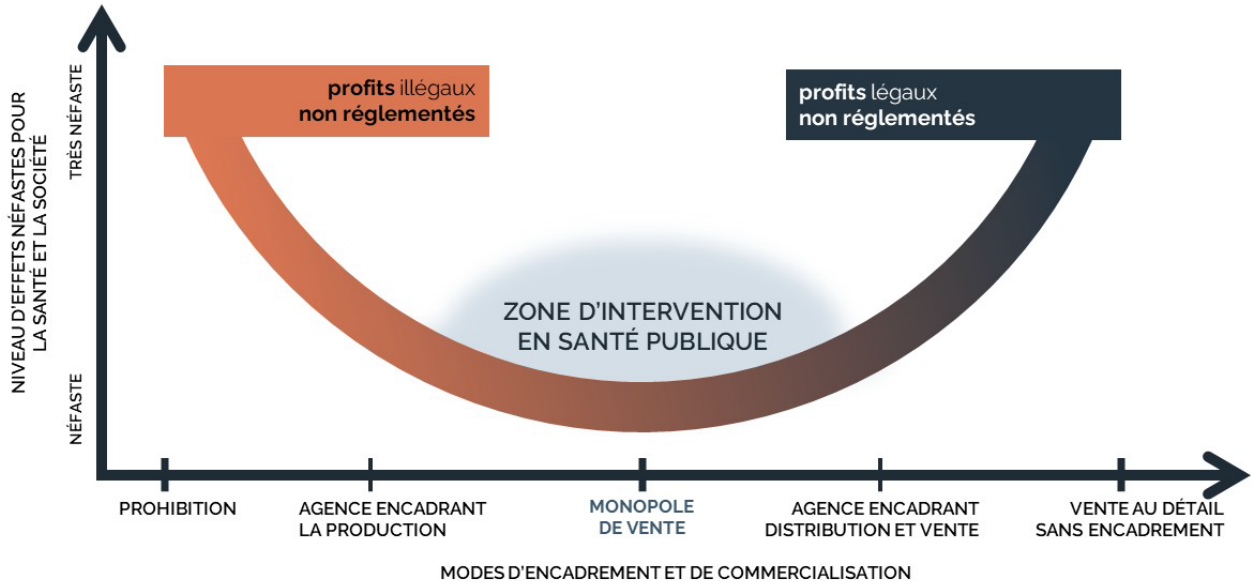
D'autres s'en servent pour fixer des quotas et les prix de certains produits, contribuant ainsi à stabiliser un secteur d'activité économique, par exemple, en agroalimentaire.

Enfin, des monopoles ont été mis sur pieds afin d'encadrer des marchés lucratifs de produits potentiellement néfastes et souvent contrôlés par des milieux clandestins (Room et Ornberg, 2019). Tel est le cas de l'alcool, du cannabis, du tabac ou des jeux de hasard et d'argent, dont les méfaits sociaux et sanitaires, causés en partie par leur prohibition, sont bien documentés (Werb et coll., 2011).

Un survol de l'histoire de Montréal au 20e siècle nous rappelle comment le crime organisé a eu pendant des décennies main mise sur les activités liées au jeu et à l'alcool avant la création des monopoles, avec toute la violence que cela impliquait pour la *ville* dite ouverte (Brodeur, 2011). La prévention de la fraude, de la corruption ou des crimes associés au trafic et au blanchiment d'argent incite donc aussi les États à mieux réguler ces marchés. Le monopole ainsi institué devient un outil de politique pour assurer la protection de la santé et de la sécurité de la population (Murray-Hall c. Québec, 2023).

En excluant le crime organisé et, dans une certaine mesure, les entreprises privées, ces monopoles publics entrent en tension avec le libre marché. Ils doivent offrir des produits assez intéressants pour détourner les consommateurs du marché illicite, afin de redistribuer les profits générés par leur vente, sans pour autant stimuler indûment leur consommation. De tout temps, la concurrence entre les visées préventives et les promesses de revenus pour l'État constitue une dimension centrale de ces monopoles (Room, 2020).

Figure 1 Continuum des modes de commercialisation des produits potentiellement néfastes pour la santé et leurs effets sur la santé



Adapté de Apfel 2014 « Cannabis: from prohibition to regulation ».

De la production à la vente : différents types de monopoles publics

Les monopoles publics qui encadrent des produits potentiellement néfastes pour la santé présentent des caractéristiques communes. Ils ne sont toutefois pas identiques, puisque les produits contrôlés et les contextes dans lesquels ils opèrent varient grandement (Hellman, 2024). Dans les faits, plusieurs ne correspondent pas à un monopole au sens strict, car ils doivent conjuguer avec la compétition d'acteurs privés, à but lucratif ou non. Par exemple, les loteries gérées par l'État, comme Loto-Québec, coexistent avec des loteries ou bingos d'organismes charitables, dont les sommes collectées servent à financer diverses causes (Sulkunen et coll., 2018).

L'éventail des modèles de monopoles publics se déploie selon le degré de contrôle et d'exclusivité étatique souhaité tout au long de la chaîne production-distribution-vente des biens et services.

L'Administration nationale du monopole du tabac en Chine illustre un modèle qui contrôle l'ensemble de la chaîne. Cette société d'État, sous la gouverne du ministère de l'Industrie, gère la production, la distribution et la vente des produits du tabac sur tout le territoire chinois. Avec ses visées commerciales expansionnistes, l'Administration nationale constitue la plus grande industrie du tabac dans le monde. Il y a une décennie, elle produisait déjà plus du tiers des cigarettes en circulation (Fang, Lee et Sejpal, 2016). Parallèlement, le pays s'est récemment doté d'ambitieuses cibles de réduction du tabagisme, puisque sa prévalence demeure élevée (Guo et Quan, 2020). Cependant, les mesures de santé publique mises de l'avant ont été jugées insuffisantes par certains, dénonçant la primauté des orientations commerciales du monopole chinois (Rychert et coll., 2026).

L'Instituto de Regulación y Control del Cannabis en Uruguay offre un modèle distinct, bien que cette entité gouvernementale supervise aussi l'ensemble de la chaîne. Contrairement au monopole du tabac chinois, cette agence ne prend pas part directement aux activités commerciales et elle n'a pas l'obligation de générer des revenus. Elle octroie des licences de production du cannabis à des fins industrielle ou de consommation personnelle. Elle contrôle aussi la distribution des produits issus de la production industrielle et vendus dans les pharmacies, auxquelles elle délivre des licences de vente. L'approche uruguayenne de légalisation du cannabis telle qu'implantée en 2013 est résolument ancrée dans une perspective de lutte au narcotrafic et de santé publique (Gandilhon et coll., 2018).

L'approche mixte : une option courante

Un autre modèle : l'État régule des entreprises privées investies dans un maillon de la chaîne, tout en prenant part activement dans un autre. C'est le cas de l'Ontario en matière d'alcool. La Commission des alcools et des jeux de l'Ontario (CAJO) réglemente les activités et octroie les permis de vente au détail à des commerçants privés, comme les épiceries. De son côté, la Liquor Control Board of Ontario (LCBO) agit comme monopole grossiste. Elle centralise l'approvisionnement, facilite les commandes de boissons alcoolisées admissibles et leur livraison aux titulaires de permis. Elle exploite également des succursales de vente au détail.

Des États choisissent de réserver à un monopole public la vente en ligne de certains produits, et de permettre aux acteurs privés la vente au détail dans les boutiques physiques. L'Ontario a privilégié ce modèle pour le cannabis, tandis que le Québec l'a adopté pour les jeux de hasard et d'argent. En effet, la Société ontarienne du cannabis est le seul grossiste et détaillant autorisé à vendre en ligne du cannabis récréatif, alors que Loto-Québec est l'unique opérateur autorisé à offrir des activités de pari sportif et de casino en ligne.

D'autres monopoles publics consacrent l'essentiel de leurs activités à la vente. La Société québécoise du cannabis (SQDC) en fournit un exemple : elle détient l'exclusivité de la vente légale de cannabis non médical au Québec, tant en ligne que dans des boutiques ayant pignon sur rue. L'alcool fait aussi l'objet d'un monopole de vente assez strict en Suède. *Systembolaget*, le seul dépositaire autorisé à vendre des produits avec plus de 3,5 % d'alcool par volume, était responsable de 83,3 % des ventes d'alcool dans ce pays en 2025 (WHO, 2025).

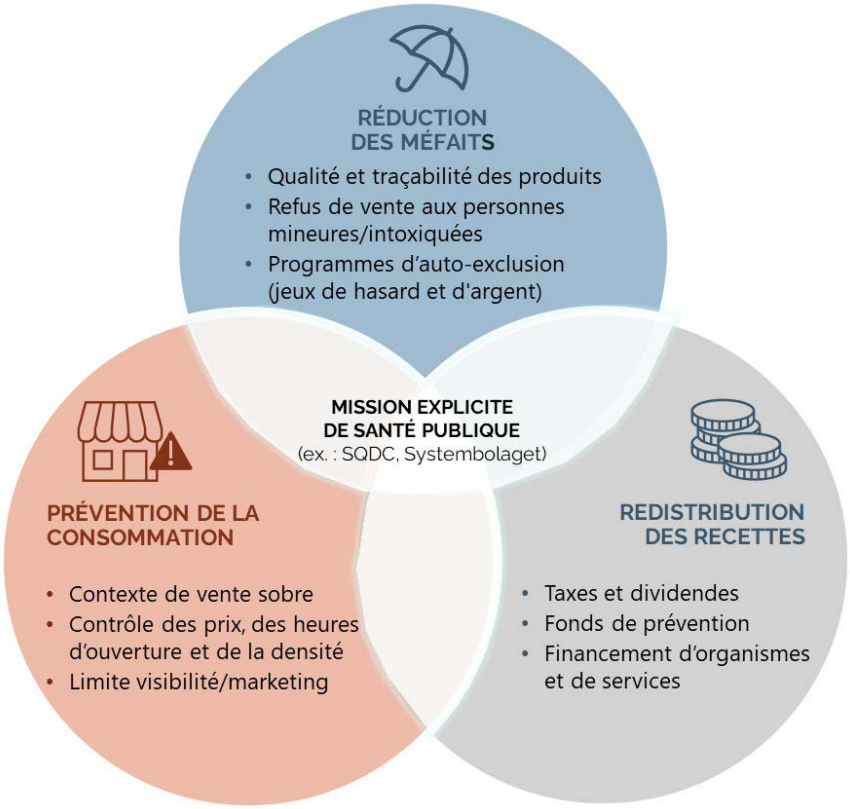
TROIS VISÉES DE SANTÉ PUBLIQUE

Il est reconnu que les monopoles d'État peuvent agir en fonction d'objectifs de santé publique (Room et Örnberg, 2019 ; Wilkins et coll., 2022). Le cas échéant, ils contribuent à prévenir la consommation de produits potentiellement néfastes, à en réduire les méfaits, ou à redistribuer les recettes de leur vente au bénéfice de la collectivité.

Concrètement, les monopoles d'État servent ces visées de santé publique de plusieurs manières :

- en assurant la sélection et la qualité des produits distribués et en contrôlant leurs prix ;
- en décourageant les marchés illicites ;
- en excluant les intérêts privés susceptibles de promouvoir la consommation par la publicité ou le lobbying ;
- en restreignant l'accessibilité des produits, notamment en limitant les heures d'ouverture et le nombre de lieux de vente ou encore ;
- en fixant des conditions strictes de vente, en particulier l'âge minimum requis pour se procurer ces produits (Room et Örnberg, 2019).

Figure 2 Trois visées potentielles de santé publique des monopoles d'État



Prévenir la consommation

D'une perspective de santé publique, ce qui entraîne une consommation nuisible à la santé n'est pas tant le statut légal d'un produit que les stratégies de commercialisation et sa banalisation. Les monopoles publics disposent de leviers pour agir directement sur ces dynamiques et en limiter les conséquences.

Un meilleur contrôle du contexte de vente et de l'accès aux produits

La lutte contre le tabagisme a démontré que plus les stratégies de mise en marché augmentent la visibilité d'un produit, améliorent son accessibilité, ou l'associent à un style de vie socialement enviable, plus ce produit sera consommé (WHO, 2025b).

Le prix des produits, la diversité et l'attractivité de l'offre, la densité et les heures d'ouverture des points de vente, le respect des lois encadrant la publicité et le marketing ou l'âge légal, constituent autant de facteurs influençant la consommation.

La vente au détail par des acteurs privés peut certes être encadrée pour limiter l'influence des facteurs qui contribuent à susciter la curiosité, à attirer de nouvelles clientèles et à banaliser ces produits. Un tel encadrement suppose toutefois d'autres modalités de contrôle et d'inspection étatiques. Or, celles-ci peinent souvent à suivre les stratégies innovantes déployées par certains acteurs pour contourner les cadres réglementaires. L'histoire de la lutte contre le tabagisme, tout comme l'encadrement récent des arômes dans les produits de vapotage, en témoignent.

Les monopoles permettent à l'État d'appliquer rapidement un contrôle direct sur les facteurs qui déterminent l'usage des produits. Ils peuvent notamment agir sur les prix : les garder suffisamment élevés pour dissuader l'usage, mais assez bas pour décourager le marché illicite. Ce type de contrôle permet aussi de limiter les baisses de prix, induites par la concurrence commerciale entre dépositaires privés, lesquelles entraînent parfois des conséquences sur la santé publique (Chapados et coll., 2016).

Dans certains cas, les monopoles agissent sur les stratégies de mise en marché, comme en privilégiant un aménagement sobre des lieux de vente qui n'incite pas à l'achat. Les États dotés d'un monopole public de vente au détail de l'alcool comptent généralement moins de boutiques, avec des heures d'ouverture moins étendues, que ceux où la vente repose sur des entreprises privées (Room et Ornberg, 2019).

La restriction de l'accessibilité est aussi un levier reconnu pour encadrer le marché des jeux de hasard et d'argent (Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2023). En effet, des études montrent un lien entre l'accessibilité géographique des lieux de jeux et la prévalence du jeu problématique chez les personnes qui demeurent à proximité (Welte et coll., 2016 ; Papineau et coll., 2020).

Le modèle scandinave de l'alcool

En mobilisant plusieurs leviers des monopoles publics, les pays nordiques ont réussi à réduire leur consommation moyenne d'alcool, au point d'en faire les pays européens où elle est la plus faible (WHO, 2025). Leurs monopoles ont aussi contribué à modifier les habitudes de consommation pour les orienter vers des produits jugés moins dommageables pour la santé.

Systembolaget, le monopole suédois de l'alcool, en offre un bon exemple (Ekström et Hansson, 2011). La campagne « Opération Vin », qui visait à décourager la consommation traditionnelle de spiritueux au profit de boissons moins concentrées en alcool, comme le vin, est largement dépeinte comme un succès (Servadio et Ostberg, 2024). Soulignons que la mission première de Systembolaget n'est pas la commercialisation de l'alcool, mais plutôt la réduction de sa consommation.

Au Canada, la consommation de cannabis chez les jeunes adultes a augmenté depuis sa légalisation (Kourgiantakis et coll., 2024). Cette hausse s'explique en partie par sa commercialisation et sa disponibilité accrue. Le Québec fait toutefois figure d'exception. Il se situe parmi les plus bas taux au pays pour la consommation de cannabis et les problèmes de santé qui y sont associés (Fischer et coll., 2024). Ce constat a conduit les National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine à recommander le monopole d'État pour la vente du cannabis comme modèle de politique à adopter (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2024).

Des effets clairs de la privatisation sur la hausse de la demande

L'Organisation mondiale de la Santé rappelait récemment que la privatisation de la vente au détail de l'alcool entraînait des hausses substantielles des ventes et de la consommation par habitant, en plus d'être étroitement associée à la consommation excessive (OMS, 2025). Ces effets ont été constatés à différents endroits. Dans l'État de Washington, la privatisation du monopole en 2011 a engendré une hausse significative des achats d'alcool (Barnett et coll., 2019). La même observation avait été faite auparavant dans d'autres États américains (Wagenaar et Holder, 1994). Une étude pancanadienne a estimé par le passé que la privatisation des monopoles de l'alcool au pays augmenterait la consommation de 10 à 20 % (Popova et coll. 2012). Une telle augmentation est d'ailleurs anticipée à la suite de la récente privatisation partielle de la vente d'alcool en Ontario (Giesbrecht et Myran, 2024). Enfin, en Australie, la densification progressive des points de vente, guidée par une logique de maximisation des profits, est significativement associée à une consommation accrue d'alcool chez les jeunes adultes (Foster et coll., 2018).

Des constats semblables ont été dégagés lors de la vague mondiale de privatisation des monopoles publics du tabac dans les années 1990. Dans plusieurs pays, elle aurait mené à la hausse de la consommation de tabac et à l'initiation tabagique à un plus jeune âge. Un marketing plus agressif, des systèmes de distribution et de vente plus efficaces, tout comme une baisse des prix découlant d'un marché plus compétitif, ont été jugés responsables de cette hausse (Gilmore, Fooks et McKee, 2011).

La comparaison des effets des monopoles publics et des régimes privés sur la consommation de jeux de hasard et d'argent demeure moins étudiée. Des travaux montrent néanmoins que les monopoles publics sont associés et à une consommation moindre de ces produits (Marionneau, Egerer et Nikkinen, 2021). À l'inverse, l'autorégulation prônée par les acteurs privés peut difficilement réaliser les objectifs de prévention et de santé publique souhaités. Malgré les conditions imposées lors de l'octroi des licences, le régime privé reste avant tout animé par la recherche du profit (Van Schalkwyk et coll., 2021).

Des entreprises étatiques imputables

De manière générale, les monopoles d'État rendent compte publiquement de leur responsabilité sociale. Agir en faveur de l'intérêt général est une particularité de ces entreprises qui légitime leur statut de monopole (Bernier et Farinas, 2008). Certains monopoles se sont même vu confier dans leur loi constitutive une mission explicite de santé publique ; c'est le cas de la Société québécoise du cannabis. Il en va de même des monopoles d'alcool en Finlande, Islande, Norvège et Suède, qui doivent prioriser l'objectif de protéger la santé de la population sur celui de générer des profits. Ces pays sont d'ailleurs reconnus comme exemplaires pour réduire la consommation et les méfaits liés à l'alcool (OMS, 2025).

Les modalités de gouvernance, dont le rôle du ministère responsable de la société d'État, influenceraient significativement l'ampleur de la commercialisation de ces produits et de la prévention de leur usage (Room et Ornberg, 2019). Dans une perspective de prévention et de réduction des méfaits, l'implication du ministère de la Santé est souvent considérée comme incontournable pour orienter et suivre les activités des monopoles (Chapados et coll., 2016).

Les monopoles publics offrent un potentiel accru d'accès aux données de vente, comparativement aux entreprises privées. Lorsque facilement accessibles et présentées selon les types de produits, concentrations, modes de consommation et profil des clientèles, ces données peuvent soutenir les efforts de prévention.

Les monopoles d'État sont parfois soumis à des exigences légales visant à renforcer leur responsabilité sociale. Celles-ci incluent, par exemple, la présence de membres indépendants au sein de leur conseil d'administration, ainsi que la mise en place de comités d'éthique et de vérification. Ces exigences favorisent la probité et la prise en compte d'autres considérations dans la conduite de leurs activités. L'adoption d'objectifs de planification stratégique et de développement durable, approuvés par les élus, constitue un rempart supplémentaire de défense de l'intérêt général que doivent servir les monopoles d'État (Bernier et Farinas, 2008). L'étude annuelle des crédits budgétaires, un exercice d'imputabilité auquel sont tenus les dirigeants d'entreprises publiques y contribue aussi.

Les déterminants commerciaux de la santé

Les pratiques par lesquelles les acteurs commerciaux influencent, positivement ou négativement, la santé de la population sont appelées les déterminants commerciaux de la santé. Depuis 2023, ils font l'objet d'un programme particulier de l'OMS, car ils sont associés à la hausse des maladies évitables, des dommages planétaires et des inégalités de santé. L'OMS-Europe attribue à quatre industries en particulier — tabac, malbouffe, énergie fossile et alcool — le tiers de la mortalité annuelle sur son territoire. À elles seules, ces industries seraient responsables de plus de 40 % des décès liés aux maladies non transmissibles (WHO, 2024).

Les acteurs commerciaux, notamment les grandes multinationales privées, déploient un système complexe de stratégies d'influence pour atteindre leurs objectifs de profits (Maani, Petticrew et Galea, 2023). Le marketing, la mésinformation, la chaîne d'approvisionnement, la gestion de la réputation, les recours juridiques, et même le financement de la recherche, comptent parmi les pratiques potentiellement dommageables les plus souvent dénoncées. Ces pratiques visent à influencer le cadre réglementaire, les connaissances et normes sociales entourant la consommation de certains produits, ainsi que les préférences des consommateurs (WHO, 2024; de Lacy-Vawdon, Vandenberg et Livingston, 2023).

Ces acteurs peuvent aussi œuvrer en coulisses pour miner le contrôle qu'exercent les monopoles d'État. À cet égard, les efforts substantiels déployés par l'industrie auprès du gouvernement finlandais afin d'affaiblir Veikkaus, le monopole public des jeux de hasard et d'argent, sont bien documentés (Sama et Hiilamo 2024).

Réduire les méfaits

L'échec de la prohibition à empêcher la vente ou la consommation de produits potentiellement néfastes a justifié, en partie, la mise en place de monopoles d'État lors de leur légalisation. En effet, la prohibition a souvent causé de plus grands torts à la santé de la population qu'une légalisation contrôlée (Collins et coll., 2012). Dans une logique de réduction des méfaits, les monopoles d'État apparaissent comme une solution pragmatique aux problèmes évoqués ici. Leur bien-fondé s'évalue à la lumière de leurs avantages et désavantages sur la santé et la sécurité de la population et non en fonction du jugement moral porté sur les produits concernés (Keane, 2003).

Des produits de qualité, facilement retraçables

La réduction des méfaits s'appuie sur le constat que certains produits sont consommés, même si interdits. En contexte de prohibition, leur qualité n'est pas contrôlée, ce qui peut s'avérer dangereux pour la santé. Si les problèmes d'innocuité et de toxicité des médicaments et drogues de contrebande se trouvent au cœur des crises de surdoses récentes, les ravages causés par l'alcool illicite sont quant à eux bien connus depuis longtemps. Une concentration trop élevée en éthanol, ou la présence de contaminants tels le méthanol, le glycol ou le plomb — souvent liées à des procédés de distillation clandestine — peuvent entraîner des conséquences graves, voire mortelles, pour les consommateurs.

La volonté de protéger la santé de la population a concouru à la création des monopoles publics au lendemain de la prohibition. Au final, ces derniers sont jugés mieux disposés à assurer la qualité des produits qu'ils contrôlent (Murray-Hall c. Québec, 2023). Un système de traçabilité des produits, intégré à même une agence étatique, devient une garantie de sécurité pour les consommateurs, surtout lorsqu'on y conduit des tests de conformité en laboratoire, comme c'est le cas à la Société des alcools du Québec.

En matière de jeux de hasard et d'argent, ce gage de qualité se traduit plutôt dans l'intégrité des opérations. Les règles des jeux sont connues à l'avance par les consommateurs, les résultats sont publics et les gagnants recevront leur dû. De telles garanties d'intégrité sont absentes en contexte illicite.

Un contexte de vente plus sécuritaire

Les méfaits sociaux liés au commerce de produits illicites ont aussi incité différents gouvernements à investir ces marchés. Rappelons que la prohibition est un terreau fertile pour le crime organisé, associé entre autres à de la violence. Celle-ci est perpétrée afin de maintenir ou d'accroitre des parts de marché ou résulte de la lutte contre ces organisations criminelles et de la suppression de la consommation (Csete et coll., 2016). Dans un processus de légalisation, le monopole d'État apparaît comme un levier pour démanteler le marché illicite. En excluant d'office toute concurrence, il peut devenir le seul producteur ou vendeur autorisé des produits légalisés.

Les monopoles publics contribuent également à la réduction des méfaits en encourageant des pratiques de consommation plus sécuritaires. Cela passe notamment par des vendeurs formés et par la communication d'informations fiables sur les produits offerts. Par exemple, au Québec, les personnes qui achètent du cannabis à la SQDC sont beaucoup mieux informées de la concentration en cannabinoïdes des produits que celles qui s'en procurent sur le marché illicite (Drouin et coll., 2023).

La réduction des méfaits peut aussi se traduire par un meilleur encadrement des usages problématiques. Les programmes d'autoexclusion des casinos permettent de limiter les impacts négatifs du jeu sur la santé du joueur et de ses proches. Le refus de vendre l'alcool à une personne intoxiquée en est un autre exemple. Des travaux montrent d'ailleurs que ces mesures d'exclusion seraient mieux appliquées par des employés étatiques syndiqués que par des employés mineurs ou au statut précaire travaillant dans un lieu de vente au détail privé, comme un dépanneur (Room et Ornberg, 2019). Le choix de ne pas vendre certains produits jugés trop risqués, comme les produits de cannabis à forte teneur en tétrahydrocannabinol (THC) au Québec, constitue une mesure de plus dont disposent les monopoles publics.

Redistribuer les recettes de vente en faveur de l'intérêt général

En plus d'assurer l'accès à des produits dont la qualité est contrôlée, les monopoles publics offrent de bons emplois, y compris dans les régions éloignées moins populeuses. Au-delà de favoriser l'équité interrégionale, c'est surtout par les divers mécanismes de redistribution des recettes de vente des produits, en faveur de l'intérêt général, qu'ils peuvent contribuer à la mission de santé publique.

Rappelons-le : la taxation « traditionnelle » et même dissuasive de produits ne permet pas de récupérer tous les coûts indirects (ou « externalités ») associés à leur usage (Kessler, 2001). Par exemple, les coûts directs et indirects du tabagisme, qui atteignent près de quatre milliards de dollars par année, excèdent les revenus engendrés par les taxes sur les produits du tabac, d'un peu plus de 800 millions de dollars annuellement (Dobrescu et coll., 2017 ; Ministère des Finances, 2025 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025)

En captant des parts du marché des acteurs illicites ou privés, les monopoles publics génèrent des revenus considérables pour les États. Perçus sous forme de taxes, mais aussi de dividendes, ces revenus sont souvent versés à même les fonds consolidés de l'État qui peuvent concourir à l'intérêt général d'une société.

Dans certains cas, les recettes de vente des produits alimentent des fonds consacrés spécifiquement à la mission de santé publique. Elles financent, entre autres, des initiatives d'éducation ou d'information, ou encore, elles sont investies dans des services spécialisés visant à prévenir ou à traiter la consommation problématique, au bénéfice des personnes plus vulnérables (Papp, 2007). Ce faisant, ces sommes contribuent à diminuer les inégalités sociales de santé. Plus ces leviers sont exercés de manière assumée et avisée, sous l'orientation des ministères concernés, plus les monopoles d'État sont en mesure d'atteindre des objectifs de santé publique.

Un peu d'histoire…

Les monopoles d'État sur les produits potentiellement néfastes pour la santé ne datent pas d'hier. Dès les années 1850, la Suède instaure les premiers monopoles locaux de vente d'alcool du Système de Gothenburg. Résolument inscrits dans une logique de santé publique, ils visaient à réduire les méfaits sociaux associés à la consommation excessive d'alcool et à réinvestir les profits de la vente dans divers services communautaires. Ce système introduira de nouveaux objectifs d'intervention étatique : diminution du nombre de lieux de consommation, interdiction de vente d'alcool à crédit, contrôle strict des produits par inspection, etc.

Inspirés par des mouvements de tempérance, mais aussi dans le but de lutter contre le marché noir et les méfaits généralisés engendrés par la prohibition, plusieurs pays — surtout anglophones ou nordiques — établiront à leur tour des monopoles de vente sur l'alcool au tournant du 20e siècle (Room et Örnberg, 2019 ; Dunt, Jiang et Room, 2024 ; WHO 2025).

LES MONOPOLES AU QUÉBEC

L'État québécois s'appuie sur trois entreprises publiques pour exercer un meilleur contrôle de la distribution et de la vente de produits dont la consommation peut causer du tort aux personnes. Des monopoles ont été établis successivement pour l'alcool, les jeux de hasard et d'argent et le cannabis, en 1921, 1969 et 2018. Le degré d'exclusivité accordé à ces entreprises et l'importance de la mission de santé publique qui leur est confiée diffèrent selon les produits. Le monopole de vente de la Société québécoise du cannabis se distingue par son ancrage explicite dans des objectifs de prévention et de réduction des méfaits. Sa mission, sa gouvernance, son offre de produits, le nombre limité et l'aménagement de ses boutiques, de même que l'affectation de ses revenus, s'inscrivent dans une perspective de santé publique, tout en contribuant à détourner les consommateurs du marché illicite (Rychert et coll., 2026).

Tableau 1 Comparaison des monopoles publics au Québec

	Société des alcools du Québec	Loto-Québec	Société québécoise du Cannabis
CRÉATION	1921	1969	2018
MISSION	Faire le commerce responsable des boissons alcooliques en offrant une vaste gamme de produits de qualité dans toutes les régions du Québec.	Gérer l'offre de jeux de hasard et d'argent de façon efficiente et responsable en favorisant l'ordre, la mesure et l'intérêt de la collectivité québécoise.	Assurer la vente du cannabis conformément à la *Loi encadrant le cannabis* dans une perspective de protection de la santé afin d'intégrer les consommateurs au marché licite et de les y maintenir, et ce, sans favoriser la consommation.
TYPE DE MODÈLE	Modèle mixte: Monopole d'achat et de distribution des vins et spiritueux au Québec. Vente dans 408 succursales et 429 Agences SAQ. Projet pilote en cours pour s'adapter au nouveau contexte d'affaire, dont 8 mini agences en partenariat avec des détaillants en alimentation ou dépannage privés.	Modèle mixte: Unique dépositaire de l'offre licite de jeux en ligne, des casinos et salons de jeux; distributeurs de loteries dans plus de 7700 détaillants privés; projets pilotes de bornes en libre-service à Montréal; gestion et commercialisation d'un réseau d'appareil de loteries-vidéos.	Modèle strict de vente du cannabis, via sa plateforme en ligne ou dans l'une de ses 110 succursales.
RESPONSABLE	Ministère des finances	Ministère des finances	Ministères des finances et de la santé et services sociaux (application de la *Loi encadrant le cannabis*)
BÉNÉFICE BRUT (2025)	2 019 500 000 $	2 458 000 000 $	243 200 000 $
DIVIDENDES (2025)	1 401 000 000 $	1 515 000 000 $	118 000 000 $
ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE	• 2,6 M$ remis aux Banques alimentaires du Québec en 2025 • 3,7 M$ versés à Éduc'alcool pour la sensibilisation et l'éducation en 2024	• 15 M$ remis à des OSBL • 36 M$ en contributions à la prévention du jeu problématique • Programmes de jeu responsable • Gestion de l'offre d'appareils de loterie vidéo	• Fond de prévention et de recherche en matière de cannabis • Siège d'observateur réservé au CA pour le Directeur national de santé publique; • Comité santé du CA; • *Loi encadrant le cannabis* prévoit un comité de vigilance pour conseiller le ministre de la Santé et interdit les projets pilotes concernant la vente au détail.

Données compilées à partir des rapports annuels de gestion 2025 de la SAQ, de LQ et de la SQDC.

Des entreprises publiques sous pression

Les monopoles d'État se butent à de nouvelles réalités, dont les attentes accrues des consommateurs. Alors que la vente en ligne fait partie des activités de la SQDC depuis sa création, ce n'était pas le cas à la SAQ. Celle-ci a récemment modifié sa stratégie commerciale pour offrir des achats simplifiés en ligne. Elle a aussi déployé de mini agences en milieu urbain, afin de mieux accommoder sa clientèle (SAQ, 2026).

En créant de nouvelles occasions d'affaire pour les milieux clandestins, le virage numérique apporte des défis. Par exemple, des activités de promotion ciblent dorénavant les jeunes directement sur les réseaux sociaux qu'ils fréquentent. Certains produits illicites du cannabis y sont vendus, puis expédiés facilement par la poste, ce qui complique les efforts de prévention.

La tâche est tout aussi complexe, voire davantage, pour les jeux de hasard et d'argent qui ne peuvent plus être contrôlés comme de simples produits physiques (Hellman, 2024). Leur encadrement revêt désormais une dimension mondiale, entre autres, en raison de certaines entreprises privées *offshore* qui opèrent des sites de jeux en ligne à des fins de blanchiment d'argent. Alors que les appels à l'élaboration d'une convention internationale sur le jeu en ligne demeurent sans suite (Sulkunen et coll., 2018), diverses initiatives ont été tentées au Québec et au Canada, mais peinent à se concrétiser.

CONCLUSION

Les monopoles d'État sur les produits potentiellement néfastes pour la santé tels que l'alcool, les jeux de hasard et le cannabis disposent non seulement de leviers pour agir en fonction d'objectifs de santé publique, mais peuvent également en tirer leur légitimité. L'utilisation judicieuse de ces leviers pourrait permettre d'améliorer la santé de la population, de réduire les inégalités sociales de santé, de contribuer à freiner le marché noir et d'asseoir leur propre pérennité.

L'expérience de plusieurs monopoles publics en témoigne. Lors de l'entrée des pays nordiques dans l'Union européenne, les exigences d'ouverture des marchés et d'uniformisation des règles ont menacé le contrôle qu'exerçaient leurs monopoles d'État sur les jeux de hasard et l'alcool. En Suède, Systembolaget a toutefois réussi à conserver la plupart de ses acquis et à augmenter sa popularité auprès du public, en lançant une campagne d'information et en priorisant explicitement ses objectifs de prévention (Ekström et Hansson, 2011).

La perception sociale des produits et de leurs risques, ainsi que les croyances quant au rôle que l'État devrait occuper dans la régulation des marchés, modulent les monopoles publics et leurs pouvoirs. Toute réflexion à leur sujet doit donc tenir compte de ces dimensions (Lewens, 2007 ; Marionneau et Hellman, 2022 ; Babor et coll., 2023).

En ce sens, les monopoles publics devraient être avant tout justifiés à la lumière de leurs avantages et désavantages sur la santé et la sécurité de la population, et non en fonction du statut moral attribué aux produits encadrés. Dans le cadre de la lutte au tabagisme, certains experts envisagent d'ailleurs depuis quelques années la mise sur pied de monopoles publics à but non lucratif ou encore un modèle de vente au détail dans des boutiques gouvernementales assorties d'un mandat de santé publique et dédiées à la cessation tabagique (Kessler, 2001; Endgame steering committee, 2016).

De l'avis de certains, les discours visant à asseoir la légitimité des monopoles d'État gagneraient à se centrer sur la dénormalisation de la consommation des produits potentiellement néfastes pour la santé, et sur le fait que les acteurs privés peuvent difficilement réaliser des objectifs de santé publique (Van den Akker et coll., 2024). D'autres auteurs soutiennent que les monopoles d'État qui ne font pas du bien commun leur mission centrale n'ont pas leur raison d'être, puisqu'ils ne peuvent la justifier de manière convaincante auprès de la population (Bernier et Farinas, 2008).

POUR EN SAVOIR PLUS

- Bernier, L., et Farinas, L. (2008). Finances publiques, gouvernance et intérêt général: les sociétés d'État au Québec. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, *10* (1).
- Room, R., et Cisneros Örnberg, J. (2019). Government monopoly as an instrument for public health and welfare: Lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *The International Journal on Drug Policy*, 74, 223–228.
- Rychert M, Gagnon F, Wilkins C, Kilmer B. (2026). Preventing Mission Drift and Commercialization of Government Cannabis Monopolies: Insights From a Qualitative Analysis of Governance Structures in Quebec. Contemporary Drug Problems.
- Sulkunen, Pekka, et coll., (2018) 'Gambling control regimes',in Setting Limits: Gambling, Science and Public Policy Oxford UP, Oxford: 139-158. DOI: 10.1093/oso/9780198817321.003.0010
- Van den Akker, A., Fabbri, A., Bertscher, A., Gilmore, A. B., Knai, C., Cavill, N., et Rutter, H. (2024). Industry Influence on Public Health Policy Formulation in the UK: A Complex Systems Approach. *Health Promotion International*, 39(6), daae139.
- WHO (2025). Nordic alcohol monopolies: understanding their role in a comprehensive alcohol policy structure and public health significance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

RÉFÉRENCES

Apfel, F.2024. Cannabis: From prohibition to regulation. ALICE RAP Policy Paper series, 5. En ligne. Cannabis - From prohibition to regulation - International Drug Policy Consortium (IDPC)

Barnett, S. B. L., Coe, N. B., Harris, J. R., et Basu, A. (2020). Washington's Privatization of Liquor: Effects on Household Alcohol Purchases from Initiative 1183. *Addiction*, 115(4), 681-689.

Bernier, L., et Farinas, L. (2008). Finances publiques, gouvernance et intérêt général: les sociétés d'État au Québec. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, *10* (1).

Brodeur, Magaly (2011). Vice et corruption à Montréal, 1892-1970, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011, 129 p.

Chapados, M., Gagnon, F., Lapointe, G., Tessier, S., April, N, Fachehoun, R, et Samuel, O. (2016). Légalisation du cannabis à des fin non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique. INSPQ, Québec.

Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Logan, D. E., Samples, L. S., Somers, J. M., et Marlatt, G. A. (2012). Current status, historical highlights and basic principles of harm reduction. In G. A. Marlatt, M. E. Larimer, et K. Witkiewitz (Eds.), *Harm reduction : pragmatic strategies for managing high risk behaviors* (2nd ed., pp. 3–35). New York : The Guilford Press.

Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., ... et Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387 (10026), 1427-1480.

de Lacy-Vawdon, C., Vandenberg, B., et Livingstone, C. (2023). Power and other commercial determinants of health: an empirical study of the Australian food, alcohol, and gambling industries. *International Journal of Health Policy and Management*, *12*.

Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2023). Avis de la Direction régionale de santé publique sur l'implantation d'un salon de jeux au centre-ville de Montréal. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal.

Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G., et Dinh, T. (2017). The costs of tobacco use in Canada, 2012. The Conference Board of Canada.

Drouin, S., Rizkallah, É., Conus, F., Larney, S., Kaur, N., Djignefa Djade, C., et Jutras-Aswad, D. (2023). Association between markers of vulnerability for cannabis-related harms and source of supply: Secondary analysis of a representative population survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *68*(2), 109-118.

Dunt, D., Jiang, H., et Room, R. (2024). Historic and current achievements of the temperance movement in the control of alcohol and its adverse health consequences. *International Journal of Drug Policy*, *133*, 104608.

Ekström, K. M., Hansson, L. (2011). Establishing a Healthy Drinking Culture: Systembolaget—Alcohol Monopoly and Public Health in SwedeenIn Hong Cheng, P., et Kotler, N. R. L.. Social Marketing for Public Health : Global Trends and Success Stories. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury MA.

Endgame Steering Committee and Action Groups, 2016. *A Tobacco Endgame for Canada: Summit Background Paper*. Queen's University, 30 septembre- 1er octobre 2016. En ligne: Tobacco-Endgame-Summit-Summary-Report.pdf. Page consultée le 1er Mai 2026.

Fang, J., Lee, K., et Sejpal, N. (2016). The China National Tobacco Corporation: From domestic to global dragon? Global Public Health, 12(3), 315–334.

Fischer, B., Hall, W., Jutras-Aswad, D., et Myran, D. (2024). Nonmedical cannabis legalization policy in Canada: Has commercialization been a pivotal mistake for public health?. *World Medical et Health Policy*.

Foster, S., Hooper, P., Knuiman, M., Lester, L., et Trapp, G. (2018). Associations between proposed local government liquor store size classifications and alcohol consumption in young adults. *Health et place*, *52*, 170-173.

Gandilhon, M., Obradovic, I., Lalam, N., Alimi, D. et Weinberger, D. (2018). Colorado *vs* Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis. *Drogues, santé et société*, *16*(1), 70–85. https://doi.org/10.7202/1044308ar

Giesbrecht, N., et Myran, D. T. (2024). Harms and costs of proposed changes in how alcohol is sold in Ontario. *CMAJ*, *196*(13), E447-E448.

Gilmore, A. B., Fooks, G., et McKee, M. (2011). A review of the impacts of tobacco industry privatisation: Implications for policy. Global public health, 6(6), 621–642.

Guo, H., et Quan, G. (2020). Tobacco Control in China and the Road to Healthy China 2030. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 24(3), 271-277.

Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14, 227–232.

Kessler, David. 2001. A Question Of Intent: A Great American Battle With A Deadly Industry. PublicAffairs. 492 pages. ISBN1586481215

Kourgiantakis, T., Vicknarajah, R., Logan, J., Edwards, T., Lee, E., Craig, S., ... et Marshall, S. (2024). Understanding youth and young adult cannabis use in Canada post-legalization: a scoping review on a public health issue. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *19*(1), 30.

Hellman, M. (2024). Is a Regulation System Always Just a Regulation System? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 14550725241258337.

Lewens, T. (2007). Introduction: risk and philosophy. In *Risk: Philosophical Perspectives* (pp. 11-30). Oxford UK, Routledge.

Loto-Québec, 2025. *Jouer ensemble pour faire gagner le Québec.* Rapport annuel 2024-2025. En ligne. ISSN : 0709-5724.

Maani, N., Petticrew, M., et Galea, S. (Eds.). (2023). The commercial determinants of health. Oxford University Press.

Marionneau, V., Egerer, M., et Nikkinen, J. (2021). How do state gambling monopolies affect levels of gambling harm? *Current Addiction Reports*, *8*(2), 225-234.

Marionneau, V., et Hellman, M. (2020). What is special about gambling? A comparison of public discourse on Finnish state monopolies in rail traffic, gambling, and alcohol. *Critical Gambling Studies*, 1(1), 40–49.

Ministère des Finances. (2025). Statistiques budgétaires du Québec -Le point sur la situation économique et financière du Québec—Novembre 2025. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/finances/publications-adm/Statistiques_budgetaire

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). Rapport sur l'application de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme 2020-2025. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003969/

Murray-Hall c. Québec. (2023) CSC 10. https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/fr/item/19829/index.do

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2024. *Cannabis policy impacts public health and health equity*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/27766

Papineau, E., Robitaille, É., Samba, C. P., Lemétayer, F., Kestens, Y., et Raynault, M. F. (2020). Spatial distribution of gambling exposure and vulnerability: An ecological tool to support health inequality reduction. *Public Health*, *184*, 46-55.

Papp, G. (2007). Right to be drunk? Comparative analysis of alcohol regulation from an economic perspective. Thèse de doctorat, Central European University, Budapest.

Popova, S., Patra, J., Sarnocinska-Hart, A., Gnam, W. H., Giesbrecht, N., et Rehm, J. (2012). Cost of privatisation versus government alcohol retailing systems: Canadian example. Drug and alcohol review, 31(1), 4-12.

Room, R., et Cisneros Örnberg, J. (2019). Government monopoly as an instrument for public health and welfare: Lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *The International Journal on Drug Policy*, 74, 223–228.

Room, R. (2020). The monopoly option: obsolescent or a "best buy" in alcohol and other drug control?. *The social history of alcohol and drugs*, *34*(2), 215-232.

Rychert M, Gagnon F, Wilkins C, Kilmer B. (2026). Preventing Mission Drift and Commercialization of Government Cannabis Monopolies: Insights From a Qualitative Analysis of Governance Structures in Quebec. Contemporary Drug Problems. DOI: 10.1177/00914509261416113

Sama, T. B., et Hiilamo, H. (2024). Gambling industry strategies to influence the reform of state online monopolies: The case of the gambling industry in Sweden and Finland. Critical Gambling Studies, 5(1), 1–20.

Société des alcools du Québec. 2026. Plan stratégique 2027-2030. https://www.saq.com/fr/plan-strategique-2027-2030

Société des alcools du Québec, 2025. *Servir avec cœur, agir avec responsabilité*. Rapport annuel 2025. En ligne. ISSN : 0845-44594-5

Société québécoise du cannabis du Québec, 2025. *Pour une consommation responsable*. Rapport annuel 2025. En ligne. ISBN 978-2-555-01211-0

Servadio, L., et Ostberg, J. (2024). The Role of The State in Consumer Culture: The Case of "Operation Vin" in Sweden. *Journal of Historical Research in Marketing*, 16(2), 125-152.

Sulkunen, Pekka, et coll, (2018) 'Gambling control regimes',in Setting Limits: Gambling, Science and Public Policy Oxford UP, Oxford: 139-158. DOI: 10.1093/oso/9780198817321.003.0010

Van den Akker, A., Fabbri, A., Bertscher, A., Gilmore, A. B., Knai, C., Cavill, N., et Rutter, H. (2024). Industry Influence on Public Health Policy Formulation in the UK: A Complex Systems Approach. *Health Promotion International*, 39(6), daae139.

Van Schalkwyk, M. C., Petticrew, M., Cassidy, R., Adams, P., McKee, M., Reynolds, J., et Orford, J. (2021). A Public Health Approach to Gambling Regulation: Countering Powerful Influences. *The Lancet Public Health*, 6(8), e614-e619.

Wagenaar, A. C., et Holder, H. D. (1995). Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: results from five US states. *Journal of studies on alcohol*, *56*(5), 566-572.

Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C. O., Hoffman, J. H., et Wieczorek, W. F. (2016). The relationship between distance from gambling venues and gambling participation and problem gambling among US adults. *Journal of gambling studies*, *32*, 1055-1063.

Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., et Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, *22*(2), 87-94.

WHO (2024). Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

WHO (2025). Nordic alcohol monopolies: understanding their role in a comprehensive alcohol policy structure and public health significance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2025b). WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

Monopole d'État : encadrer pour protéger la santé

AUTEUR ET AUTRICE

Michel Désy, conseiller scientifique spécialisé
Maude Chapados, conseillère-cadre Politiques publiques
Secrétariat général

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Gerlier Forest Président-directeur général

COLLABORATION

Karine Hébert, conseillère scientifique
Benoit Houle, chef d'unité scientifique
Secrétariat général

Olivier Bellefleur, chef d'unité scientifique
Chantal Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Annie Montreuil, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

L'auteur et l'autrice ainsi que les personnes qui ont collaboré au document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-04259-9 (PDF)
DOI : https://doi.org/10.64490/JGQH1305

© Gouvernement du Québec (2026)

Nº de publication : 3843

Institut national de santé publique Québec