



Abstract

Devant les avancées biomédicales ainsi que l'accroissement des coûts en santé, les individus sont incités à redouter et prévenir les maladies en modifiant leurs comportements. De plus, la santé élevée au rang des vertus ou « la santéisation » s'inscrit au cœur des valeurs modernes néolibérales que sont l'autonomie, la responsabilisation et la performance. Dorénavant, la santé et les comportements de santé constituent des moyens privilégiés d'aspérer au bonheur, au bien-être et à l'accomplissement de soi d'autant plus que l'individu jouit d'un statut socioéconomique élevé. Néanmoins, la santéisation peut aussi contribuer à la stigmatisation et l'exclusion sociale en plus de renforcer le sentiment chez certains d'avoir échoué à être des citoyens responsables. Ce texte présente une analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation qui s'appuie, sur un cadre théorique composé entre autres, de travaux de Foucault sur le gouvernement des vivants et de Taylor sur l'individu moderne.

Key Words médicalisation, moralisation, promotion de la santé, santé, santéisation

Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation

HÉLÈNE POLIQUIN

Introduction

Ce présent texte porte sur une analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation (en anglais « *healthism* ») s'appuyant sur un courant de pensée critique de la médecine moderne et de la promotion de la santé qui a émergé au cours des années 1970-1980. Ce travail visait à dégager les dimensions du concept de santéisation, notamment son influence dans le domaine de la santé, dans la vie des individus ainsi que dans la société en général. De plus, ce travail visait aussi à mieux comprendre l'ordre social dans lequel s'inscrit la santéisation ainsi que les forces politiques, socioculturelles, économiques et morales agissantes.

Il sera démontré que la responsabilisation individuelle face à sa santé est intériorisée par plusieurs personnes puisqu'elle constitue un nouveau cadre normatif et moral dans les pays occidentaux et démocratiques modernes. Il sera démontré que la santéisation peut être intégrée dans une éthique personnelle consciente bien qu'elle peut aussi donner cours à un désengagement social et à des glissements moralisateurs envers certaines personnes les discriminant et ajoutant à leur souffrance. Le fait que ce concept de santéisation soit très peu abordé dans les écrits scientifiques, toutes disciplines confondues, appuie l'importance de stimuler une réflexion critique sur l'ampleur que peut prendre la santé, la promotion de la santé et la maladie au plan du devoir et de la moralité individuels.

Cadre théorique

Entre autres, la thèse de Foucault sur le gouvernement des vivants[1] tout comme les travaux du philosophe Taylor[2] sur l'individu moderne ont servi de cadre théorique pour expliquer comment les individus en viennent à adhérer de

leur plein gré à des normes sociales alors qu'ils n'en sont pas contraints par la force.

En effet, au début des années 1980 Foucault a effectué des travaux de reconstitution historique du gouvernement des vivants[3] et sur les relations de pouvoir[1] dans le but principal de comprendre comment les êtres humains en viennent à se conformer moralement, de leur plein gré, aux cadres normatifs. Essentiellement ce revirement tient de sa réflexion que le biopouvoir et la biopolitique ne sont pas nécessairement en cause lorsqu'il s'agit de comprendre par quels processus les êtres humains se conforment à des pratiques de santé alors qu'ils n'en sont pas contraints par une force extérieure telle que l'État.[3]

Ainsi, Foucault expose ce qu'il nomme le « régime du savoir » à partir de l'histoire de la constitution de la moralité chrétienne par opposition à la Gnose, le champ adverse du christianisme. Deux régimes du savoir prédominent alors dans ce paradigme religieux, soit l'un fondé sur les actes de foi ou le dogmatisme et l'autre sur les actes d'aveux ou de confession qu'il nomme le « pouvoir pastoral ». [1] Foucault relie ainsi l'individualisme qui a émergé au 16^e siècle au pouvoir pastoral des autorités religieuses chrétiennes qui scrutent autant l'intérieur que l'extérieur de chaque individu afin d'assurer à la fois son adhésion à la doctrine et sa rédemption. Selon Foucault, dans les sociétés modernes, plusieurs formes de pouvoir coexistent selon une logique de pouvoir pastoral, dont la médecine où l'individu est scruté et amené à se confesser lors de consultations. Cette forme de régulation, qui se trouve au sein de tous les liens sociaux selon Foucault, amène l'individu à adopter ou à s'assujettir aux rôles sociaux attendus de lui.[1]

Taylor, quant à lui, situe l'individualisme dans les sociétés modernes au sein d'un désenchantement du monde et d'une perte d'horizons cosmiques permettant à la personne de se situer dans l'ensemble du monde. La sécularisation des sociétés a provoqué un effondrement des ordres sociaux anciens et a ainsi transformé les règles sociales dans les pays démocratiques occidentalisés.[33] Ainsi pour lui, nous assistons à la primauté de la raison instrumentale sur les grands idéaux, ce qui fait que les individus se préoccupent davantage de questions liées à leur bien-être personnel. Foucault également en arrive aux mêmes conclusions sur la sécularisation : c'est ainsi qu'une série de préoccupations liées à la santé telle l'alimentation, le bien-être ou la sexualité ont remplacé les visées religieuses qui reposaient sur des préoccupations de l'au-delà et de l'inconnu dans le but d'atteindre la vie éternelle alors qu'aujourd'hui nous cherchons à atteindre le bien-être dans ce bas-monde.[1]

Par contre, alors que d'autres qualifient ces nouveaux codes des conduites des individus de vides et de narcissiques, Taylor, y voit principalement une nouvelle forme de moralité. Pour lui, la moralité est au fondement de tout contrat social du vivre ensemble et elle peut être invoquée même dans des gestes qui pourraient être qualifiés de purement individualistes et même égoïstes, car ces gestes peuvent s'inscrire dans une compréhension qu'a l'individu de son devoir de citoyen de se conformer aux normes sociales.[2]

Méthodologie

L'analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation a été réalisée en s'inspirant de la méthode d'analyse dimensionnelle de concept de Schatzman[4] qui encourage l'utilisation de sources variées telles que des textes scientifiques, théoriques ou philosophiques, de la littérature grise, incluant des écrits populaires. La recension itérative des écrits a été réalisée à l'aide de diverses bases de données en sciences sociales et sciences de la santé telles que CINAHL, EMBASE, ERIC, MEDLINE, Psychinfo, thèse et dissertation, Atrium, ainsi que le moteur de recherche Google avec les mots clés « santéisation », « santéisme », « healthism », « imperative of health », ainsi qu'un autre terme anglais moins utilisé « healthization ». De plus, quelques écrits décrivant le phénomène à l'étude sans toutefois nommer explicitement la « santéisation » ont été retenus.

Au début de l'analyse thématique, j'ai cherché à dégager le plus de dimensions possibles du concept, sans essayer d'interpréter leurs significations, ni orienter les analyses.[12] Ensuite, une analyse plus raffinée a permis d'identifier et regrouper les dimensions. C'est à ce moment que le cadre théorique a été choisi et qu'il a servi à l'analyse critique qui ne visait pas à découvrir « l'essence » en terme de « vérité » ni plus d'identifier la meilleure définition que l'on pourrait donner du concept. Plutôt, il s'agissait de nommer les différentes dimensions données du concept par les auteurs qui en font usage et de retracer dans quel ordre social la santéisation a été pensée au départ et en quoi les différentes dimensions sont reliées.

Ce travail repose sur 59 textes variés d'auteurs pour la plupart critiques, c'est-à-dire, qui remettent en question l'ordre établi lorsqu'ils abordent les questions entourant la santé. Les auteurs proviennent de disciplines variées dont les principales sont la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, les sciences infirmières, la santé publique, les sciences politiques et la criminologie.

Résultats

Les résultats sont regroupés en 11 dimensions macrosociales ainsi que microsociales de la santéisation :

La santé comme une valeur centrale

Plusieurs auteurs associent la santéisation à une valeur centrale accordée à la santé dans les sociétés modernes et y voient un syncrétisme entre les valeurs chrétiennes et les valeurs de la modernité où l'être humain glorifie la santé comme autrefois il glorifiait Dieu.[5-8] De plus, la santéisation est attribuée en partie à la sécularisation dans les pays occidentaux qui a laissé une place béante dorénavant occupée par à des préoccupations de bien-être personnel, notamment de santé.[6,9]

Crawford, auteur à l'origine du concept, relie également la santéisation qui imprègne les programmes en santé, aux valeurs individualistes centrales propres aux temps modernes que sont l'autonomie, la responsabilité et les capacités individuelles.[10] Ces valeurs phares orientent aussi les comportements et les habitudes de vie des individus vers une accentuation de la responsabilisation individuelle face à leur santé.[5-7,11-13]

C'est également devant la dépolitisation des problèmes de santé et la focalisation sur les individus, que Zola avance que : « Le domaine de la santé constitue l'exemple par excellence de la crise d'identité contemporaine de la recherche d'une définition de soi et de son devenir ». [14, p. 49] Selon Aïach, qui a réalisé des travaux importants sur la santéisation, celle-ci signifie une élévation de la santé au rang des valeurs centrales des sociétés modernes [15] En effet, ne constituant plus seulement un pilier indispensable à la vie, la santé serait devenue pour le Aïach [15] un but en soi. Dans ce paradigme de santéisation, la santé définirait les fondements de la vie, à un point tel qu'elle serait devenue tristement, déplore-t-on le seul moyen envisagé pour améliorer la condition humaine. [7,14]

La médicalisation de la vie

Pour plusieurs auteurs, la santéisation s'inscrit dans un phénomène plus grand qui est celui de la médicalisation de la vie et n'en serait en fait qu'une nouvelle forme.[5,11,14-17] La médicalisation, terme introduit par Illich,[17] signifie la traduction en termes médicaux ou la pathologisation d'un nombre croissant de phénomènes liés aux êtres humains.[11] La médicalisation est aussi associée aux progrès économiques qui ont favorisé, dans les sociétés occidentales, un meilleur accès aux soins de santé pour toute la population ainsi

qu'une demande accrue pour les soins de santé alors que les avancées scientifiques ont contribué à prolonger la vie.[6,15] Ainsi, de la même façon que la médicalisation, les discours de prévention et de promotion de la santé auraient envahi toutes les sphères de la vie. Aïach, qui a effectué des travaux majeurs sur la santéisation, s'en inquiète:

Le développement d'une idéologie de la santé et d'une idéologie de la prévention donnant force et légitimité à ce mouvement général se traduisant par une inquiétante métamorphose de questions se posant dans le domaine social et dans la sphère individuelle en questions de santé ou de bien-être/santé.[15 p70]

De son côté, Aïach distingue quatre voies principales menant à la fois à la médicalisation et à la santéisation. Ces quatre voies sont 1) la croissance des effectifs de professionnels et des institutions de santé ainsi que de leur utilisation; 2) l'extension du champ de compétence de la médecine; 3) la production d'un processus de pathologisation croissante; et enfin la santéisation de la vie.[19] Cependant, Renaud apporte une nuance additionnelle. Pour lui, la médicalisation relèverait davantage des causes et des interventions biomédicales tandis que la santéisation proposerait des prescriptions sur les habitudes de vie et sur les comportements.[20]

La promotion de la santé ciblant la modification des comportements

En 1975, le rapport canadien de Marc Lalonde[21] voulant que la santé pour tous s'obtienne essentiellement par la modification des habitudes de vie marque un jalon important vers l'accélération de la responsabilisation personnelle face à sa propre santé.[6,11] En effet, ce rapport servira de munition pour les États afin d'amener les individus à modifier leurs comportements pour prévenir les maladies, tout en se désinvestissant d'actions sur les déterminants sociaux de la santé et des causes structurelles productrices de mal-être et de maladies.[5,11,12,22,23] La maladie devient ainsi le résultat de choix des individus [11], comme s'ils étaient tout-à-fait indépendants et aptes à résister à leur environnement et à faire les bons choix pour leur santé.[5,7]

De la première définition large de la santé proposée par l'OMS de 1946 voulant que la santé soit « un état complet de bien-être physique, mental et social, et non une absence de maladie ou d'infirmité », [24 p100] a été modifiée pour passer d'une vision curative à une vision préventive axée sur la promotion de la santé et l'adoption d'habitudes de vie « saines ». En effet, selon la Charte d'Ottawa de 1986, la santé est devenue une « ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses

besoins et d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ». [25] La santé est ainsi passée d'un « état » à une « ressource ».

Selon les discours néolibéraux de santéisation des dernières décennies, les habitudes de vie sont considérées comme les premiers déterminants de la santé. [14, 26] Ces discours sont perméables à toute la société et ses institutions dont notamment les écoles où plusieurs auteurs [27-29] dénoncent que les discours dominants arguant les étudiants à se responsabiliser en adoptant une saine alimentation et en faisant de l'exercice, ne tiennent pas compte des subjectivités des individus. Bien que les étudiants n'adhèrent pas tous à des comportements dits de santé, ils deviennent souvent la cible de railleries lorsqu'ils sont en surpoids ou ne sont pas conformes aux standards de beauté et de santé. [27] LeBesco inscrit ses mesures ainsi que les discours sur l'obésité dans un cadre normatif qu'elle qualifie de « panique morale » liée à la montée de l'obésité qui ciblent des individus souvent des classes socioéconomiques inférieures. [29] De plus, des auteurs soulignent que la lutte contre l'obésité omniprésente dans les discours devient discriminatoire comme si les personnes en surpoids étaient nécessairement malades. [28-30]

La prévention des risques et les discours de peur

Gori qualifie de mutation anthropologique cette nouvelle médecine qui s'éloigne de la prise en charge d'une personne malade « au bénéfice d'un gouvernement sanitaire des populations et de leurs facteurs de risque ». [16, p. 124] En effet, l'identification des facteurs de risque est au centre de l'élargissement de la définition de la santé qui inclut la prévention des maladies promue par la nouvelle médecine. [5, 7] L'identification de ces risques rend légitime l'emphase sur la prévention puisque qu'on croit que la maladie peut dorénavant être évitée [7-9]. Par contre, selon Gori, cette nouvelle forme de contrat avec une personne malade, qui est passée de passive et confiante en la médecine, à « un acteur de sa santé plus conforme à l'éthique néolibérale de notre civilisation contemporaine », s'avère tout à fait questionnable. [16 p 125]

En effet, Fugelli trouve qu'on ne se préoccupe pas assez des effets adverses occasionnés par les stratégies politiques et de santé publique. [31] Ainsi, plusieurs campagnes recourent à la peur pour mobiliser les citoyens à se maintenir en santé et à prévenir les maladies. La notion de risque est devenue centrale pour désigner une vision catastrophique de la santé et la peur de la maladie contribue à nourrir ce que Fugelli nomme l'« hypocondrie collective ». [13,16]

Notamment, puisque les individus ne peuvent contrôler leur environnement et agir de sorte à se maintenir en santé, la santéisation est également associée au stress, à la peur et à l'anxiété face à la maladie ou à l'éventualité de celle-ci. [5,11,28]

La responsabilisation et l'autonomisation des individus

Illich en 1975 fut l'un des premiers à dénoncer les mythes et limites de la médecine à guérir tous les maux dont sont affligés les êtres humains. [17] Illich, devant les limites des moyens curatifs, prétendait que les individus allaient devenir de plus en plus convaincus qu'il valait mieux se prémunir de la maladie, par des principes d'autonomie, de gestion de soi pour gérer les risques pour sa santé que de tenter de se guérir. [11,20] En partie en raison des connaissances liées aux risques à la santé et au désillusionnement face à la capacité de la médecine de tout régler, les individus sont amenés par des techniques de gouverner de soi et d'auto-surveillance à prendre davantage part aux décisions relatives à leur santé et à se responsabiliser. [32]

La responsabilisation des personnes face à leur santé et leurs maladies est ainsi une dimension centrale de la santéisation. [5-7,11-13] Des auteurs attribuent le fait que les individus doivent « gérer » leur santé à l'individualisation de l'humain et sa rupture avec un filet social protecteur. [26] Cette responsabilisation s'effectue, entre autre, selon Fraser par l'autonomisation (empowerment) des individus qu'il décrit comme étant « un processus d'internalisation de problèmes externes plaçant l'individu dans une position où il se doit de prendre toutes les mesures nécessaires pour demeurer entièrement fonctionnel en société, tant sur le plan physique, psychologique, qu'économique ». [12]

Sans nier l'importance centrale de l'autonomie et de l'autodétermination dans la vie des individus, les approches visant le « self-management », les patients-experts et l'empowerment peuvent néanmoins s'inscrire dans une idéologie de santéisation qui place l'individu devant l'obligation morale de développer des capacités personnelles pour se maintenir en santé. [12, 26] Et des études démontrent que cette responsabilisation est fortement intégrée chez les individus et qu'ils s'en trouvent valorisés par cette responsabilisation sans se sentir pour autant contraints car il s'agit pour eux d'un choix personnel. [33,34] Cependant, incitée à agir en concordance avec cette norme sociale partagée, la personne devant l'injonction de devoir se prendre en main se retrouve face à elle-même, ce qui ne se fait pas sans dérives. Notamment des personnes mentionnent le

stress occasionné ne serait-ce que pour l'alimentation saine, devoir choisir parmi la pléthore de messages, de discours et d'interdiction, allant des gras, au glucides aux additifs, aux pesticides, etc., pour manger « sainement ».[33]

La santé comme un devoir citoyen et le biopouvoir

Les États et les compagnies d'assurances ont été les premiers à énoncer le devoir des citoyens à se maintenir en santé. À propos des droits et libertés liés à la santé, Crawford, cite Knowles, le président de la fondation Rockefeller qui dit en 1977 :

Ceci est justifié par les droits et libertés individuelles - mais les droits d'un homme en santé sont le fardeau d'un autre homme en taxes et primes d'assurances. Je crois que le droit à la santé doit être remplacé par l'idée d'une obligation morale de préserver sa santé - un devoir public, en quelques sortes.[11 p50]

Pierret le souligne : « Le droit à la santé et aux soins ont été remplacés par le devoir de santé et il ne s'agit plus de lutter contre la maladie mais de se maintenir en santé ». [7, p. 46] C'est ainsi, que l'individu doit conformément aux valeurs néolibérales s'ajuster à l'ordre normatif dont le principe central est l'autonomie, celle-ci devenant un support pour le démantèlement d'un système de soins universel.[7, 26] Le bon citoyen, et ceci se trouve au cœur des politiques de santé publique occidentales, doit et plus que jamais gérer sa santé en faisant le nécessaire pour protéger sa propre santé, mais également celle de ses concitoyens.[7, 14] Ainsi la santéisation fait allusion pour plusieurs à des injonctions d'auto-surveillance, et d'autorégulation de sa santé faites aux individus.[27]

D'ailleurs Lupton,[9] voit dans les nouvelles mesures de promotion de la santé mises de l'avant par les autorités de santé publique un exercice de biopouvoir ainsi qu'une nouvelle idéologie qu'elle a nommé « l'impératif de santé » qui consiste en une injonction faite aux individus de se maintenir en santé.[9] Au fondement de la santéisation, pour des auteurs qui défendent plutôt une thèse du biopouvoir et de la biopolitique, il y donc un citoyen manipulé par les autorités ainsi que par un système capitaliste.[5,11] Le biopouvoir ou la biopolitique désignent la régulation et la normalisation des corps par la surveillance médicale des individus effectuée par l'État ou les institutions.[35] En effet, certaines orientations politiques de promotions de la santé axées sur la responsabilisation des individus sont qualifiées de « santéisation oppressive » par Carter et coll.[22] À titre d'exemple, LeBesco,[29] dénonce comme étant oppressif un projet de loi américain de peser les étudiant deux fois par année en plus de publier les résultats selon leur indice de

masse corporelle dans le but de les inciter à modifier leurs habitudes alimentaires.

L'individu biologisé et soin du corps

La réduction de l'individu à ses dimensions biologiques est largement associée au processus de santéisation. Le Besco affirme que « Le corps en santé est devenu un signe du citoyen moral et méritant- qui exerce une autodiscipline sur son corps en appui à l'État et qui partage le fardeau de gouvernance ».[29 p154] Selon le Wiersma, « Le soigner, l'entretenir, veiller lorsque l'on est parent à ce que nos enfants en fassent de même participent d'une logique de santé publique fortement intériorisée notamment par les catégories les plus aisées ».[36 p56] Ainsi, on observe que les interventions sanitaires modernes curatives comme préventives, se concentrent principalement sur des objectifs visant la gestion des corps biologiques,[9] opposant d'ailleurs la santé au plaisir. Pierret remarque que certains individus, plus que d'autres sont ciblés en fonction des critères biologiques:

Aujourd'hui, le modèle de la prévention et du dépistage vise plutôt à améliorer et à renforcer la santé individuelle en anticipant la survenue de risques chez des individus sélectionnés uniquement sur la base de quelques critères biologiques ou biologisés ou des phases de la vie comme l'âge et le sexe.[7 p54]

Telle une forme d'appauvrissement de la vie, la santéisation est associée à une réduction de la vie et des activités de la vie à ce qu'elles apportent à la santé. Ainsi, on soigne son corps, on mange, on fait de l'exercice parce que c'est « bon pour la santé » et non par plaisir. En conséquence, selon une étude de Wiersma, le paradigme dominant de santéisation dans les centres des soins pour personnes âgées fait en sorte que ces personnes soient réduites par les soignants à des d'objets corporels à soigner et maintenir en santé.[36] Ainsi, les soignants contribuent aussi à déshumaniser les personnes en la réduisant à des indicateurs biologiques de santé. À petite échelle l'emphase sur les comportements individuels peut mener à ce que Cheek qualifie de « tyrannie de la santé ».[8] Une étude de Rail et coll. auprès d'adolescents démontrent que ceux-ci définissent la santé selon l'activité physique ou le poids corporel d'une personne.[37] Il aurait ainsi intégré le discours biomédical qui imprègne les programmes d'éducation physique dans les écoles réduisant l'activité physique à des objectifs de santé. [38]

Le culte de la santé, consommation et consumérisme

Les préoccupations, voire les obsessions grandissantes liées à

la santé sont également des dimensions de la santéisation. De plus, au cours des dernières décennies, plusieurs nouveaux comportements dits de santé visant l'amélioration de la santé ou l'auto-guérison tels que s'entraîner, bien manger, se faire vacciner, suivre les prescriptions médicales, prendre des médicaments ont été largement adoptés.[8,26] Le thème de santé est devenu omniprésent sur Internet, dans les livres, les revues, les médias, les centres sportifs, les spa, les livres.[11]

La santéisation fait ainsi aussi référence aux idéaux de santé, de jeunesse et de minceur qui ciblent toute la société, mais tout particulièrement les femmes.[28,29] Selon Pierret, nous voyons naître la médecine du toujours mieux qui peut nourrir une forme de renfermement sur soi, notamment en tentant de repousser le vieillissement, modifier l'apparence du corps avec la chirurgie esthétique par exemple.[39] Doucet voit la santéisation comme un nouveau paradigme des interventions en santé et constate qu' « un certain culte de la santé serait applicable à tous les niveaux de la vie sociale ». [26 p362] En effet, allant dans le même sens, Aïach lie la santéisation à tous ce qui peut profiter à l'industrie de la beauté, de la santé ou de la jeunesse.[18] Aïach décrit la santéisation comme étant :

l'importance de la santé dans l'échelle des valeurs partagées par l'ensemble de la société et l'utilisation symbolique et marchande qui en est faite par les producteurs et distributeurs de biens et services médicaux ou ayant un rapport plus ou moins lointain avec la santé- tout ce qui peut se rapporter à la triade beauté/santé/junesse.[18 p21]

Une dimension importante de la santéisation est donc le consumérisme qui consiste à faire passer les intérêts économiques du marché avant le bien-être des individus. [8] Les entreprises dont les firmes pharmaceutiques, les commerçant et mêmes les professionnels de santé eux-mêmes amassent des profits faramineux, notamment pour offrir leurs services ou vendre des médicaments, des produits amaigrissants, des produits rajeunissement ou des produits naturels de santé.[40] En effet, pour Skrabanek, la médecine n'échappe pas à la relation commerciale : « De surcroît, à la relation médecin-patient tend à se substituer une autre, de type consumériste ». [41 p228] Ainsi, le dépistage et la prévention des maladies peuvent aussi conduire à une exploitation commerciale de l'hypocondrie généralisée de la population.[16] De plus, certains auteurs réfèrent à la santéisation comme étant une obsession pour la santé à laquelle est associée l'orthorexie.[42,43] Chrysanthou définit même la santéisation comme étant un désir pathologique d'être santé.[43]. Il faut souligner toutefois que cette dernière conceptualisation de la santéisation est des plus marginales parmi les écrits recensés.

La réalisation de soi par la santé et la performance des individus

De plus en plus, dans nos sociétés occidentales, la signification de la santé s'apparente à la signification de la vie elle-même dans un paradigme englobant allant du bien-être, à la réalisation de soi, à l'estime de soi, à la joie, au plaisir, au bonheur jusqu'à l'utopie de la santé parfaite. [11] Les sociologues Adam et Herzlich évoquent l'idée de santéisation, sans toutefois la nommer en des termes de réalisation de soi :

On énonce et évalue en termes de santé un nombre toujours croissants de phénomènes individuels ou collectifs. Le corps est devenu signe, la santé est dans tout et tout est dans la santé. Pour l'individu-et d'autant plus qu'il appartient à une catégorie sociale élevée-, la santé s'inscrit dans la thématique de l'expression libre et de la réalisation de soi.[44 p73]

Revendiquer la reconnaissance de son intériorité constitue dorénavant une liberté fondamentale et fondatrice du sujet qui sert ainsi de terrain propice à la santéisation où l'individu est engagé à travailler sur soi[26] ce qui est particulièrement bien intégré chez les classes sociales moyennes et aisées. [11,44,45] Effectivement, se maintenir en santé serait plus facile pour les personnes de statut socioéconomique élevé, celles-ci pouvant d'ailleurs y trouver un réel lieu d'accomplissement et de réalisation de soi.[7,14]

Ainsi, l'atteinte du mieux-être devient une marque de performance sociale.[46] C'est ce que nous démontre une étude de Rysst auprès de personnes âgées en Norvège qui a trouvé que l'assiduité à la gym, correspondait avant tout à un désir de performance sociale plutôt qu'à une recherche de santé.[47] Également, une étude de Rich et Evans auprès d'adolescentes anorexiques démontrent que celles-ci perçoivent l'adoption de comportements de santé comme des performances sociales et qu'elles ressentent de l'anxiété et du stress lorsqu'elles n'arrivent pas à « performer » face à leur santé.[28] D'autres personnes pourraient se sentir incapables de performer lorsqu'elles sont dans l'incapacité de payer et, pour de multiples raisons elles se retrouvent au banc de la société, notamment celles qui ont des invalidités physiques ou des problèmes de santé mentale.[26,48]

La moralisation, la culpabilisation et l'autoculpabilisation

La santéisation est fortement identifiée comme un processus pouvant mener à une oppression des individus notamment, par la moralisation des modes de vies.[22,27,29,41,49] La santéisation peut aussi contribuer à accentuer les différences entre des personnes selon leur état de santé en plus d'accentuer

et même produire des inégalités sociales. Ces dernières se voient d'ailleurs davantage stigmatisées puisqu'elles sont perçues comme des fardeaux pour les contribuables aux régimes d'assurances collectives.[11] De plus, l'apparence physique hors normes telle l'obésité est devenue une cible de discrimination sociale courante. En 2012, dans un blogue sur d'un site Internet d'une association américaine pour la diversité du poids corporel « The association for size diversity and health » Ferguson dénonce la santéisation :

La santéisation prend plusieurs formes et nous devrions nous inquiéter de toutes. Les personnes dont la corpulence est perçue comme transgressive (qu'elles soient trop petites ou trop grosses) sont les principales cibles des lunettes santéistes. Les personnes obèses qui refusent un régime sont vues comme irresponsables et un fardeau pour la facture de l'assurance maladie du voisin.[50]

Aussi, « Trop manger, versus trop peu manger, ou bien manger trop d'aliments sucrés par exemple devient culpabilisant ».[51 p56] Des études démontrent d'ailleurs que des personnes ressentent le besoin de « se confesser » de ce qu'elles ont fait ou pas fait en lien avec leur santé.[30,34] Les comportements sont devenus des marqueurs importants de la valeur sociale d'un individu. Selon une étude de Rail et coll. auprès d'adolescents, ceux-ci avaient intégré la responsabilisation face à leur santé et se jugeaient eux-mêmes ou d'autres jeunes qui ne font pas régulièrement d'exercice physique comme étant paresseux et non en santé.[37]

Crawford pointe vers une accentuation de la « culpabilisation de la victime » en citant les propos très sévères de Marumoto: « Nous choisissons nos maladies quand par négligence et ignorance nous leur permettons de se propager en nous ».[11 p116] Plusieurs habitudes de vie sont dorénavant irrationnelles et irresponsables, telle que fumer ou avoir des rapports sexuels non protégés,[52-54] et la personne devient la cible de réprobation, stigmatisation, moralisation et culpabilisation parce qu'elle a échoué à se maintenir en santé.[5,11]

La stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale

La santéisation est ainsi normative et prescriptive et repose sur la conviction que la réalisation de soi passe par l'intégration à la norme sociale. [26] Par exemple, l'étude de Clarke et Griffin démontre que de plus en plus de personnes dont le corps affiche des signes de vieillissement se voient discréditées puisque vieillir avec succès signifie dorénavant vieillir sans maladie, de manière autonome, en étant engagé dans sa vie tout en préservant de bonnes capacités mentales

et physiques.[53] Ainsi, « Les discours actuels de santéisation et du succès du vieillissement incitent les adultes âgés à prendre la responsabilité de leur santé et à mesurer leur processus de vieillissement selon leur capacité de maintenir leur corps en santé ».[53 p1092] En effet, deux études sur l'âgisme démontrent que la discrimination des personnes âgées malades peut être liée davantage à la santéisation qu'à l'âgisme identifiée à tort.[54,55]

En optant pour une critique foucauldienne des discours incitant les mères à l'allaitement, Holmes et coll. soutiennent que « la promotion de l'allaitement maternel s'inscrit au cœur même du néolibéralisme et que « le gouvernement » du sein de la mère constitue une stratégie de gestion anatomo/bio-politique de l'expérience de la maternité ».[56 p206] Ces auteurs soulignent que les pratiques de promotion des mères sont dorénavant régulées de sorte que celles qui n'allaitent pas subissent une réprobation sociale car elles ne font pas tout pour assurer la santé optimale de leur nourrisson. Un autre exemple de stigmatisation sociale induite par la santéisation est donné par Gagnon et Holmes en lien avec la lipodystrophie qui permet d'identifier des individus atteints du VIH « comme des déviants des normes corporelles d'une société qui adhère à un discours de santéisation et d'esthétisme ».[57 p235]

En effet, selon Crawford,[58] l'identification des « facteurs de risque » glisse vers l'identification de personnes auxquelles on appose une faiblesse, ou bien morale ou bien psychologique. Crawford donne d'ailleurs en exemple la crise du VIH/sida du début des années 1990 où l'identification des facteurs de risque ont permis à la population générale de se distinguer des « personnes à risques » qui étaient associées à la maladie et discriminées comme déviantes ou contagieuses selon leur orientation sexuelle, leur consommation de drogue ou leur couleur de peau. Ainsi la santéisation se manifeste aussi sous la forme de différenciations sociales des personnes effectuées sur la base de leur « capital santé ».

Des auteurs parlent de la santéisation comme d'un paradigme qui occulte d'autres façons d'intervenir, de penser la personne que par la promotion de la santé et l'autoresponsabilisation de soi. Comme le souligne Le Floch « de l'hyper-responsabilisation résulte la santéisation ou médicalisation de ceux dont la subjectivité a été brutalisée par les épreuves sociales, au point qu'ils sont en voie d'exclusion de toute forme de lien social ».[59 p239] Ainsi, la santéisation agit comme une idéologie qui empêche de concevoir la personne autrement que par la santé.

Comme conséquence, la santéisation occulterait la souffrance

des personnes qui affichent une faiblesse relative aux normes d'autonomie.[7,26,48] Selon Margérard, parler de santé et de bien-être serait l'une des meilleures façons de ne plus nommer ni le bonheur ni la souffrance.[60] Ceci est partagé par Doucet qui trouve que l' « on peut donc convenir que la santéisation peut être à la base d'une certaine souffrance et que le soulagement de cette souffrance se fait par le recours aux moyens mis de l'avant par la santéisation », [26 p371] soit l'autonomisation des individus. Ainsi, le paradigme prédominant de santéisation agit comme un écran qui occulte d'autres formes plus collectives de soulagement de la souffrance puisque l'individu se doit d'être autodéterminé, responsable, autonome et autonomisé face à sa santé incluant sa santé mentale.[26]

En ce qui concerne les discours populaires sur la santé mentale au Québec de 1973 à 1994, selon Lamarre et coll., [26] ceux-ci sont fortement imprégnés de la santéisation, ce paradigme dominant où la santé ou la maladie sont perçues comme étant individuelles et dans lequel l'emphase est mise sur les aspects biomédicaux et l'autonomie des individus. Dans le champ de la santé mentale, ces auteurs déplorent le manque d'attention donnée à l'itinérance, à la judiciarisation, à la désinsertion sociale ou au du fardeau des familles laissées à elles-mêmes. En effet, avec la dépolitisation de la santé, l'exclusion guette les personnes malades, les personnes en perte d'autonomie, les personnes marginalisées ou vulnérabilisées socialement.

Considérations méthodologiques

L'analyse critique du concept de santéisation en s'inspirant de la méthode de Schatzman [4] tout en y intégrant un cadre théorique a permis de dégager plusieurs dimensions du concept tout comme une certaine trame historique des travaux d'auteurs clés permettant une réflexion féconde quoi que ce travail soit incomplet et inachevé. Aussi, plusieurs courants de pensées ou théories tentent d'expliquer comment les individus en viennent à adhérer à certaines normes sociales et cette analyse est teintée d'une perspective de ce paradigme de santéisation.

Ce travail comporte de nombreuses limites. D'abord, les écrits recensés ont porté essentiellement sur des réalités de l'Amérique du Nord, de l'Europe occidentale ainsi que de l'Australie ce qui peut laisser supposer que la santéisation n'existe pas dans des pays aux différentes réalités socioculturelles, économiques et géopolitiques. Ceci n'a pas été validé. Une autre limite est celle de n'avoir pas exposé un contre discours à la santéisation, soit le rejet personnel de cette moralisation par la santé. Ce texte pourrait laisser

croire en une hégémonie de la santéisation alors qu'il ne s'agit que d'un courant idéologique et moral auquel certains individus adhèrent plus que d'autres, mais auxquels tous sont confrontés.

Discussion

Devant ces différentes dimensions dégagées dans le cadre de ce présent travail, il est légitime de demander s'il faut combattre la santéisation? D'abord, je tiens à souligner, que la santéisation n'est pas selon moi le modus operandi des États ni plus une théorie sociale expliquant les comportements humains associés à la santé, loin de là. Il s'agit plutôt d'un paradigme de plus en plus répandu au sein duquel peuvent fleurir les valeurs néolibérales. Par ailleurs, je ne suis pas certaine que l'auto-responsabilisation des individus eu égard à leur santé puisse être évitée ou même qu'elle devrait être évitée car elle est si fortement liée à d'autres valeurs sociales fortes dont les capacités individuelles, l'accomplissement de soi, la performance sociale et le devoir de citoyen. Par contre, le cadre théorique sur lequel je me suis appuyée permet de mieux saisir en quoi la santéisation pose problème et ceci dans ses différentes dimensions.

Parmi les dimensions qui interpellent, il y a la focalisation sur un être humain biologisé qui est associée à une réduction de la vie et des activités de la vie à ce qu'elles apportent à la santé. En effet, selon la thèse de Foucault, l'objectivation du corps est perçue comme un processus par lequel l'individu est assujéti à son rôle de sujet.[35] Cette objectivation du corps se fait par un processus de différenciation, entre les normaux et les anormaux, notamment les personnes malades et les personnes en santé. La valorisation de certains entraîne la dévalorisation des autres.

Également le culte voué à la santé dans la triade qu'Aïach nomme santé/beauté/jeunesse qui n'a plus de limites pour certains individus prend des dimensions inquiétantes au point qu'ironiquement, le culte à la santé est perçu par certains auteurs comme une nouvelle forme de dysfonctionnement humain.[42, 43] La faute est incessamment renvoyée à l'individu pour expliquer les supposées maladies ou troubles qui l'assaillent.

Une dimension oppressive de la santéisation est la culpabilisation qu'elle induit sur des individus pour ce qu'ils font ou ne font pas. Pour « se confesser », les personnes parlent de transgressions alimentaires en des termes religieux notamment en disant qu'elles ont « pêché » en mangeant un « aliment interdit ».[34] Ceci encore une fois peut être expliqué par la normalisation sociale qui se fait par des

régimes du savoir et le rôle que jouent les relations humaines dans le processus d'intériorisation des cadres normatifs.

Il aussi été démontré que la santé serait devenue une valeur centrale dans nos sociétés. Mais alors que Skrabanek défend que la santéisation serait menée par le pouvoir plutôt que par une préoccupation pour le bien-être des personnes et serait pour lui exempt de principes moraux,[41] d'autres soulignent que la moralité est belle et bien au cœur des représentations individuelles du devoir de se maintenir en santé.[9,11] Ainsi, l'individu participe activement à la santéisation parce qu'il y retrouve une notion de moralité et une quête de santé et de bien-être auquel il adhère. Il n'en est pas contraint. Selon Taylor, « Tout peut être repensé en fonction de la quête du bonheur et du bien-être des individus »[2] et c'est ainsi que plusieurs auteurs voient en la santé une valeur sociale prédominante. Par contre, pour Taylor tout comme Foucault, les préoccupations pour le corps et son bien-être ne sont que de nouvelles formes d'éthique personnelle. L'éthique est ainsi au cœur de l'adhésion aux nouveaux codes des conduites morales. Crawford rejoint ainsi la pensée de Taylor lorsqu'il attribue la santéisation à une nouvelle forme de contrat social fondé sur des principes individualistes : « Ainsi, l'individualisme de la santéisation pourrait bien être en fait une forme très élaborée d'affirmation d'une appartenance sociale ».[11 p382]

Quant à la responsabilisation face à sa santé qui constitue une dimension importante de la santéisation, elle peut s'expliquer par ce que Taylor qualifie de perte d'horizon et d'atomisation des individus dans les sociétés néolibérales qui contribue davantage à l'aliénation des individus. Ainsi, les individus cherchent un sens à leur vie par la valorisation de la santé. En effet, selon le philosophe Taylor, avec la modernité, l'individu se sent désormais seul devant un grand état bureaucratique.[2] Aussi, l'individualisation des problèmes de santé et de la promotion de la santé sont liés à ce que Taylor qualifie de despotisme doux et paternalistes où l'individu atomisé est dépolitisé et aliéné de la sphère politique.[2] Sans référer à une forme de biopouvoir, il convient de dire que la santéisation est largement liée à des nouveaux guides de conduites ou des régimes du savoir, entourant la santé, et que plusieurs sont subjugués par toutes ces promesses de bien-être allant jusqu'à l'utopie de la santé parfaite.

De plus, si la santé continue d'occuper une telle importance dans les sociétés occidentales, c'est qu'elle est liée au désir de l'individu de vivre exempt de maladie, de souffrance, de douleur, d'handicap et d'être valorisé en tant que personne à part entière selon des valeurs centrales des

sociétés contemporaines qui permettent l'inclusion des individus. Ainsi, soutient Fraser, les personnes se voient contraintes de se conformer à l'autoresponsabilisation afin de pouvoir fonctionner socialement.[12] En contrepartie, la santéisation peut aussi favoriser l'exclusion des personnes. Ainsi, comme le souligne Bibeau concernant des personnes socialement exclues, cette « impossibilité de se réaliser tend à produire, chez les exclus et les marginalisés un sentiment d'incompétence, d'auto-culpabilisation et de la frustration qui entraînent des troubles divers identitaires, relationnels et comportementaux ».[48 p195] Ainsi, la santéisation par son association à la performance tend à produire des perdants. Il y aurait aussi lieu de se demander avec Llorca, de quelle façon et jusqu'à quel point les sociétés contemporaines génèrent des conditions qui font en sorte que les personnes se sentent de moins en moins à la hauteur, particulièrement lorsqu'elles sont confrontées à la maladie ou à une incapacité?[62] Petite contribution, soit, mais, je pense, que l'étude d'un paradigme tel que celui de la santéisation est une façon de mieux comprendre des conditions qui font en sorte que des personnes se sentent comme des perdantes. Faut-il le souligner, la modification des comportements ne sera jamais suffisante puisque les maladies sont liées à des nombreux déterminants dont des facteurs environnementaux notamment des polluants ou à des facteurs sociopolitiques telles des politiques publiques inadéquates pour assurées la santé et le bien-être des populations.

Par ailleurs, des études ont révélé que tout le monde n'adhère pas aux maximes de la santéisation et les personnes ne sont pas des consommatrices passives des discours de santé, mais, les réinterprètent et choisissent aussi d'adhérer à certains comportements.[63,64] Néanmoins, les résultats démontrent aussi que plusieurs motivations derrière les comportements dits de santé adoptés par les individus peuvent être vraiment tout autre que la santé et être plutôt liées notamment à des objectifs de performance sociale, d'acceptation sociale, la séduction, la valorisation de soi. Ceci va dans les même sens que les conclusions d'Otero sur les règles d'individualité contemporaines, qui souligne que la recherche accrue de formes de mieux-être serait axée avant tout sur des objectifs de performance sociale.[65]

Conclusion

Parmi d'autres phénomènes centraux contribuant à la santéisation, nous retrouvons : la sécularisation des sociétés, le néolibéralisme et l'individualisme. Ainsi, la responsabilisation sociale des individus liée au devoir de se maintenir en santé est rattachée à la performance sociale,

à la productivité ainsi qu'à biologisation de l'être humain qui s'est accentuée avec les avancées de la médecine par les nouvelles technologies. Ainsi, la santéisation est reconnue comme étant une élévation de la santé au rang des vertus et de la moralité. De plus, elle s'accompagne d'un devoir individuel de se maintenir en santé par la responsabilisation des individus, même si en parallèle l'État se désengage d'agir sur les déterminants sociaux, politiques et économiques de la santé et du bien-être des individus et des collectivités humaines.

Ce n'est cependant pas un hasard, qu'au sein de sociétés occidentales valorisant l'individualisme, que la médecine occupe une place aussi centrale; au point de mener à une médicalisation de la société, dont la santéisation ne serait qu'une nouvelle forme. Dans cette quête individuelle de la santé, selon les thèses foucaaldiennes et tayloriennes, il ne faut cependant pas uniquement voir une montée de l'individualisme, désintéressée du social, mais paradoxalement y voir une quête individuelle à se conformer aux normes et moralités sociales dont celle du devoir moral individuel de se maintenir en santé.

La santé est ainsi une valeur centrale très légitime et humaniste qui est liée à l'autonomie, la responsabilité, la performance. Il ne s'agit pas de dénoncer cette éthique, mais d'y pointer les dérives possibles, comme il a été fait dans ce texte. Par ailleurs, bien que la santé puisse contribuer à la valorisation de soi et de son bien-être individuel, elle peut aussi lorsqu'elle fait défaut contribuer à discréditer certaines personnes. En érigeant la santé au rang du devoir, on place le malade au rang des perdants. La maladie devient alors, dans un contexte où l'individualisme est une valeur centrale, un échec personnel. En érigeant la santé au rang de la vertu, on stigmatise, discrimine, juge et culpabilise les personnes qui n'adoptent pas les comportements sociaux attendus.

Il est important de souligner que des distinctions doivent être clairement établies entre la création de conditions individuelles et sociales favorisant la santé, la normalisation sociale de l'autoresponsabilisation face à sa santé et le glissement vers une moralisation sociale des comportements associés à la santé ainsi que de la maladie.[22] En effet, en présence d'une logique unique d'auto-responsabilisation de la personne face à sa santé, c'est la personne, et uniquement la personne, qui doit être changée et non la société.[14] Insidieusement, le contrôle social exercé par la santéisation consiste en son pouvoir à faire croire, à tort, que l'adaptation de la personne à son environnement est suffisante.

Pour l'essentiel, il ne faut pas perdre de vue, que les

individus peuvent transformer l'environnement social et le transforment quotidiennement même lorsque celui-ci est régi par des groupes d'intérêts et des classes et institutions sociales dominantes.[11] Surtout, il faut éviter, comme nous avertis Crawford [5], de voir la personne d'une façon déterministe puisqu'elle exerce le plus souvent son libre arbitre eu égard aux comportements de santé qu'elle adopte. Ainsi, en prenant conscience de la santéisation comme une nouvelle maxime sociale qui influence les individus et qui est imbriquée dans la société dans son ensemble, des réflexions sont nécessaires afin de tendre vers un meilleur équilibre entre les actions visant à transformer les individus et les actions visant à transformer le social. De plus, il est impératif de repenser la globalité des actions pour un meilleur équilibre entre les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies axées sur un individu biologique et des actions sur d'autres déterminants de la santé qui relèvent d'orientations politiques, notamment de solidarité envers les individus en tenant compte de leurs capacités et de leur autonomie.

Il convient de souligner enfin, que ce genre d'analyse critique est essentiel à l'amélioration des pratiques cliniques puisqu'il contribue à l'approfondissement de la compréhension des différents phénomènes humains. Sans réflexion critique entourant les dimensions sociales de la santé, la science ne fait que s'inscrire dans l'avancement des connaissances contribuant à l'hégémonie des discours dominants et ce, au détriment de remises en question de l'ordre établi. Enfin, l'approfondissement de la compréhension des différents phénomènes par l'analyse des concepts établis est une activité non seulement enrichissante, mais essentielle au développement d'une pensée réflexive.

References

- 1.Foucault M. The subject and power, *Critical Inquiry* 1982; 8(4):777-95.
- 2.Taylor C. Grandeur et misère de la modernité, *L'essentiel* Bellarmin, 2002.
- 3.Foucault M. Du gouvernement des vivants. Cours du collège de France 1979-1980. Hautes études, EHESS, Paris, Gallimard, 2012.
- 4.Caron CD, Bowers BJ. Method and application of dimensional analysis : a contribution to concept and knowledge development in nursing. In : Rodgers BL, Knaf KA, éditeurs. *Concept development in Nursing. Foundation, Techniques and Applications*, 2nd Edition, 2000; 285-319.
- 5.Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday

- Life. *Int Journal of Health Services* 1980; 10(3): 365-88.
- 6.Crawford R. "C'est ta faute" : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé. In : Bozzino L, Renaud M, Gaucher D, Llambias-Wolf J, éditeurs. *Médecine et société des années 80*. Éditions coopératives Albert Saint Martin, 1982; 481-512.
- 7.Pierret J. Entre santé et l'expérience de la maladie, *Psychotropes* 2008; 14(2):47-59.
- 8.Cheek J. Healthism: A new conservatism? *Qualitative Health Research* 2008; 18(7):974-82.
- 9.Lupton D. *The imperative of health and the regulated bodies*, Sage Publications, 1995
- 10.Crawford R. Health as a meaningful social practice, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health Illness and Medicine* 2006; 10(4):401-20.
- 11.Zola IL. Culte de la santé et méfaits de la médicalisation. In : Bozzino L, Renaud M, Gaucher D, Llambias-Wolf J, éditeurs. *Médecine et société des années 80*. Éditions coopératives Albert Saint Martin, 1982; 31-51.
- 12.Fraser P. Autonomisation de l'individu : l'exportation du modèle américain [Modifié le 1er février 2012; cité le 5 février 2012]. Disponible: <http://pierre-fraser.com/2012/02/05/>
- 13.Kielmann K, Cataldo F. Art supplement : Traking the use of expert patient in evolving paradigms of HIV care, *Aids Care* 2010; 22:21-8.
- 14.Zola IK. Healthism and disabling medicalization. In : Illich I, Zola IK, McKnight J, Caplan J, Shzihen H, éditeurs. *Disabling Professions*, Marion Boyars Publisher, Ltd London; 1977. p41-67.
- 15.Aïach P. Médicalisation/santéisation et psychopathologisation du social. In : Bresson M, éditeur. *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, 2006; 65-74.
- 16.Gori R. L'expertise : Une nouvelle forme de censure sociale? In : Yaya HS, éditeur. *Pouvoir médical et santé totalitaire*, Les Presses de l'université Laval, 2009; 121-139.
- 17.Illich I. The medicalization of life, *Journal of Medical Ethics* 1975; 1(2):73-77.
- 18.Aïach P. La voie de la médicalisation. In : Aïach P, Delanoe D, éditeurs. *L'Ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Paris, Éditions Économica, 1998; 15-35.
- 19.Aïach P. L'irrésistible expansion du champ de la santé. In : Yaya HS, éditeur. *Pouvoir médical et santé totalitaire*. Les Presses de l'université Laval, 2009; 81-99.
- 20.Renaud M. Processus de médicalisation, cours 9, présentation power point dans le cadre du cours SOL 1953, *Initiation à la sociologie de l'Université de Montréal*, 2010
- 21.Lalonde M. *A new perspective on health of Canadians*. Information Canada, Ottawa, 1975.
- 22.Carter SM, Entwistle VA, McCaffery K, Rychetnik L. Shared health governance : The potential danger of oppressive "healthism", *The American Journal of Bioethics* 2011; 11(7) :57-59.
- 23.Massé R. Santé publique : enjeux éthiques et balises pour une ethno éthique de la promotion de la santé. In : Yaya, HS, éditeur. *Pouvoir médical et santé totalitaire*, Les Presses de l'université Laval, 2009; 59-80.
- 24.Organisation mondiale de la santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946.
- 25.Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa*, Ottawa, OMS; 1986.
- 26.Doucet MC. Santéisation et souffrance, un enjeu social contemporain, In : Yaya HS, rédacteur. *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Presses de l'Université de Laval, 2009 ; 359-373.
- 27.Fitzpatrick K, Timing, R. Health education's fascist tendencies: a cautionary exposition : *Critical Public Health* 2013; 24(2):132-142.
- 28.Rich E, Evans, J. Now I am Nobody, see me who I am : the paradox of performativity : *Gender and Education*. 2009; 21:1-16.
- 29.LeBesco K. Neoliberalism, public health, and the moral perils of fatness : *Critical Public Health*. 2011; 21(2):153-64.
- 30.Delaney M. McCarthy M. Saints, sinners and non-believers: the moral space of food. A qualitative exploration of beliefs and perspectives on healthy eating of Irish adults aged 50–70. *Appetite* 2014; 73:105–113.
- 31.Fugelli P. The Zero-vision : Potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Education and Counseling* 2006; 60(3) : 267-271.
- 32.Petersen A. Governmentality, critical scholarship, and the medical humanities. *Journal of Medical Humanities* 2006;

- 24(3) : 187-201.
33. MacGregor J, Wathen N. 'My health is not a job' : a qualitative exploration of personal health management and imperatives of the 'new public health'. *BMC Public Health*; 2014; 14(1): 1-10.
34. Kristensen Brogard D, Aslegaard S, Hauge Jeppesen L. 'If it makes you feel good it must be right' : Embodiment strategies for healthy eating and risk management. *Journal of Consumer Behaviour* 2013; 12(4): 243-52
35. Foucault M. Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical, 2e édition revue, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.
36. Wiersma EC. Making Institutional Bodies: Socialization into the Nursing Home, A thesis presented to the University of Waterloo in fulfilment of the thesis requirement for the degree of Doctor of Philosophy in Recreation and Leisure Studies, Waterloo University, 2007.
37. Rail G, Holmes D, Murray SJ. The politics of evidence on 'domestic terrorists': Obesity discourses and their effects, *Social Theory & Health* 2011; 8(3): 259-279.
38. Johns D, Tinning R. Risk reduction : Recontextualizing health as a physical education curriculum. *Quest* 2006; 58(4) : 395-409.
39. Pierret J. Enjeux de la santé dans les sociétés du XXIe siècle. In : Lévy JJ, Maisonneuve D, Bilodeau H, Garnier C, rédacteurs. Enjeux psychosociaux de la santé. Presses de l'Université du Québec, 2003; 1-14.
40. Peretti-Watel P. De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids, 51e JAND, INSERM, 2011.
41. Skrabanek P. La fin de la médecine à visage humain. Éditions Odile Jacob, 1994.
42. Chrysantou M. Transparency and selfhood : Utopia and the informed body. *Social Science and Medicine* 2002; 54(3): 469-479.
43. Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L. Diet & anxiety. An exploration into the Orthorexic Society 2012; 58(1):124-32.
44. Adam C, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris, Arman Colin; 2007.
45. Greenhalgh T, Wessely S. Health for me: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin* 2004; 69(1): 197-213.
46. Otero M. Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. Nouveaux malaises dans la civilisation, Les cahiers de recherche sociologique, Presses de l'université du Québec, 2005.
47. Rysst M. Healthism and looking good: body ideals and body practices in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010; 38 (5 suppl): 71-80.
48. Bibeau G. Entre mépris et vie à nue, la souffrance sociale. In : Blais L, rédacteur. *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*. Les presses de l'Université Laval, 2008; 185-211.
49. Rose N. Powers of freedom : Reframing political thought. Cambridge University Press, 1999.
50. Ferguson, D. Health at every size blog [Modifié le 24 avril 2012; cité le 20 mai 2012]. Disponible : <http://healthateverysizeblog.org/>
51. Héas S. Des pratiques psychocorporelles aux sports Outsiders : d'une sociologie à une autre... Synthèse réalisée pour l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR), Université de Rennes 2, 2005.
52. Johnson S, Gray S, Horrell A. 'I want to look like that' : healthism, the ideal body physical education in a Scottish secondary school. *Discourse : Studies in the Cultural Politics of Education* 2013; 34(3): 457-73.
53. Clarke LH, Griffin M. Failing Bodies: Body Image and Multiple Chronic Conditions in Later Life. *Qualitative Health Research* 2008; 18(8):1084-95.
54. David S. Ageism and lookism among gay men, dissertation présentée à la Faculté des études supérieures du Graduate school University of Southern California, comme exigence partielle à l'obtention d'un grade de doctorat en philosophie, département de Psychologie, 2006.
55. Gekoski WL, Knox VJ. Ageism of healthism? Perceptions based on age and health status. *Journal of Aging and Health* 1990; 2: 15-27.
56. Holmes D, Delgado P, Perron A. Allaitement maternel et nouvel ordre social : gouvernementalité, soins infirmiers et construction de la maternité. In : Yaya, HS, éditeur. *Pouvoir médical et santé totalitaire*, Les Presses de l'université Laval, 2009; 205-24.
57. Gagnon M, Holmes D. Moving Beyond Biomedical Understanding of Lipodystrophy in People Living With HIV/AIDS, *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2008; 22(4): 228-239.
58. Crawford R. The boundaries of the self and the unhealthy

other : reflections on health culture and aids. Social Science and Medicine 1994; 38(10): 1347-65.

59.Le Floch M-C. (2007). Lecture critique, Pensée plurielle 2007; 14(1): 237-40

60.Margérard A-L. Analyse lexicométrique d'un corpus de textes en psychiatrie : intentions vulgarisatrices et stratégies discursives dans les ouvrages de vulgarisation, Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de l'information et de la communication, Université de Lyon 3, 2006.

61.Lamarre B, Mineau A, Larochelle G. Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994, Recherches sociologiques, 2006; 47 : 227-51.

62.Llorca P-M. La surmédicalisation des conditions sociales et l'émergence des typologies des dépendances, École de travail social de l'UQAM, Présentation orale au congrès Prévenir et traiter les addictions sans drogue : un défi sociétal, 7-8 octobre, Nantes, 2010.

63.Lee J, Macdonald, D. 'Are they just checking our obesity or what?' The healthism discourse and rural young women : Sport, Education and Society. 2010; 15(2): 203-19

64.Shea JM, Beausoleil N. Breaking down 'healthism': barriers to health and fitness as identified by immigrant youth in St.John's, NL Canada. Sport,Education and Society 2012; 17(1): 97-112.

65.Otero M. Les règles de l'individualité contemporaines. Santé mentale et Société. Les presses de l'Université Laval, 2003.

Remerciements

Je remercie ma directrice de thèse, professeure Karine Bertrand pour la relecture de ce texte et pour ses précieux conseils. Je suis très reconnaissante pour les précieux conseils donnés par mes réviseurs anonymes qui ont permis de mieux structurer le texte. Je remercie mes organismes subventionnaires : Institut de recherche en santé du Canada, Fonds de recherche du Québec-Santé, Centre Dollar-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances, Alliance de recherche universités-communautés (ARUC) du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, BMO groupe financier, Fondation de l'Université de Sherbrooke.

Pour contacter l'auteure:

Hélène Poliquin, Ph.D(c).

Candidate au doctorat

Université de Sherbrooke

150, place Charles-Le Moyne, Bureau 13835-3

Longueuil, QC J4K 0A8

Canada

Courriel : Helene.Poliquin@USherbrooke.ca