

APORIA



LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

Sommaire/Content

Vol.3, Numéro 3/Vol.3, Issue 3

Éditorial/Editorial

5

ARTICLE 1

J.M. KILTY

TENSIONS WITHIN IDENTITY:
NOTES ON HOW CRIMINALIZED WOMEN NEGOTIATE IDENTITY THROUGH ADDICTION

16

ARTICLE 2

I DEVISCH & IVAN HOWEGHEN

A NEW ERA OF MEDICAL CONSUMPTION:
MEDICALISATION REVISITED

22

ARTICLE 3

D. BLONDEAU, F. GAGNON, G. BRISSON, K. AUBIN & D. GAGNÉ:

LES ENJEUX ÉTHIQUES DE L'ÉLABORATION DES
POLITIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ:
RÉFLEXION ET ILLUSTRATION

Éditorial/Editorial

La publication du rapport dévastateur sur les conditions de traitement ou plutôt d'absence de traitement en milieu psychiatrique font encore une fois les manchettes alors que tout un chacun crie au scandale. Mais quel scandale? La situation décrite dans le rapport conjoint du Collège des médecins (CMQ) et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) est connue depuis longtemps et témoigne encore une fois des conditions de traitement accablantes et affligeantes auxquelles sont soumises des personnes vulnérables souffrant de troubles mentaux. Ce scandale n'est pas nouveau, il perdure depuis des décennies et, à la lumière de nos travaux de recherche, il est endémique partout au Canada dans les institutions où le pouvoir, le contrôle et les populations vulnérables s'entrecroisent. Si les conclusions du rapport conjoint sont alarmantes, les conditions de « détention » dont il est question ici sont intensifiées dans des milieux psychiatriques en milieux correctionnels où l'utilisation de la cellule du patient, de la salle d'isolement ou des contentions mécaniques ou chimiques fait partie de l'arsenal « thérapeutique » quotidien alors qu'ils sont souvent associés à des plans de modification de comportements qui ne sont d'aucune efficacité, en plus de placer le personnel soignant dans des situations où leurs obligations professionnelles sont ignorées.

Le déploiement des mesures restrictives dont il est question dans le rapport s'inscrit au cœur d'un complexe hospitalo-carcéral où s'articulent des processus sociaux propres aux institutions définies comme « totales » où les aspects les plus rudimentaires de l'existence (intimité, horaire des activités quotidiennes, permis de circuler, etc.) sont complètement pris en charge pour un traitement de masse. Le fonctionnement de l'institution totale est « simple » et sans nuance : un règlement intérieur (traitement) qui dicte les règles de la vie quotidienne dans l'unité de soins, assorti de sanctions (retrait en chambre, isolement, etc.) ou de privilège (permis de circuler, congés d'essais) afin d'assurer la conformation du patient au « système ». L'absence de soin, dont fait courageusement état la présidente de l'OIIQ, est telle qu'on peut légitimement se demander si le traitement existe réellement en milieux de soins psychiatriques. En écoutant les nombreux reportages qui ont suivi le dépôt du rapport, on se demande comment cela a-t-il pu durer aussi longtemps avant que l'on sonne l'alarme ?

Comment expliquer le silence du personnel soignant ? Ce dernier est pourtant au fait de ses obligations éthiques et légales à l'endroit des populations dont il a la charge; il est au fait, aussi,

des sanctions possibles advenant une faute professionnelle. Mais c'est sans compter l'effet puissant de ces institutions qui prônent la conformité et l'obéissance, non pas seulement celles des patients, mais celles, également, du personnel soignant. Ces institutions imposent un cadre rigide de comportements tant à ses résidents qu'à son personnel. Pour ce dernier, aller à l'encontre du courant, sortir des rangs, s'opposer à la tendance du groupe, peuvent aussi entraîner la perte de certains « privilèges » et des sanctions diverses (critiques des pairs, ostracisme, railleries, exclusion, méfiance). Ce processus n'est pas unique aux milieux psychiatriques, mais il est certain que compte tenu de leur nature fermée, ceux-ci se prêtent bien à son déploiement.

Nous saluons le courage des deux ordres professionnels pour la qualité de leur rapport et les encourageons fortement à étendre leur exercice à d'autres milieux psychiatriques où les modalités de traitement sont non seulement archaïques mais également le symbole d'une violence organisationnelle qu'on ne questionne plus tant elle fait partie des façons de faire et est intégrée aux rituels des milieux. Cet exercice devrait comprendre les milieux psychiatriques hospitaliers et aussi les milieux psychiatriques correctionnels.

Dave Holmes, Inf., PhD
Professeur titulaire
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Amélie Perron, Inf., PhD
Professeure adjointe
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Stuart J Murray, PhD
Professeur agrégé
Faculté des Arts
Université Ryerson



Abstract

Drawing on conceptualizations of a loss of personal power versus empowerment, criminalized women in Canada engage two seemingly opposed discourses to explain their substance use. When feeling a loss of control/power participants constructed substance use as a disease, and when feeling in control of their substance use they described becoming substance free as based on an empowered choice to use/quit using. This article explores the connection between choice/disease discourses and correctional treatment discourses through an examination of women's narratives about identity management and negotiation related to substance use. Based on 22 life history interviews with formerly incarcerated women and four social workers who assist criminalized women as they transition from prison to the community, this research suggests that criminalized women construct a distinct drug using or 'addict' identity that they separate from their 'true' or core conceptualization of self.

Key Words addiction, choice, criminalized women, disease, drug use, identity

***Tensions within Identity:* Notes on How Criminalized Women Negotiate Identity through Addiction**

JENNIFER M. KILTY

Introduction

"That's not the real me!"; "I'm a different person when I'm using."; "I'm an addict, but I'm also a mom."; "That's not me, it's not who I *really* am."; "I'm an addict, but I'm no junkie-whore." These are the words of formerly incarcerated women in Canada, taken from a series of ethnographic and life history interviews, which illustrate the dramatic impact substance use has on how criminalized women construct their identities. These excerpts demonstrate the importance of examining how substance use is a component of identity. More specifically, different accumulated selves come to

'make up' identity[1] and when selectively invoked by either the women or other actors in their lives, these selves or components of identity can reinforce constructive or harmful stigmatic identities in the individual's self-concept. This research describes how criminalized women construct and negotiate what they describe as their 'true identity' in light of their substance use, which they depict as creating a distinct 'addict identity' that is separate from their true self. Interestingly, participants adopted both choice and disease discourses of addiction depending on their level of control over their drug use/desistance and their felt association with their true self or addict self. This article proposes that criminalized women's experiences of substance use create *tensions within identity*, where different and potentially conflicting components of identity co-exist within the individual. While existing scholarship has examined the connection between women and substance use,[2-5] the portrayal of women and substance use in policy, media and law,[4-7] as well as the effects of substance use and criminalization on mothering,[2,8,9] there are fewer

discussions of how substance using women construct their identities.[8,10-13] Rarer still, are examinations of how substance use affects the ways in which women negotiate identity construction. Therefore, this article uses identity as the theoretical and topical lens to examine the role substance use plays in the lives of criminalized women.

Identity and the substance using self

Kenneth Gergen[14] suggests that identity was historically seen as an essence unique to each person, a component of self that was fixed and stable over time. In postmodernity, our understanding of identity shifted to presenting individuals as a composite of disparate characters, to which they are exposed by way of communication technologies and social interactions.

As social saturation proceeds we become pastiches, imitative assemblages of each other. In memory we carry other's patterns of being with us. If the conditions are favourable, we can place these patterns into action. Each of us becomes the other, a representative, or a replacement. To put it more broadly, as the century has progressed selves have become increasingly populated with the character of others. We are not one, or a few, but like Walt Whitman, we "contain multitudes." We appear to each other as single identities, unified, of whole cloth. However, with social saturation, each of us comes to harbour a vast population of hidden potentials – to be a blues singer, a gypsy, an aristocrat, a criminal. All the selves lie latent, and under the right conditions may spring to life.[14,71].

In an environment characterized by social saturation, identity is fluid, malleable and characterized by perpetual negotiation.[14-16] Zygmunt Bauman[17] sees some attempt by individuals at ordering this postmodern fragmentation of identity, stating that we "make the world solid by making it pliable, so that identity could be built at will, but built systematically, floor by floor and brick by brick".[23] In this case, identity is highly adaptable and no component of it is *necessarily* fixed over time since we have the ability to preserve elements of our identity as long as we feel they reflect our true self.[17,18]

Identities vary by degree and can exist in tension. For example, in an effort to protect the virtuous fragments of person/selfhood, the criminalized women involved in this research often eschewed the 'addict' component of their identity by rationalizing the severity of their substance use as less serious than the archetype of the 'addict', 'junkie' or 'dope fiend'. Moore[7] suggests that addiction is a social and criminal artefact, upon which we create a substance using or addict self. To identify either as a 'substance user' or

any of the idiomatic variations on that theme, (e.g. 'addict', 'crackhead', 'burnout', 'junkie') is to accept this construction as a component of one's identity. Geiger and Fischer[19 p203] contend that recovering substance users appeal to the positive components of their identity (responsibility, loyalty etc.) to help them challenge and transcend the deviant label of the 'addict', and in so doing foster a split between a good and a bad self. Distancing one's true self (virtuous) from the substance using self (wicked) is especially important, not only to manage the perceptions of others, but especially during the process of reclaiming the sober, clean, or drug-free self – something Maruna[20] calls "making good". In their efforts to construct an identity acceptable to them and to others, criminalized women invoke a number of different stigma and identity management techniques.[20-22]

Participants selectively engaged choice and disease discourses of addiction in their efforts to manage stigma and their identities as drug users. The debate about whether addiction is a choice or a disease is quite polarizing. The addiction as a disease model is accepted both in popular outpatient and support groups such as Alcohol and Narcotics Anonymous (AA/NA)[23] as well as in the biomedical sphere that prescribes medication to help the individual avoid substance use,[24] which has been widely criticized as an example of the medicalization of deviance.[24-27] Conversely, the choice model is broadly accepted in neoliberal and correctional discourses that rely on cognitive behavioural explanations and treatment options.[28-29] Neoliberal health promotion discourses stress that responsibility for the care of the self is an individual enterprise.

Since the mid-1970s there has been a clear ideological shift away from the notion that the state should protect the health of individuals to the idea that individuals should take responsibility to protect themselves from risk. A close examination of the goals of health promotion and of its related strategies shows how the processes of risk management have, in effect, served the objective of privatising health by distributing responsibility for managing risk throughout the social body while at the same time creating new possibilities for intervention into private lives.[30,48,49]

Neoliberal emphasis on self-responsibility and choice permeates federal correctional substance use programming discourse in Canada, while community correctional reliance on AA/NA based programming emphasizes the construction of addiction as a disease. Not surprisingly, women's narratives reflect both discourses existing in tension as they invoke both in their efforts to manage stigma and negotiate identity.

Methodology: life history interviewing

This study is based on life history interviews conducted with twenty-two former women prisoners and four social workers that assist women transition from prison to the community. Participants were located through community-based agencies and halfway houses, which, in order to maintain anonymity cannot be identified; the interviews were conducted in the houses. Each woman was paid \$20 for her participation, and was offered transportation or provided public transit vouchers to assist with travel costs. There were no exclusionary criteria and all the women who wished to participate were interviewed; all participants were eighteen or older and signed an informed consent form approved by Simon Fraser University's Ethics Review Board.

Most participants had been, at times, homeless, or living in a shelter or in a drug/crackhouse. At the time of the interview, 13 were living in a halfway house, 5 on their own, and 4 were homeless. Findings from this research should not be generalized to other types of substance use or to other groups of users. Consistent with the over representation of Aboriginal people in Canadian prisons,[31] nine participants identified themselves as Native, First Nations or Aboriginal and the remainder self-identified as White. Eight interviewees were incarcerated in both provincial and federal prisons, while 14 women served provincial time only, which is a maximum of two years less a day; prison sentences ranged from repeated short stays in provincial jails to a life sentence in a federal prison. The women ranged from 24 to 63 years of age and 14 (64%) were mothers; 7 of the mothers had lost primary or total custody of one or more of their children. All of the participants were prescribed psychotropic medication while incarcerated, and all had participated in some form of correctional and or community based substance use programming. These women actively used community programs for food, shelter, substance use counselling, and psychological counselling.

In order to recruit participants, I spent between 10-15 hours a week engaging in observational fieldwork in the halfway houses where the women resided and the social service employees worked. I gained entrée first by meeting with the Executive Directors and house managers, who were interested and welcomed my research, as they felt it would showcase the needs of the women they serve and thus the difficulty in their work. Five months of fieldwork allowed me to blend in with the goings-on of the agencies and the halfway houses, generate rapport with staff members and the women, and have countless casual conversations and

informal meetings with staff members and the women who lived in the house and/or used the agency's services. This interaction helped to foster a detailed knowledge of and familiarity with agency and house policies, procedures, and mandates, as well as the agencies' organizational and fiscal structures and constraints.[32,33] The interviews were semi-structured, lasted between two and four and a half hours, and covered a variety of topics, including: childhood life, familial and romantic relationship history, histories of abuse, substance use, and self-harming behaviours, as well as discussions of imprisonment, reintegration, health, power, identity and resistance.

Using grounded theory[34] to guide the analytic process, I read the interview transcripts multiple times coding for emergent themes and then mapping for the relatedness of those themes. I used a series of questions to guide the analytic process: How did participants understand/define/conceptualize key concepts and themes? How did participants frame individual and state agency and responsibility with respect to key concepts/topics and themes? How and why did participants comply with or resist correctional discourses? How did participants 'make up' their identities in light of their experiences of criminalization and marginalization? In order to ensure the credibility and thus validity of this research, I engaged the constant comparative method and participated in ongoing reflexive and reflective practices, including daily fieldnotes and memos, interview debriefing through journaling, and countless informal discussions with participants about the findings as I was making sense of the data.[34,35] This article is based on the participant's discussions of their problematic substance use (illicit drugs and alcohol), that they characterise as addiction, in Canada. The following discussion examines how participants constructed their identities as substance users.

Duelling identities: the 'addict' versus the 'true' self

Most participants discussed having, at least, two distinct identities along the lines of what researchers have dubbed the 'addict' and the 'true' self.[10,13,20,36] Distancing their 'addict self' from their 'true self' is an attempt to achieve a master status that is free from a deviant label,[20,35] illustrates their desire to overcome their addiction, and reveals the use of hope in personal identity management. Identity construction is influenced by our sociality and contextual environments,[14,15,18] where labels such as prisoner, criminal, mother, alcoholic, drug addict, victim, HIV positive, or prostitute are reflexively and socially constructed. We use these labels to express our senses of

self, which are many, varied and may be in conflict with understandings of our true self. One participant discussed the division between her 'addict' and 'true' self, stating that sobriety marked a return to her true/core self: "I was only an addict for five years, so it wasn't a big part of my life. Getting clean was kind of like picking up where I left off."

Equating recovery to the reclamation of control by definition equates addiction to a loss of control that partially mitigates responsibility for behaviours the women regret or feel shame toward. This process of re-appropriating a sense of personal self-control/power was a key feature of the women's identity management strategies, as adopting the addict self as part of one's 'true' self meant accepting one's capacity for doing something they viewed as shameful. Constructing a division between the two is a protective measure that allows the individual to save face and strategically manage the stigma associated with substance use.[10,13,14,19,21,36] Participants often compartmentalized their sober and addict selves; for Joan, this separation distanced the guilt she felt for losing custody of her children and for harming her mother.

That's not who I am really, it's who I was because of the drugs and because I was drinking. I'm not somebody who would have hurt their mother. I'm not somebody who wanted my kids to be taken from CAS [Children's Aid Society] and now they're with their father! That's not me, it's not who I really am (Joan).

Similarly, for Phoebe, this separation of selves provided an emotional sanctuary for the guilt she felt about using drugs while pregnant.

I just look back at the things that I've done to people, what I did to my own baby, you know? She was born with crack in her system. And I look back and that was a lot of guilt and shame associated with those feelings. And I hate those feelings, with drugs. When I was in rehab I dealt with those feelings. I had to learn to forgive myself for doing those things because that was the addict in me, you know? I'm not like that now. That's not the real me (Phoebe).

Joan's comment that "I'm not somebody who would have hurt their mother; that's not me, it's not who I really am" and Phoebe's assertion that it was her addict self not her true self, who birthed a daughter with crack in her system, are discursive attempts to create a protective division between who they are when using versus non-using – and thus between their addict and true selves. By fostering this division, participants construct addiction as responsible for behaviours they view as harmful and shameful, and cast it as an unwanted interlocutor that affected their actions.

Critics may argue this discourse mitigates responsibility; rather this research shows it is more akin to the women's

effort to save face[21] and make good[20] on their identity. While it is obvious that participants experienced a great deal of guilt for their substance use and for some of their actions while using drugs, this guilt does not eliminate or excuse bad behaviour (for example, like Joan harming her mother while intoxicated). At the same time, the correctional system's exclusive emphasis on individual responsibility negates the structural conditions (poverty, un/underemployment, exclusionary and discriminatory politics, and a lack of access to education, affordable housing, drug treatment, and affordable child care among others) that contribute to and even facilitate drug use.[2-4,6,7,11] My emphasis here is less on engaging in the responsibility debate – but rather to demonstrate how women discursively make sense of the tensions in identity that are rooted in their drug use.

Participants created this division through different means; for example, Phoebe was able to separate her addict from her true self after by reinforcing the message of a prison guard who singled her out as unique and unlike the other women around her:

Lindsay [prison guard] was part of the reason I felt like I would have wanted to go straight. She really thought I was different from the other girls; that I really had hope to get off the streets. She just didn't think I was the norm, which was true, because a lot of the women have been on the streets for years and years and years. They've been in and out for so many times and for long periods of time. Myself, it was just recent – two years on cocaine and heroin and I was only on crack for five years. You know, I started late on drugs. I'm only thirty-two years old.

Phoebe attempted to mitigate the stigma associated with her drug using self, by distancing her true self from that of other drug using women;[10,13,19,36] she cites the duration of her addiction (seven years) as short in comparison to others as evidence both of the division between her true and addict self, and of the fusion of those selves in other drug using women. In so doing, Phoebe casts drug use as an interruption rather than alteration of her identity,[38] thus suggesting that identity can be maintained over time.[18,38]

Addiction was inextricably linked to participant's criminalization. For these women, shedding their addict selves was combined with their desire to shed the labels criminal or prisoner. Part of differentiating between their addict and true self is the ability to reconstruct substance use and the lifestyle associated with it in a negative light.[20,39] Jane, a young woman who had lost custody of a son and who was pregnant at the time of the interview, spoke explicitly about the difficulty of leaving behind or remaining part of the drug subculture.

He had money and a nice condo and he could take care of me. He asked me to move in after three days. And then when I got to really know him, I fell in love with him. And I wanted to quit and then I started slowing down. You know, selling drugs, there's no talent in that, there's no school. It's kind of an idiot's way to gain power. He's poor now. Has nothing. He lives from crack house to crack house. That's what happens to all of us, in the end.

Jane's narrative reveals the difficulty many women expressed when they considered abandoning their drug-using lifestyle. While the women found living in crack houses abhorrent, they also described this life as having a certain glamour and power that they desired; expressing antipathy for this lifestyle discursively distanced them from it.[13,20,36,39] Jane described her substance use as a cycle of empowerment/disempowerment, stating that, "the most power I ever had was when I was selling drugs, because I got to do whatever I wanted". Having grown up poor, the money she earned from selling drugs provided Jane with a sense of economic power, which she lost as she became addicted to the drugs she was selling. By simultaneously reconstructing her former partner, the lifestyle she once admired, and the power associated with selling drugs in a negative light,[20,39] and sobriety as indicative of empowerment, Jane was able to create a divide between her true and addict selves and reclaim what she viewed as the positive (true) aspects of her identity.

The participants' fear of being stigmatized as "an addict" was heightened by their belief in their own ability to identify, by appearance alone, a criminalized person or drug user.

You would never know I was a criminal. Like I was a drug user only the last couple of years before I went to jail. You wouldn't know it now to look at me; you would have known it then to look at me. I can pick a criminal out from far away. I hung around with a lot of them when I was using drugs. And I can always tell when people are on, what they're on, what they're up to – a shady character. Things like that. (Cate)

While Cate claims to be able to know who is using and who is not using, she rejects the notion that she herself could be 'found out' in this way. This claimed ability to discern a hidden identity enabled the women to be more prudent in their stigma and identity management techniques by reconstructing themselves as hyper-aware of the criminal and drug subcultures, and thus as hyper-vigilant in their attempts to shed their associations with and identities as drug users. Having been part of these subcultures, the women expressed a kind of 'status expertise',[21,37,40] which they invoked to help them reclaim/reassert their true selves.

Shedding the addict self from one's core identity is no small

feat, and women employ a range of techniques in order to facilitate their reclamation and reconstruction of self. These techniques of the self[43-45] are both practical (identifying with positive core aspects of one's identity – for example, motherhood) and metaphysical (rejecting and resisting identification with 'other' addicts in order to transcend identification). Participants carried out these techniques of the self by engaging in a discursive dance between constructing addiction as either a disease or a choice; their adoption of these discourses largely depended on their feelings of personal control and empowerment.

Constructing addiction: disease or choice?

A disease is a biological or mental impairment that affects the normal functioning of an individual. While drug and alcohol addiction are commonly referred to as diseases, there is a large body of literature that problematizes the medicalization of drug/alcohol use.[24,27,43-48] Leading scholar on medicalization, Peter Conrad, describes the process for addiction more as healthicization, that is to say when "behavioural and social definitions and treatments are advanced" for a health condition, rather than as medicalization, defined as when "medical definitions and treatments are offered for previous social problems or natural events".[26 p223] Healthicization readily fits into neoliberal health and disease management discourses that are pervasive in corrections (49). This discourse requires that individual citizens manage their health, illness, and disease responsibly, for example by eating well, exercising and following the treatment orders of their addictions counsellors.[30,49] A hallmark of neoliberalism is the devolving of responsibility from the state to the individual, yet simultaneously this does not preclude ongoing or even increasing levels of correctional intervention.[30,49-51]

Every participant with a history of drug use invoked both choice and disease discourses of addiction and rejected the neoliberal construction that they simply needed to make better cognitive-behavioural choices. When actively using and invoking the addict identity, the women engaged disease discourses and described feeling powerless with respect to their drug use. When desisting from drug use the women rejected identification with their addict self, endorsed choice discourses, and suggested that their ability to reclaim their true self empowered them to choose to stop using drugs. For example, Jessica, a young woman who served time provincially for heroin possession stated:

When you're an addict, the addiction is driving you. You're not even making your own choices. The

addiction is making the choices for you. It controls you, your nerves, your thoughts; your body just craves the drug. In that way, addiction is a disease. Oh yeah, you're a different person when you're using. The addiction is running you. When you get clean, the drug isn't making your choices anymore. Getting clean was like finding myself again; going back to the old me.

Jessica not only references the aforementioned division of selves ("you're a different person when you're using; getting clean was like finding myself again, going back to the old me") she describes drug use as removing the user's ability to make 'good' choices, which inherently constructs drug use as a poor choice. For the women, the controlling nature of addiction and the emergence of an addict identity eclipsed their free will and affected their decision making and actions. For Cate, despite taking all three levels of the Woman Offender Substance Abuse Programming (WOSAP) offered in Canadian federal prisons for women that espouse empowerment and personal choice in combating addiction, she continued to construct addiction as a disease.

But it was the drugs; they helped me be what it is I feel I am, superwoman. That's why I liked them so much, I felt really powerful. But I really had no control over my mind or my body; everything was about getting my next fix. It was all about making sure I had my drugs so I didn't go through withdrawal or the bad cravings. I didn't feel like I had a choice, the drugs were making my decisions.

Critics may claim that relying on disease rhetoric to explain ongoing drug use mitigates agency and is used to elicit greater compassion for the difficulty in securing treatment and discontinuing use; however, the women's narratives follow choice and disease discourses that respectively reflect their shifting feelings of power/powerlessness to their drug use and subsequently the identity with which they related to most at that time. For example, Cassie described her drug use as a disease that is a covert part of her identity that she must actively fight to suppress.

I used to use to deal with things. But I've been clean for four years. Day by day struggle; but like they say at the meetings [AA/NA] it's not an easy thing to overcome but with proper support and proper belief in yourself it is a disease you can win. It's a daily struggle, absolutely. It's a, I named him Bob – he's a monkey. He sleeps on my back. Most of the time he's dormant, but occasionally he'll shift and wake up and that's when I'm like, 'dooin'! And if he sinks his fangs in I have to tell him to shut up. I like him to stay asleep, it's bad when he's awake!

Consistent with Cassie's narrative, AA and NA groups are based on the positivist view that addiction is a disease. In fact, admitting powerlessness is part of the AA and NA

process.[23,27,44,45,47,48] Like Cassie, Kellie (who served provincial and federal prison time) and Phoebe (who served provincial prison time only) discussed feeling powerless to drugs and evoked disease discourses to explain their continued drug use.

AA and NA, they teach you that. Like if you're a crackhead and you come down off a three-day binge and it's the day after and you're feeling like shit – then you're cursing yourself and kicking your ass. But that night, you're right back at it. It's just something you can't control. (Kellie)

I gained my power through rehab. Knowing that I can stay away from it, that I can say no makes me feel powerful. NA and AA teaches you that. You know, the twelve steps where you have to admit that you're powerless, you know, to drugs? (Phoebe)

If addiction is a disease that intercedes on an individual's free will, the question then becomes, how do women quit using drugs? Paradoxically, while many participants felt powerless to drugs, they also described their attempts to reclaim a personal sense of power in their lives by making the choice to quit using. For example, Emma, a former dancer, explicitly made the connection between re-appropriating power and control over her life and her decision to quit using heroin and to find healthier ways coping – a strategic attempt to practice healthcization.

I got my power back just through the realization of where I need to work on. What I want. What I don't want in my life anymore. Making the choice. Making the choice to really quit heroin. Choosing not to run to it every time something was hard; choosing to find better ways of coping with all the shit in my life. Getting healthy in my mind and my body.

Finally, Joan's narrative illustrates particularly well how participants invoked both discourses to convey their feelings of power/powerlessness with respect to substance use.

I really thought I was just misunderstood. It's all them, it's not me! If my husband didn't beat me, if this wasn't like this, if this wasn't like that. I wanna be medicated, I wanna be numb. If I don't feel, I don't care, and if I don't care, I can survive. No Joan! Bottom line, it's your disease. You're using and it's caused chaos and it's almost like I was a magnet for chaos. That's just my disease telling me that so it can kill me. You know, that's what my disease is. You know, that's who I am when I use. That's my disease, that's not who I am in here [indicates her heart and her mind] you know? So I had to go to treatment, that was my choice, I had control over that. I don't want this anymore. Bottom line I had to make a choice. It's just the nature of addiction, like that's [jail] where it goes. You know? And unfortunately people get lost there. They don't think they have a choice anymore. So actually, jail gave me my chance to make my choice. For which I'm grateful. I'm not grateful I had to go there to get

it, but it did open my eyes. Do I wanna keep coming back to these places? Is this what you want out of life? Some can really struggle and some can have the worst time, but it's all choice. Like when I got out of jail I figured I was clean five months, my brain's not clouded with drugs or alcohol and I'm not feeling desperate that I have to go use. So, what kind of choice are you going to make? Bottom line, yes, it's my choice. And as soon as I use that word, like I get goose bumps when I say that. As soon as I say that word, I can't deny what I'm going to do. I'm not in the white, like I'm never gonna be an angel, ever. You know, I'm gonna make mistakes, I'm gonna make bad choices. Although, they're gonna be clean choices, you know it's part of being human.

Participants, like Emma and Joan, constructed their substance use as a disease they would have to fight for the duration of their lives, which made them feel powerless towards it. Paradoxically, they also celebrated their emerging sobriety as the result of an empowered choice. To feel powerless undermines one's sense of self, making it understandable why achieving sobriety was commonly expressed as a choice – it reflected the reclamation of power and selfhood. Consequently, in order to manage their feelings of disempowerment participants simultaneously constructed addiction as a disease and a choice.

Discussion

Identity acts as the thread that weaves together the arguments made in this article; however, discussing identity as fixed runs the risk of essentializing it as singular, uniform and unalterable. Conversely, Gergen's[14] claim that we are all pastiches, that our identities are mere imitations of others' to which we are socially exposed, does not adequately reflect how participants in this study discussed constructing and negotiating identity. Instead, this research suggests that we should consider identity as multivariate and as an ongoing negotiation. Doing so allows us to see how certain values or beliefs remain stable over time while others evolve as a result of new experiences.

Taking the effect of substance use on identity construction as the point of entry into this research, the women in this study were adamant that elements of their selfhood remained intact over time, regardless of their identities as drug users. Therefore, while addiction and incarceration stigmatize the individual and disrupt identity management,[38,52] participants were keen to demonstrate that they do not cause a permanent change to their true self. As other scholars have argued, ex prisoners commonly reach back into their past to re-centre older more positive and often mainstream constructions of self in order to discard their criminalized

or drug using identities.[10,20-22,39,40] In fact, Baker[10 p864] writes that women must engage in stigma management techniques that “transform their identities to those of ‘ordinary’ people. This can be done by reverting to a ‘true self’, extending an identity present during addiction, or creating a new, emergent identity”.

Maruna[20,86] contends that as part of the identity transformation process, criminalized women craft a “redemption script”, beginning with “a believable story of why they are going straight.” Participants described how their drug use often caused them to feel trapped in a sense of self and a lifestyle they wanted to isolate their core (true) self from.[20,39] Demonstrating an internal struggle for power,[7,14,15,18] the women worked to segregate the addict from the true self and described substance use as a “fake way to feel and act powerful” and the progression to addiction as a gradual loss of power over drug use, decision making, and sense of self. Conversely, recovery was described as an act of authentic empowerment and as reclamation of personal identity/power. The women's narratives demonstrate that identity is simultaneously fluid and fixed; sobriety led to feelings of empowerment that allowed them to alter their behaviour in accordance with the core self's politics and values.

Participants discussed these different selves through choice/disease rhetoric that emerged from their personal feelings of power/powerlessness in relation to their substance use. When the women felt powerless towards their addiction, they spoke of it as a disease and as an immutable component of their identity that constrained their ability/power to make ‘good’ choices. Once they achieved sobriety, their narratives shifted to focus on their decision making power and the choice they made to become sober. This finding suggests that problematic substance use creates tensions within identity, where the individual struggles with both social (recognition) and personal (reflexive) understandings of the self. There is a need for more research on this transitional phase, in order to temporally map how women's discourses shift.

At first glance, neoliberal discourses of addiction that emphasize individual choice appear to reflect a shift away from positivist explanations that essentialize addiction as a problem intrinsic to the individual. In the former, the weak will is to blame for poor health choices and in the latter the weak body is the culprit.[27,48] A consequence of reducing substance use to a choice is that this approach fails to generate the space needed for a more nuanced discussion of how the two explanations are actually related. Constructing substance use as a choice also taints our understanding of how a health

decision is made, maintaining the fiction that it is freely made, without any constraints, be they contextual (being a single parent), structural (lack of treatment availability), or environmental (living in a rural area),[26,39] and that it is a behaviour that is well within the power of the individual to alter. It is of course acknowledged that no form of treatment is foolproof. Therefore, it is the failure to seek out and follow treatment that constructs substance users as irresponsible in managing their health.[28,29]

Correctional substance abuse treatment discourses invoke the concept of healthcization[26,49] to discursively reconstruct the addicted person's refusal, avoidance, or failure to internalize treatment as negligent or irresponsible.[28,29] The effects of these judgements are not benign; indeed, federal corrections uses these labels to justify mandatory substance use programming for all federally sentenced women in Canada, whether or not they have ever had problems with addiction.[29] This fact reflects Peterson's[30] claim that neoliberalism simultaneously redistributes responsibility for health to the individual and creates "new possibilities for intervention into private lives".[48,49] Moreover, making it mandatory that women with no history of problematic drug or alcohol use participate in substance abuse programming is indicative of how women prisoners, by their nature as criminalized women, are constructed as incapable of taking responsibility for their health,[53] and as necessarily addicted.[2-7] They also assume that it is impossible to use drugs casually, for pleasure, or responsibly and without becoming addicted.[2-7]

Cognitive behavioural models based on choice rhetoric are the hallmark of federal correctional programming in Canada;[7,49-51] for example, the correctional evaluation of the Woman Offender Substance Abuse Program states that, "the overall goal of WOSAP is to empower women to make healthy lifestyle choices" and to reduce recidivism.[29 p4] Prison programs attempt to regulate how prisoners conceptualize their criminality and drug use through responsabilization discourses; like the criminal justice system more broadly these programs demand prisoners confess to any use, thoughts of use, cravings, and triggers for use.[7,28,29] By encouraging prisoners to adopt full individual responsibility for their drug use, correctional programs remove responsibility from the state-based structural factors that contribute to drug use, which only serves to blame the user.[2-7] Given that this is the discursive message offered by federal correctional programs, it is not surprising that women evoke choice discourse.

At the same time, correctional substance abuse programming

messages also reflect the tension between 'selves' that participants used to make up their identity.[1] While federal prison program discourses echo the growing neoliberal shift toward healthcization that "propose[s] lifestyle and behavioural causes and interventions",[26 p223,30,49] provincial and community discourses espouse disease rhetoric regarding substance use. For example, while the AA/NA disease model is no longer fashionable in federal correctional programming, which emphasizes cognitive behavioural models that stress the 'stages of change' and the role of individual choice,[28,29] NA/AA programs continue to be referenced by provincial and community correctional mandates, mainly because they are low-cost partners that are supported by volunteerism and not-for profit agencies rather than government funds.

Given that most federally sentenced women have also served time in provincial jails or prisons and the gap between programs in federal and provincial institutions (where programs are virtually nonexistent), it is unsurprising to see the mixed messages offered to and expressed by women as they discuss their drug use. However, these mixed messages create slippage between classical and positivist rhetoric; accordingly, participant's moved back and forth between choice/disease discourses to describe their substance use. Giordano and colleagues.,[39 p1004] note that structural barriers constrain how people effect life changes and identity shifts; correctional programming discourses act as structural constraints that somewhat bind how the women discursively make up their shift in identity from being a drug user or addict to being drug-free. As a result, the women's discussions of their addict/true selves bring in both positivist and classical discourses, illustrating how the two schools of thought co-exist and are not mutually exclusive. Paradoxically, the construction of addiction as a choice is similar to the construction of addiction as a disease, insofar as both models point to an inherent individual pathology; either because of a deficient body[44,45,47] or mind,[27,48] the addiction remains a problem within the individual. At first glance, the neoliberal construction of addiction as a choice appears to move away from the disease model that inherently suggests the individual has little control over their substance use. However, the choice model similarly blames the individual by pathologizing their mind, or as Valverde[27,48] describes, it constructs a "disease of the will".

Participants demonstrated how identity is not only an ongoing negotiation, but that it is as Bauman[17 p23] claims, an assemblage of components. Subsequently, different selves may come to exist in tension or appear to be in opposition;

these tensions more accurately reflect the process of identity development and transition and therefore demonstrate that we are not mere assemblages or compilations of identity fragments as suggested by Gergen.[14] Rather we work reflexively and tirelessly to craft, anchor, polish, cement, and even perfect those senses of self we value as preeminent and paramount, both to reject components of identity from which we wish to disassociate and to try and ensure that the noteworthy components are viewed as the most prominent aspects of the self.

Conclusion

This article examines how criminalized women endorse discourses of empowerment to help them resist substance use, reconcile that their 'addict selves' are separate from their 'true selves', and examines how their efforts to do so reflect discourses of addiction as disease and choice. Participants described how addiction, while being a component of their identity, does not make up their true self, but is rather a disruption in the expression of their true self.[10,13,20,38] In fact, they described achieving sobriety as a marked return to their true/core self. However, the true self does not come out of these negative experiences unscathed; it is marked by the stigmas associated with criminalization, imprisonment, substance use, and addiction.[14,21,52] In a practical sense, the stigma associated with addiction and criminalization can affect a woman's ability to reintegrate post-incarceration (for example to find work, housing; to rebuild social and familial relationships).[20,21,40,52] Identity is altered by these stigmas, potentially forcing the individual to question the very nature of their core self.[52] Future research should examine the transition periods between key aspects of identity (like true versus addict selves), as well as correctional programming texts and curriculum in order to better understand the discourses proffered to incarcerated women and thus the tensions found in their narratives about drug use, recovery, and identity. Without the ability to do observational fieldwork inside prison, for example attending the WOSAP program and interviewing correctional staff members that facilitate the sessions, we are unable to fully document the intersection of correctional messaging and the women's negotiation of identity during that transitional phase.

We exhibit different aspects of self in diverse personal and social environments and therefore may develop conflicting constructions of self that involve seemingly opposing values, discourses and rhetoric. These conflicts may cause self-doubt and remorse when one construction opposes values held

dear, threatening social recognition with the aspect of identity you wish to shed, alter, or minimize; for as Calhoun[15 p20] writes, "we face problems of recognition because socially sustained discourses about who it is possible or appropriate or valuable to be inevitably shape how we look at and constitute ourselves, with varying degrees of agonism and tension." Not all individuals have the personal or social power to constitute idealized components of identity.[15] For example, to be a woman, prisoner, drug addict, and mother implies degrees of marginalization that constrain both social and political power. The women who participated in this research held different social, economic, cultural and political positions – but were connected by their statuses as criminalized women, as mothers, and as drug users. Despite this stigmatization, each woman reflexively articulated a rejection of what they constituted as the negative aspects of these components of their identity and their ability to negotiate themselves through periods of time when they are in tension. This gave them the courage to remain hopeful, and to exercise some degree of power over their addictions, identity, and future.

References

- 1.Hacking I. Making up people. In: Heller TL, Sosna M, Wellbury DE (eds). *Reconstructing Individualism*. Stanford: Stanford University Press, 1985; 222-36.
- 2.Boyd SC. *Mothers and Illicit Drugs: Transcending the Myths*. Toronto: University of Toronto Press, 1999.
- 3.Boyd SC. *From Witches to Crack Moms: Women, Drug Law and Policy*. Durham: Carolina Academic Press, 2004.
- 4.Boyd SC. *With Child: Substance Use During Pregnancy, a Woman Centred Approach*. Halifax NS: Fernwood, 2007.
- 5.Boyd SC. *Hooked: Drug War Films in Britain, Canada, and the United States*. New York: Routledge, 2008.
- 6.Campbell N. *Using Women*. New York: Routledge, 2000.
- 7.Moore D. *Criminal Artefacts: Governing Drugs and Users*. Vancouver: UBC Press, 2007.
- 8.Ferraro KJ, Moe AM. Mothering, crime, and incarceration. *Journal of Contemporary Ethnography* 2003; 32: 9-40.
- 9.Greaves L, Pederson A, Varcoe C, et al. Mothering under duress: Women caught in a web of discourses. *Journal of the Association for Research on Mothering* 2004; 6(1): 16-27.
- 10.Baker PL. I didn't know: Discoveries and identity transformation of women addicts in treatment. *Journal of Drug Issues* 2000; 30(4): 863-80.

11. Gubrium A. Writing against the image of the monstrous crack mother. *Journal of Contemporary Ethnography* 2008; 37(5): 511-27.
12. McCorkel J. Going to the crackhouse. *Symbolic Interaction* 1998; 21(3): 227-52.
13. McIntosh J, McKeganey N. Addicts' narratives of recovery from drug use: Constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine* 2000; 50: 1501-10.
14. Gergen K. *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life* (2nd ed). New York: Basic Books, 2000.
15. Calhoun CJ. *Social theory and the politics of identity*. Cambridge: Blackwell, 1994.
16. Grossberg L. Identity and Cultural Studies – Is This All There is? In: Hall S, du Gay P (eds). *Questions of Cultural Identity*. Princeton: Princeton University Press, 1996; 87-107.
17. Bauman Z. From Pilgrim to Tourist – Or a Short History of Identity. In: Hall S, du Gay P (eds). *Questions of Cultural Identity*. Princeton: Princeton University Press, 1996; 18-36.
18. Giddens A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press, 1991.
19. Geiger B, Fischer M. Naming Oneself Criminal: Gender Difference in Offenders' Identity Negotiation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2005; 49(2): 194-209.
20. Maruna S. *Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild Their Lives*. Washington: American Psychological Association, 2001.
21. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster, 1963.
22. Lofland J. *Deviance and identity*. New Jersey: Prentice-Hall, 1969.
23. Alcoholics Anonymous. *A Brief Guide to Alcoholics Anonymous*. New York: Alcoholics Anonymous World Services Inc., 1972.
24. Reinerman C. Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory* 2005; 13(4): 307-20.
25. Alexander, B. *Peaceful Measures: Canada's Way Out of the War on Drugs*. Toronto: University of Toronto Press, 1990.
26. Conrad J. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 1992; 18: 209-32.
27. Valverde M. The Power of Powerlessness: Alcoholics Anonymous' Techniques for Governing the Self. In: Glasbeek A (ed). *Moral Regulation and Governance in Canada*. Toronto: Canadian Scholars Press Inc., 2006; 299-325.
28. Prochaska JO, DiClemente CC. *Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors*. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
29. Grant BA, Furlong A, Hume L, White T, Doherty S. *Women Offender Substance Abuse Programming: Interim Research Report*. Ottawa: Correctional Services of Canada, 2008.
30. Peterson A. Risk and the regulated self: the discourse of health promotion as politics of uncertainty. *Journal of Sociology* 1996; 32(1): 44-57.
31. Comack E, Balfour G. *The Power to Criminalize: Violence, Inequality and the Law*. Halifax: Fernwood Publishing Press, 2004.
32. Smith D. *Conceptual Practices of Power*. Toronto: University of Toronto Press, 1999.
33. Smith D. *Institutional Ethnography*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 2005.
34. Plumridge E, Chetwynd J. Identity and the social construction of risk: Injecting drug use. *Sociology of Health and Illness* 1999; 21(3): 329-43.
35. Becker H. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. London: Free Press of Glencoe, 1963.
36. Jewkes Y. Loss, liminality and the life sentence: Managing identity through a disrupted lifecourse. In: Liebling A, Maruna S (eds). *The effects of imprisonment*. Collumpton Devon, UK: Willan Publishing, 2005; 366-88.
37. Giordano PC, Cernkovich SA, Rudolph JL. Gender, crime and desistance: Toward a theory of cognitive transformation. *American Journal of Sociology* 2002; 107(4): 990-1064.
38. Goffman E. *Asylums*. New York: Doubleday, 1961.
39. Foucault M. *Discipline and Punish*. New York: Vintage Books, 1977.
40. Rose N. Identity, genealogy, and history. In: Hall S, du Gay P (eds). *Questions of Cultural Identity*. Princeton: Princeton University Press, 1996; 128-50.
41. Fingarette H. *Heavy Drinking: The Myth of Alcoholism as a Disease*. Berkeley: University of California, 1988.
42. Levine HG. The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol* 1978; 29: 143-74.

43. Roman P. The disease concept of alcoholism: Sociocultural and organizational bases of support. *Drugs and Society* 1988; 2: 5-32.
44. Roman P, Blum T. The medicalized conception of alcohol related problems. In: Pittman DJ, Raskin White H (eds). *Society, culture, and drinking patterns re-examined*. New Jersey: Rutgers University Press, 1991; 753-74.
45. Schneider JW. Deviant drinking as a disease. *Social Problems* 1978; 25: 361-72.
46. Valverde M. *Diseases of the will*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
47. Robert D. Prison and/as public health: Prison and inmates as vectors of health in the new public health era, the case of Canadian penitentiaries. In: Tagg B, Hillenkamp T (eds). *Intramurale medizin im internationalen vergleich gesundheitsfürsorge zwischen heilauftrag und strafvollzug im Schweizerischen und internationalen diskurs*. Heidelberg: Springer, 2008; 359-70.
48. Hannah-Moffat K. Prisons that empower: Neo-liberal governance in Canadian women's prisons. *British Journal of Criminology* 2000; 40(3): 510-31.
49. Hannah-Moffat K. *Punishment in Disguise: Penal Governance in Canadian Women's Prisons*. Toronto: University of Toronto Press, 2001.
50. Hannem S, Bruckert C (eds). *Stigma Revisited: Negotiations, Resistance and the Implications of the Mark*. Ottawa: University of Ottawa Press, forthcoming 2011.
51. Kilty JM. Under the barred umbrella: Is there room for women centred self-injury policy in Canadian corrections? *Criminology and Public Policy* 2006; 5(1):161-82.

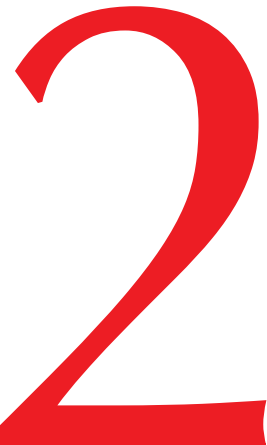
Acknowledgements

The author wishes to express her thanks to the Canadian Social Sciences and Humanities Research Council for funding this research, her supervisory committee for their ongoing support, and Matthieu for reviewing different versions of this piece.

Contact Information for Author:

Jennifer M. Kilty Ph.D.

*Assistant Professor
University of Ottawa
Department of Criminology
25 University Private
Ottawa ON, Canada
K1N6N5
Email: jkilty@uottawa.ca*



Abstract

After Ivan Illich produced his critique of the medical establishment, medicalisation became a synonym for a perverse evolution in Western health care. Since then, the concept has often been used to critique the perceived oppression of subjects by the health establishment, culminating in a call for resistance against this system. The world, including that of medicine, has changed profoundly since Illich launched his attack, and, consequently, so must our analysis of it. Today, instead of resisting medicine or medicalisation, most of us do everything we can to participate in it. Unless our governments prevent us, we consume medicine as much as possible, and thus overuse the system. Medicalisation is, therefore, at a turning point. In this article, we wish to unravel its current analytical potential, and attempt to renew the analysis in contemporary society. If social critique is still to be of importance in tomorrow's medicine, much will depend upon the way in which we deal with this crucial question.

Key words Baudrillard, health care, Illich, medicalisation, medical consumption

A New Era of Medical Consumption: Medicalisation Revisited

DEVISCH IGNAAS & INE VAN HOYWEGHEN

Introduction

Medicalisation is a well known concept, and as is often the case with well known concepts, the more we use them, the less we are aware of what they really mean. Think for instance about the terms, 'deconstruction' and 'critique'; these words can mean both everything and nothing at the same time. However, this is not the case with medicalisation because, despite its widespread use, this concept has always been the subject of ongoing discussions among sociologists and others.[1-5] Recent discussions have been about the changing engines or drivers of medicalisation,[5,6] the shift to a new techno-scientific era of biomedicalisation,[7] pharmaceuticalization,[8,9] and about calls to rethink, or go

beyond medicalisation.[10-12]

After Ivan Illich presented his critique of the medical establishment in *Limits to Medicine: Medical Nemesis*, the term, medicalisation, was adopted to signify a key concept of social criticism.[13] Medicalisation, the expansion of medical authority and perspective throughout everyday life, became a synonym for a perverse evolution in Western health care that, as Illich argued, embodied more of a threat to health than an aid to overcoming illness. Since then, the concept has often been used to critique the perceived oppression of subjects by the health establishment, culminating in a call for resistance against this system.[14-17] As many aspects of our lives became medicalised, there have been many analyses of this apparently ongoing process: from the obvious examples of human characteristics such as emotions[18] or phases in our lives[19] to sexuality[20] and mental health[21], medicalisation represents the synthesis of a social critique of societal evolution as it increases the influence of medicine on daily life.

Nevertheless, since Illich criticized medicine, the world has changed profoundly and, therefore, so must our analysis of it. If the term, medicalisation, represents a revolutionary resistance to the misuse of power by a medical system, that is, against passive medicalised subjects, then, we agree with Nikolas Rose in his 'Beyond Medicalisation'[12] that this term explains 'very little, almost nothing' today.[22] As Rose states:

The theme of medicalisation, implying the extension of medical authority beyond a legitimate boundary, is not much help in understanding how, why, or with what consequences these mutations have occurred. Medicalisation might be a useful neutral term to designate issues that were not at one time but have become part of the province of medicine. It might be a useful slogan for those who wish to dispute the legitimacy of that medical remit. But the term itself should not be taken as a description or an explanation, let alone a critique.[12]

We agree with Rose that the historical understanding of medicalisation - the idea that we are simply subject to a powerful medicalisation caused by an abuse of power, and the critic's conclusion that this is happening more and more - is no longer fruitful, if it ever was. As Rose writes: "The term medicalisation might be the starting point of an analysis, a sign of the need for an analysis, but it should not be the conclusion of an analysis." [12] This is like saying that we are secular beings because we are secularized, that is, we denounce a certain process, but seem to miss a real understanding of it in order to analyze the conditions of it.

What, Why and How

Consequently, the question is not only what medicalisation means, but also why medicalisation happens, and how this is related to the evolution of contemporary society. Referring to the work of French sociologist Jean Baudrillard, we will explore how medicalisation understood solely as a critique of the use and abuse of external power, leads to a complete misunderstanding of medicine in today's Western societies.

In fact, what are we dealing with in today's society? Do citizens in Western societies consistently maintain a stance of social critique and combativeness against the medical system in order to expel it, blow it up, or accuse it of systematic social iatrogenesis?[13] We seem to be confronted with the opposite. Instead of resisting medicine and medicalisation, most of us do everything we can to participate in it, and in doing so, we are not passive subjects, but active and 'empowered'[23] patients who are fond of consuming drugs, going to doctors and plastic surgeons with genuine aesthetic motives, and taking anti-depressants and fat-burners on a

massive scale, etc.

Thus, using the term, medicalisation, to describe a unilateral process does not adequately reflect how the field of medicine is neither independent, nor unchanging. Institutionally, medicine is being reorganized, not only from the top down and the bottom up, but also from *the inside out*. [10] Conrad[5,6], for example, has highlighted the shifting engines or drivers of medicalisation over time, noting how doctors are no longer its the primary drivers. He contends that while the definitional centre of medicalisation still lies within medicine, other factors such as health-care markets, consumers, biotechnology, and pharmaceuticals are now taking centre stage in the medicalisation of society. In many ways, Conrad supports Rose[12] in saying that biomedicine has changed through technological developments and commercialization. Similarly, Clarke and colleagues[7] have developed innovative understandings of what they term 'biomedicalisation' that take into account the complex interrelatedness of technoscience, modes of knowledge production and management, techniques of governance, and embodied identities.

Consequently, we argue that medicalisation still maintains a (non-neutral) critical usefulness, as long as one incorporates it into an analysis capable of dealing with contemporary problems. One of the crucial problems in this debate on medicalisation is who medicalises whom. Is it simply 'the system', 'the state', or 'big pharma' that dictate to us, or does our own behaviour also instigate the process of medicalisation? When we are dealing with this question, the answer is not as easy as it might seem at first glance. Take for instance the public health campaigns of many national governments. Many of these campaigns deal with the importance of a healthy lifestyle: how we should prevent ourselves from becoming ill by stopping smoking, or taking part in more physical activity or eating a healthier diet. They either exhort us to us to make healthy lifestyle choices, or they inform us about the need to participate in health care, and take part in preventative screenings and diverse health examinations. These campaigns are a classic example of how the medicalisation of daily life increases by warning us away from so-called risk behaviour. Take, for instance, the pedometer: it counts every step that you take in order to stimulate your daily exercise. While the effect may be positive, at the same time, every step that you take is health motivated, not because you simply enjoy walking (or not). This is a common example of how health care and government medicalise daily activities, and turn them into medical worries about our health and future wellbeing.

However, paradoxically, today, many governments focus not only on how to get people into health care, but also on how to get them away from it by looking for ways to decrease medical consumption. That is, because too much medicine is now consumed in many Western societies—in particular antibiotics[24]—the problem has now become how to prevent the over-consumption of health care.[25] In today's medicine, it seems that we are not simply suffering under powerful systems which force us, albeit in a subtle way, to consume; on the contrary, unless our governments prevent us from doing so, we seem to be doing everything we can to overuse the system, to consume medicine as much as possible.

In principle, much social critique has insisted that resisting medicalisation must come from outside the system: citizens should be made aware of the dangers of medicalisation and how to resist the implicit and explicit forces that generate mechanisms for changing our behaviour. However, if medicalisation and medical consumption are the result of our own over-consumption, is this critique not then confronted by a stubborn aporia? If the problem is not that people are unable to resist medicalisation, but rather that they willingly overuse the health care system to beyond its capacity, how does one criticize this? Does current social critique not lead to a dead end here?

Implosion

The work Baudrillard may be of help in understanding this evolution. The inflation of medical consumption and the potential destruction of health care 'from within' rather than from resistance to it 'from without', corresponds to what Baudrillard described as *implosion*:

The absorption of one pole into another, the short-circuiting between poles of every differential system of meaning, the erasure of distinct terms and oppositions, including that of the medium and of the real – thus the impossibility of any mediation, of any dialectical intervention between the two or from one to the other.[26]

Here, Baudrillard does not describe medical consumption in a context of resistance or revolution, but as a collapse from within.[27] As he writes in *Simulacra and Simulation*:

One must envisage this critical but original situation at its very limit: it is the only one left to us. It is useless to dream of revolution through content, useless to dream of a revelation through form, because the medium and the real are now in a single nebula whose truth is indecipherable.[26]

Obviously, Baudrillard's point of view differs from the social

critique in which subjects have to be equipped for resisting the political and economic powers stalking our society. An appropriate metaphor for this latter situation context could be *explosion* in the broadest sense of the word: a social critique that attempts to destroy the powers which convert people into medicalised and impoverished subjects. In contrast, Baudrillard's *implosion* describes a threat to a system that can be dismantled, but does not stem from revolutionary resistance from outside, but from a kind of dissolution from inside. Today most people are not rebelling against capitalist society because its overwhelming luxury is abhorrent, or because they are forced to consume, but rather because they believe that they too have a right to this luxury and consumption and they demand the means to afford it. Today, the queues do not consist people demonstrating against the scandal of another new version of an iPad or a new smart phone; people are queuing in front of the stores because they wish to be the first to own these latest versions.

This evolution is also detectable in contemporary health care. Often medical consultation has become an activity of consumption and transaction. Some even speak of 'wish-fulfilling medicine'.[28] Medicine is now requested for all kinds of individual wishes and desires. Consumers are no longer the passive beings described by Herbert Marcuse and others during the sixties,[29] but are active and well informed subjects who attempt to buy the health they prefer because they feel that they have a right to it.[30,31] Far from being merely passive subjects, many consumers today claim their 'rights' in a most active way. As they consider health a part of their personal desires and longings, they consume what they desire and, therefore, can be described as the instigators of their own 'medicalisation'.

The notion that the medicalised subject is understood to be passive contradicts the way that medicine and commercialization have co-evolved. As the whole of Western society became focused primarily on the individuals' rights and concerns, autonomy and patient rights also became more important in health care. Thus, the contemporary patient's active role differs substantially from that of decades ago. Patients are now asked explicitly regarding their wishes and preferences. As Rose states:

With notable exceptions (children, prisoners, people deemed mentally ill and admitted to hospital under compulsion), doctors do not force diagnostic labels on resistant individuals. And although drug companies use techniques of modern marketing, they do not seek to dupe an essentially submissive audience. Marketing techniques, since the 1950's, have not regarded the consumer as a passive object to be manipulated by advertisers, but as someone to

be known in detail, whose needs are to be charted, for whom consumption was an activity bound into a form of life that must be understood. Marketing does not so much invent false needs, as suggested by cultural critics, but rather seeks to understand the desires of potential consumers, to affiliate those with their products, and to link these with the habits needed to use those products.[12]

Emphasizing the role that patients and consumers play in their own health care not only challenges our conception of medicalisation, it also forces us to think about the status of social critique today and the way that contemporary individuals relate to health care.[32] The insight Baudrillard offers us in this context is that any contemporary social critique of medicalisation needs to be supplemented with a theory of consumption and perhaps also a theory of desire. Although many Marxist analysts in the seventies understood capitalism as an obligation from above which forced us, as consumers to be alienated from ourselves, today we can state that it is because our desires are at work in consumption that capitalism works well, and is embraced by so many people.

We are not obligated to medicalise our lives, but we spontaneously plead guilty to our friends and colleagues if we do not take care of our physical condition. We desire to be healthy and, therefore, we consume much medicine, as a result of which the system itself has to be protected from overuse. Neil Postman's[33] famous slogan 'we amuse ourselves to death' translates into the medical context as 'we medicate ourselves to death'. Of course, our desires are never simply 'ours', but are always mediated by other individuals and our cultural milieu. However, the ways in which these desires are satisfied today, have important implications for social critique in general and the debate on medicalisation in particular. If, for example, governments do not step in to stem this medical over-consumption, it is possible that we will undermine health care through overuse until the system implodes from within, due to the enormous costs arising from this medical consumerism. As a result, concomitant with the challenge of prevention falling short, there is also the risk of over-consumption and over-diagnosis in medicine.[34]

Analyzing Desire

Medicalisation is not a neutral topic; however, something is going on today and we need to analyze it. As Rose concludes: "[...] we need more refined conceptual methods and criteria of judgment to assess the costs and benefits of our thoroughly medical form of life—and of those that offer themselves as alternative." [12] Since the situation in health care is far more complex than the simple fact that

advances in medicine can cure us better than before, we need to analyse 'beyond good and evil'. Consumption and medicalisation are not topics which are particularly suitable for bio-ethical analysis, but rather are themes about human desire and longing for wellbeing, regardless of their ethical connotations.[35] However, contemporary standard research on medical consumption does not deal with these issues since it is difficult to make a randomized control study of them.[36]

Although, initially, medical consumption and desire may seem to be theoretical topics, their practical importance is high. Every strategy of public health or health promotion is based on a particular concept of the human being; at present, desire is considered an important drive in our existence. It can explain why, for example, people who know that they are making unhealthy lifestyle choices are still unable or unwilling to change their behaviour.[37]

Baudrillard states that desire is central in every subject's motivation, and that the one who desires is not a passive subject who helplessly internalizes marketing incentives and the imperatives of society.[38] Consequently, consumers desire everything that they utilize, including health. Thus, unless we acknowledge the importance of human desire in our analysis of medicalisation, we will never understand what is at stake today. Of course, medicine is still associated with need, but need alone no longer drives the system. Today, desire and consumption are often not related to need, but are attempts to fulfill specific desires, which may, or may not, be in any way necessary to our actual state of health. For example, when breast implants are promoted as high school graduation gifts and more and more women request labial surgery,[39] obviously, human desire is at work rather than a quest for health.

Consequently, we are suggesting that a study of the role played by desire in today's medicalisation, be undertaken from the perspective of consumption studies or the sociology of markets.[40] Future research might also include empirical social studies to examine the behaviours and consequences of patients becoming consumers and of medicine employing the language and sales strategies (e.g., advertising) used by other consumer products and services. Studying wish-fulfilling medicine[28] could also include what has been called, 'technoluxe': a view of the body as something to shape and of life as the process of this shaping as realized through acts of consumption.[41]

Never Ending Story?

Of course, the tendency to over-consumption is not solely a matter of individual desires. As Peter Sloterdijk states in *Du mußt dein Leben ändern*, our humanistic era is founded upon the idea that man no longer has the right to not make something of his life. If God no longer offers me my life and, therefore, my fate as a gift, my life becomes what I make of it.[42] This is especially true for health, which is now often described as fitness or wellbeing, making it even harder to define precisely. In his well known, *Liquid Modernity*, Zygmunt Bauman writes:

The state of 'fitness' is anything but solid; it cannot by its nature be pinned down and circumscribed with any precision. [...] If health is a 'no more and no less' type of condition, fitness stays permanently open on the side of 'more': it does not refer to any particular standard of bodily capacity, but to its (preferably unlimited) potential of expansion.[43]

Since the pursuit of fitness has no natural end, we always long for more, and never attain a final goal. It is this 'never ending story' that indicates why an examination of medicalisation is very important: as there is no final ending, we always fall short of our ideal of fitness, and must keep looking for another new route towards it: "What yesterday was considered normal and thus satisfactory may today, be found worrying, or even pathological and calling for remedy." [43] Therefore, is it surprising that, since fitness is one of the ideals of today's society, we all long for it - 'craving for health care' and desiring a time when medical consumption can offer us a final solution?

Future health care can only survive if it finds a way of dealing with this longing. As an ongoing process medicalisation has no ending point, and the financial costs of a whole population longing for health or fitness will be enormous. If we wish to prevent the shutdown of public systems of social security (or the complete privatization of them), we urgently need research on the co-evolution of medicine and commercialization and the importance of human desire in analyzing today's medicalisation.

References

1. Conrad P. Medicalization and social control. *Annu Rev Sociol* 1992(18):209-32.
2. Davis JE. How medicalization lost its way. *Society* 2006;43(3):51-6.
3. Metz J, Herzig RM. Medicalisation in the 21st century:

Introduction. *Lancet* 2007;369(9562):697-9.

4. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History & Behavioural Science* 2003;39(2):115-29.
5. Conrad P. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.
6. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *Journal of Health & Social Behaviour* 2005;46(1):3-14.
7. Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American Sociological Review* 2003;68(2):161-94.
8. Abraham J. Pharmaceuticalization of society in context. *Sociology* 2010;44(603).
9. Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Social Health Illness* press; DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x.
10. Clarke AE, Shim J. Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine. In BA, Pescosolido BA, Martin JK, McLeod JD, Rogers A, editors. *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*: Springer, 2010; 173-200.
11. Moynihan RAC. *Selling Sickness*. Crows Nest: Allen & Unwin, 2005.
12. Rose N. Beyond medicalisation. *The Lancet* 2007; 369(9562):700-2.
13. Illich I. *Limits to medicine*. London: Boyars, 1976.
14. Chodoff P. The Medicalization of the Human Condition. *Psychiatric Services* 2002;53(5):627-8.
15. Patton C. Bullets, balance, or both: medicalisation in HIV treatment. *Lancet* 2007;369(9562):706-7.
16. Winkler MG, Anderson KE. Vampires, porphyria, and the media: medicalization of a myth. *Perspectives in Biological Medicine* 1990;33(4):598-611.
17. Mbongue TBN, Sommet A, Pathak A, Montastruc JL. "Medicamentation" of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2005;61(4):309-13.

- 18.Lane C. *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven: Yale University Press; 2007.
- 19.Watkins ES. The medicalisation of male menopause in America. *Social History & Medicine* 2007;20(2):369-88.
- 20.Hart G, Wellings K. Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. *BMJ* 2002;324(7342):896-900.
- 21.Aho K. Medicalizing mental health: a phenomenological alternative. *Journal of Medical Humanities* 2008;29(4):243-59.
- 22.Critchley S. *Very little, almost nothing. Death, philosophy, literature*. London: Routledge, 1997.
- 23.Tomes N. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Meeting on Medicalisation in the 21st Century* 2005; New York: Lancet Ltd.
- 24.Sofos JN. Challenges to meat safety in the 21st century. *Meat Science* 2008;78(1-2):3-13.
25. Anonymous. Treating the symptoms. *The economist* 2004; 372:15-7.
- 26.Baudrillard J. *Simulacra and simulation*. Ann Arbor (Mich.): University of Michigan press, 2001.
- 27.Baudrillard J. *The consumer society*. London: Sage, 1998.
- 28.Buyx AM. Be careful what you wish for? Theoretical and ethical aspects of wish-fulfilling medicine. *Medicine, Healthcare & Philosophy* 2008;11(2):133-43.
- 29.Miller P, Rose N. Mobilizing the consumer. *Theory, Culture & Society* 1997;14(1):1-36.
- 30.Biehl J, Petryna A, Gertner A, Amon JJ, Picon PD. Judicialisation of the right to health in Brazil. *The Lancet* 2009;373(9682):2182-4.
- 31.Carlisle S, Henderson G, Hanlon PW. 'Wellbeing': A collateral casualty of modernity? *Social Science & Medicine* 2009;69(10):1556-60.
- 32.Dent M. The new National Health Service: A case of postmodernism. *Organisation Studies* 1995;16(5):875-99.
- 33.Postman N. *Amusing ourselves to death : public discourse in the age of show-business*. London: Heinemann, 1986.
- 34.Sanghavi DM. The perils of excessive medical care. *The Lancet* 2011;377(9777):1561-2.
- 35.Lacan J. *Le séminaire livre VII. L'éthique de la psychanalyse*. Paris: Seuil; 1986.
- 36.Devisch I, Murray SJ. 'We hold these truths to be self-evident': deconstructing 'evidence-based' medical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009;15(6):950-4.
- 37.Devisch I, Dierckx K. On idiocy or the plea for an Aristotelian health policy. *Public Health* 2009;123(7):514-6.
- 38.Hélène C, Jeff BM. *The Sociology of Consumption: The Hidden Facet of Marketing*, 2009.
- 39.Liao LM, Michala L, Creighton SM. Labial surgery for well women: a review of the literature. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2010;117(1):20-5.
- 40.Caliskan K, Callon M. Economization part 2: a research programme for the study of markets. *Economy and Society* 2010;39(1):1-32.
- 41.Frank AW. Emily's scars: surgical shapings, technoluxe, and bioethics. *Hastings Centre Report* 2004;34(2):18-29.
- 42.Sloterdijk P. *Du musst dein Leben ändern*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2009.
- 43.Bauman Z. *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press; 2000.

Contact Information for Author:
Devisch Ignaas, Ph.D.
Professor in Ethics, Philosophy, and Medicine
University of Ghent – Artevelde University College
de Pintelaan 185
9000 Ghent
Belgium
Email: ignaas.devisch@ugent.be

Ine Van Hoyweghen, Ph.D.
Assistant Professor
Maastricht University
Department of Health, Ethics, and Society
Care and Public Health Research Unit

3

Résumé

Au Québec, en vertu de la Loi sur la santé publique (L.R.Q. chapitre S-2.2, 2001, article 54), le ministre de la Santé a un droit de regard sur les mesures prévues par les autres ministères dans leurs lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. Ainsi, les acteurs de santé publique du palier central ont cherché à soutenir la mise en œuvre de cet article, de manière à favoriser l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Ce texte examine les enjeux éthiques liés à l'élaboration de telles politiques. Après avoir exposé les tensions entre bien individuel et bien commun ainsi que les valeurs de justice sociale, responsabilité et démocratie qui y sont reliées, nous illustrerons les enjeux éthiques à travers l'exemple du cinémomètre photographique comme mesure visant à augmenter la sécurité routière.

Mots clés bien individuel et bien commun, cinémomètre, enjeux éthiques, politiques favorables à la santé

Les enjeux éthiques de l'élaboration des politiques publiques favorables à la santé : réflexion et illustration

DANIELLE BLONDEAU, FRANCE GAGNON, GENEVIÈVE BRISSON, KARINE AUBIN, & DOMINIQUE GAGNÉ

Introduction

La préoccupation de prolonger la vie et d'entretenir le bon fonctionnement du corps est présente depuis longtemps déjà dans les sociétés occidentales. Vigarello rappelle que les grands textes médiévaux présentent des conseils visant à « conserver et garder la santé corporelle ». (1 p7) Dans les sociétés postmodernes, l'idée du bon citoyen qui adopte un comportement responsable face à sa santé et de bonnes habitudes de vie a été mise de l'avant, au cours des dernières décennies et plus ou moins formalisée par diverses

« approches » de santé publique, allant de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé.

À travers la logique des déterminants de la santé, les habitudes de vie des individus et l'environnement sont devenus les nouvelles cibles d'intervention de la santé publique.[2] Les stratégies proposées dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé illustrent cette tendance faisant en sorte qu'il ne faut plus miser uniquement sur les services de santé individuels mais également sur l'action communautaire, les milieux favorables et les facteurs environnementaux, de façon à « établir une politique publique saine ».[3] Ainsi, en parallèle à une vision étroite de la santé physique centrée sur l'individu, coexiste depuis quelques décennies une vision plus large de la santé centrée sur les groupes ou les populations et leur environnement.

Au Québec, la santé publique s'est fortement institutionnalisée au cours des deux dernières décennies : création au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux d'une Direction de santé publique en 1993 et en 2001, du poste

de Directeur national de santé publique; création en 1998 de l'Institut national de santé publique du Québec; adoption des *Priorités nationales de santé publique* en 1997 et en 2003, du *Programme national de santé publique 2003-2012*. [4,5] En 2001, la révision de la *Loi sur la santé publique* reconnaissait les quatre grandes fonctions de la santé publique que sont la surveillance, la protection, la prévention et la promotion de la santé et du bien-être. Plus encore, l'article 54 de cette loi fait du ministre de la Santé, « le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique ». En ce sens :

[...] Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des *politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population*. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des *mesures prévues par les lois et règlements* qui pourraient avoir un *impact significatif* sur la santé de la population. [6]

Ainsi, l'intention gouvernementale de considérer l'impact significatif potentiel des politiques publiques sur la santé est inscrite formellement dans la loi au Québec. La mise en œuvre de cet article de loi suppose des changements majeurs dans la façon dont se font les politiques publiques si l'on ambitionne qu'elles soient « aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ». Cela représente des défis considérables pour les acteurs concernés et ce, sur les plans politique, organisationnel et scientifique. [7,8]

Le but du présent article est d'amorcer une réflexion sur les enjeux éthiques liés à l'élaboration de telles politiques. Quelles valeurs peuvent être en jeu dans ce processus qui vise l'orientation de l'action publique, le choix des instruments et des règles collectives qui concernent somme toute chaque citoyen ? Cette question est doublement pertinente car elle concerne à la fois les valeurs sur lesquelles reposent le bien commun recherché et les finalités de l'action publique qui peuvent être sources de tensions. De plus, le modèle d'analyse de politiques publiques de Sabatier et Jenkins-Smith, qui interpelle directement les notions de valeur, de principe stratégique et de règle est à la base du cadre conceptuel proposé par Gagnon, Turgeon et Dallaire pour mieux comprendre l'élaboration des PFS. [9,10]

Dans un premier temps, nous définirons les notions de valeurs, principes et règles qui sont au centre des réflexions éthiques et tel que mentionné, utilisées par Sabatier et Jenkins-Smith pour décrire le système de croyances propre à un groupe d'acteurs qui se rassemblent pour défendre leur « vision » d'un problème public ainsi que leurs solutions. [9] Par la suite, nous nous intéresserons aux tensions entre le bien individuel et le bien commun à partir d'une recension des

écrits, réalisée dans les principales banques de données en sciences sociales et santé, centrée sur les thèmes de l'éthique et des politiques favorables à la santé. Une vingtaine d'article ont été retenus. De cette recension, les valeurs de justice sociale, de responsabilité et de démocratie, au sens du droit des citoyens de participer aux choix collectifs, sont ressorties comme centrales dans les discussions relatives à l'orientation de l'action publique, au nom du bien commun.

Dans un deuxième temps, nous examinerons les enjeux éthiques de l'intégration d'une mesure, soit le cinémomètre photographique. Celui-ci a été proposé comme solution au problème de vitesse au volant au Québec à différentes reprises depuis plus de trente ans. Il a fait l'objet d'une étude documentaire à l'automne 2005, en collaboration avec le ministère des Transports du Québec (MTQ). [11] Après une mise en contexte du cas à l'étude, nous verrons à dégager les valeurs sous-jacentes aux principes stratégiques et règles mis de l'avant par les groupes d'acteurs.

Les valeurs, principes et règles comme points d'ancrage de l'analyse

Par sens commun, il est habituel de définir le mot *valeur* de la façon suivante : « ce en quoi une personne est digne d'estime ». [12] Ce terme revêt également le caractère du désirable. [13] C'est dans cet esprit que Lalande en propose cette définition : « caractère des choses consistant en ce qu'elles sont plus ou moins estimées par un sujet ou, plus ordinairement, par un groupe de sujets déterminés ». [14 p1183] L'autonomie, la justice, la liberté sont des exemples de valeurs. Bref, la valeur représente une sorte d'idéal recherché par une personne ou une communauté.

Si le mot valeur est le plus général, le *principe* qui en découle représente une sorte d'axiome qui suggère une orientation à l'action. En quelque sorte, il précise la valeur. Par exemple, en bioéthique, en vertu de l'autonomie (valeur), le principe qui lui est associé sera le respect de l'autonomie. Quant à la règle, elle est plus concrète et vient encadrer l'action. Durand la définit comme « une formule prescriptible qui indique la voie à suivre pour atteindre une fin ». [15 p165] Ainsi le principe du respect de l'autonomie se traduira par la règle du consentement éclairé. Voilà pourquoi la règle « est un outil opérationnel ». [15]

Dans une même logique, les politologues américains Sabatier et Jenkins-Smith ont utilisé ces notions de valeur, principe et règle pour désigner le système de croyances propre à un groupe d'acteurs (coalition) qui souhaite faire valoir sa « vision » d'un problème donné par rapport à celle d'un autre groupe d'acteurs. [9,16] Selon ces auteurs, les croyances des

acteurs se déclinent en trois niveaux :

1) celui des croyances ou valeurs fondamentales d'un individu (*deep core*). Ce niveau correspond aux axiomes normatifs considérés comme universels, soit aux valeurs comme la justice, la liberté, l'égalité et concerne l'ensemble de la société.

2) celui du noyau superficiel (*policy core*). Ce niveau est associé aux principes stratégiques, ou options programmatiques, par lesquels les individus font valoir leurs croyances ou valeurs. Ce niveau se traduit dans les politiques publiques et touche un domaine d'interventions.

3) le troisième niveau regroupe les aspects secondaires (*secondary aspects*), définis comme des décisions instrumentales qui ne s'appliquent qu'à une partie du domaine concerné (règles administratives, allocations budgétaires, etc.).

La figure 1 présente l'articulation possible entre ces notions dans une perspective de politique publique qui nous servira d'ancrage pour la présente analyse.

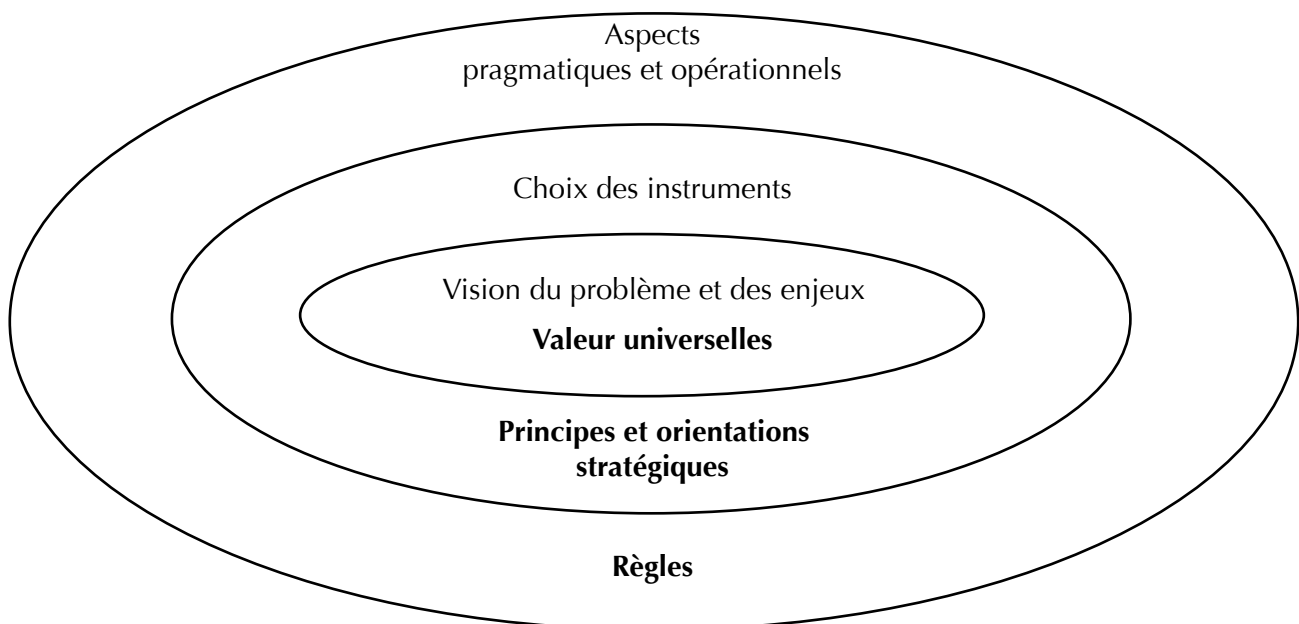
Vues sous cet angle, la formulation et l'adoption de politiques publiques, voire de politiques favorables à la santé, ne sont pas le résultat d'une rationalité parfaite mais découlent de la confrontation entre divers systèmes de croyances « défendus » par différents groupes d'acteurs. D'un point de vue éthique, l'enjeu fondamental concerne la tension quasi omniprésente entre une orientation prédominante en faveur

de la protection des libertés civiles et des droits individuels, expression de l'autonomie, et une orientation collective vouée à la protection du bien commun.

Tensions entre le bien individuel et le bien commun – valeurs et enjeux éthiques : résultats d'une recension des écrits

Les droits humains, généralement reconnus dans les pays occidentaux, visent à garantir les libertés fondamentales et, pour cette raison, sont dits inaliénables. Or, en matière de santé publique, l'État recherche le bien commun par la surveillance, la protection, la prévention ou encore la promotion de la santé. À ce titre, il risque d'imposer aux citoyens ses normes en vue de la poursuite de son objectif. Comment assurer, voire améliorer la santé des populations, sans brimer les libertés individuelles ? Comment concilier les choix des individus et les implications collectives de leurs décisions ? Il s'agit ici du rapport classique entre le bien commun et le bien individuel, ce dernier étant subordonné au premier selon Aristote. En effet, pour celui-ci le politique est la valeur éthique suprême.[17] En termes plus modernes, il s'agit du rapport entre le public et le privé, entre l'État et le citoyen. Mais, la question est légitime, s'agit-il de deux sphères d'activités antinomiques ou complémentaires ?

Les politiques publiques peuvent viser des institutions ou des organismes mais aussi des citoyens pour la plupart autonomes et aptes à faire des choix. Les tensions entre les citoyens et l'État sont alors susceptibles d'apparaître d'autant plus que, comme le souligne Boisvert, la culture



traditionnelle s'organise autour de valeurs comme le droit de choisir, l'autonomie et la diversité.[18] Ces valeurs axées sur l'individu favorisent un certain climat de suspicion à l'endroit de tout ce qui pourrait être considéré comme une entrave à l'épanouissement personnel. Par conséquent, cette configuration de la démocratie contraint le système politique à être à l'écoute des citoyens dans sa quête de légitimité.

Prenons comme exemple la prohibition du tabagisme. Les lois interdisant l'usage de la cigarette dans les lieux publics visent à éviter des préjudices graves comme diverses maladies pulmonaires. Cependant, pour certains acteurs, une telle politique vient limiter la liberté individuelle des fumeurs même si les effets de la fumée secondaire sont connus. Une tension peut alors surgir entre le souci de bienfaisance de l'État et l'autonomie du citoyen. Que penser alors des interventions visant à limiter la consommation d'alcool ou à promouvoir une saine alimentation ? Au nom de la santé publique, l'État ne s'immisce-t-il pas dans la vie privée des citoyens ? Ces exemples illustrent le « noyau dur des enjeux éthiques générés par la santé publique », pour reprendre l'expression de Massé.[19] Ce noyau dur consiste en « la promotion via des moyens coercitifs ou des pressions à caractère proprement moral d'une conformité à des comportements et des manières de vivre promus au rang de conditions obligées du salut sanitaire ».[19 p7]

Jusqu'où peut aller l'État, en termes de régulation, pour assurer la santé publique ? Gostin avance que trois types d'interventions coercitives sont justifiés d'un point de vue éthique.[20] L'État peut intervenir 1) si un individu représente un risque pour autrui; 2) en présence d'individus inaptes, c'est-à-dire incapables d'exercer leur autonomie ou de se protéger eux-mêmes et 3) lorsque le comportement d'une personne apte représente un risque pour elle-même. Mentionnons que l'extension d'une telle forme de paternalisme peut conduire à la coercition au moment où des comportements d'individus échapperaient à la logique étatique. Celui qui ne se conforme pas à la norme édictée devient-il pour autant un déviant ?

Poussée à l'extrême, la logique du paternalisme ira jusqu'à imposer au citoyen une norme et dicter le comportement. Dans cette perspective, l'intervention de l'État assujettit et infantilise. Voilà pourquoi Massé évoque l'idée de moralisation émanant de diktats qui pourraient se traduire de la façon suivante : « porter un casque à vélo »; « manger cinq fruits et légumes et faire 30 minutes d'exercice par jour »; « réduire la consommation de gras », etc.[21 p177] Quelle est alors la place accordée à l'autonomie individuelle ? Le citoyen n'a-t-il pas des droits à l'égard de sa propre santé ?

Massé va jusqu'à dire : « Dans quelle mesure, [...], la santé publique est-elle autorisée à faire la promotion de certaines valeurs ? ».[21 p367]

Pour certains auteurs, les domaines du public et du privé sont complémentaires plutôt qu'antinomiques. Selon Gostin, la responsabilité de l'État est d'assurer des conditions favorables à la santé sans violer la nature d'une société démocratique. [20] Même si une certaine forme de paternalisme risque d'empiéter sur l'autonomie des citoyens, l'État a la responsabilité de défendre le bien commun. Voilà pourquoi Massé suggère l'idée d'un paternalisme modéré, condition nécessaire pour assurer la santé publique et inciter les citoyens à adopter des comportements dont les bienfaits sont certains, mais qu'ils n'auraient pas adopté sans aide extérieure.[22] La responsabilité du citoyen cependant, poursuit Massé, consiste à s'engager envers le bien commun, c'est-à-dire à se solidariser envers les normes et les règles proposées par la collectivité. C'est pour cette raison que l'auteur évoque la notion de responsabilité partagée.[22 p270] Quant à Daniel Callahan, bioéthicien américain influent, il propose une conversion des principes déjà acceptés par l'individualisme libéral en une perspective communitariste, favorisant ainsi la réunion du bien individuel et du bien commun et l'élargissement du questionnement.[23] Ce type d'approche, selon Callahan, a le mérite de centrer le débat sur des questions fondamentales comme la nature humaine, les droits humains et le bien commun et de l'éloigner de la sphère privée.

De leur côté, Kenny et al. suggèrent d'adopter une perspective relationnelle afin de mieux rendre compte des préoccupations collectives de la santé publique.[24] Ces auteurs souhaitent ainsi intégrer les dimensions sociales et politiques de la santé publique en proposant les notions d'autonomie relationnelle, de justice relationnelle et de solidarité relationnelle. Cette perspective obligerait selon eux à un processus décisionnel transparent, équitable et inclusif qui ferait en sorte que les politiques publiques élaborées, par exemple lors de crises, ne creusent pas davantage les inégalités.[24] Comme le soulignent les auteurs, il y a encore beaucoup de travail à faire pour peaufiner ces propositions.

Ainsi, le rôle de l'État face à la promotion et à l'adoption des comportements « sains » soulève de nombreux enjeux éthiques gravitant autour de l'autonomie des personnes. En effet, certaines des politiques proposées peuvent outrepasser les règles du consentement et s'imposer de manière plus ou moins forte aux citoyens. Les politiques publiques mettent en évidence les écueils d'un paternalisme voué à produire des bienfaits au sein de la population.

En résumé, quand il est question de politiques publiques favorables à la santé, se pointe l'enjeu du fragile équilibre à préserver entre la protection des libertés individuelles et les obligations de l'État vouées au bien commun, que l'on peut représenter de la façon suivante.

Les valeurs de justice sociale, de responsabilité et de démocratie

Trois principales valeurs se dégagent de la littérature portant sur les enjeux éthiques en matière de santé publique, soit en termes d'orientation de l'action publique. Il s'agit de la justice sociale, de la responsabilité et de la démocratie au sens du droit des citoyens de participer aux choix collectifs.

Justice sociale

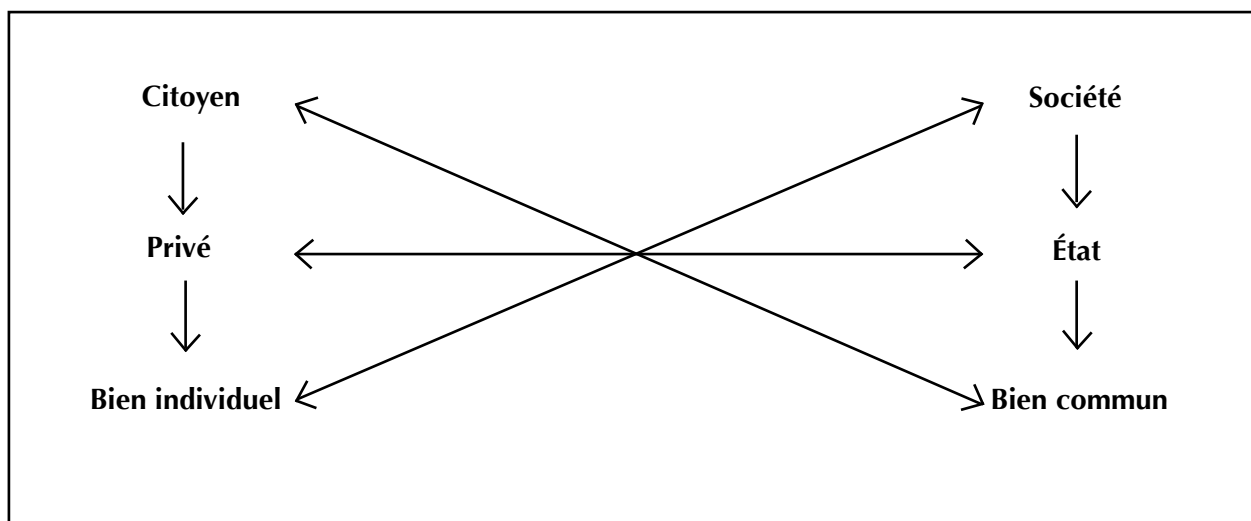
Selon Aristote, la justice est une valeur qui rend possible la vie en société et qui assure le bien commun tout en respectant les droits individuels. Cette valeur pourrait se traduire aujourd'hui en tant que justice sociale. Elle comprend deux formes : la justice commutative et la justice distributive. La justice commutative, qui repose sur une égalité arithmétique, consiste à remettre à chacun son dû.[25] Par extension, l'égalité consiste à reconnaître que les êtres humains sont égaux entre eux, en droits et en dignité. Quant à la justice distributive, elle repose sur l'équité et tend à rétablir les iniquités dues, par exemple, à la maladie. En d'autres mots, l'équité vise à corriger les injustices. Elle se traduit, notamment, dans la distribution des ressources et des services de santé. L'équité demeure un objectif louable, mais difficile à atteindre. En effet, explique Sreenivasan, l'« égalité d'opportunité » est préalable à la santé, et c'est ainsi que

l'auteur introduit les déterminants sociaux de la santé, ces facteurs qui ont un effet, positif ou négatif, sur la santé d'un individu dans une population donnée.[26] Dès lors, comment assurer l'équité en santé puisque les sources d'inégalité en santé ont des origines complexes et diverses ? Une croissante évidence empirique met en lumière l'influence, sur la santé, des disparités sociales, raciales, économiques et celles liées au genre.[27] Dans cette perspective, par exemple, la réduction de la pauvreté et l'éducation représentent des moyens pouvant réduire les inégalités. Voilà pourquoi, soutient Daniels, l'accès égal aux services de santé n'assure pas en soi l'équité en santé.[28] La question est titanesque puisque le problème se situe en amont de l'état de santé comme tel, au niveau de ses différents déterminants. Rawls utilise l'expression « principe de différence » pour désigner une allocation qui ne se conforme pas au strict principe d'égalité.[29]

En matière de santé publique, la justice sociale est centrale. Si elle cherche à veiller à l'égalité des citoyens, elle doit également assurer l'équité dans la distribution des bénéfices et des ressources. Les tensions sur le plan éthique surgissent compte tenu des disparités sociales concernant les individus et des ressources limitées dont dispose l'État.

Responsabilité

La question de la responsabilité est tout aussi incontournable en matière de santé publique : elle concerne autant la responsabilité étatique que la responsabilité individuelle. La responsabilité de l'État est de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être de la population, par le biais de mesures



législatives et réglementaires, économiques et fiscales, informatives et communicationnelles ou encore par l'imposition de normes et de standards. Dans les termes de la science politique, il s'agit là des instruments de gouverne.[30 p106-7] Face à ce rôle, Childress et al. soulèvent l'enjeu éthique de la justification et des limites de la coercition gouvernementale qui pourrait éventuellement constituer une entrave aux droits et libertés individuels.[31] Gostin expose le problème de la façon suivante : comment savoir quand le bien public vaut la peine d'être poursuivi alors qu'il peut entraver les droits individuels ?[20] Pour Massé, cette responsabilité « paternaliste » de l'État risque d'empiéter sur l'autonomie des personnes.[22] En contrepartie, le citoyen a également une responsabilité envers le bien commun et, toujours selon Massé, il doit se solidariser autour des normes et règles proposées.[22] La responsabilité du citoyen se traduit par son engagement à contribuer au bien commun. Bref, c'est à une responsabilité partagée que nous convie Massé. Quant à Boisvert, il évoque la notion de « co-responsabilité ».[18]

En résumé, les justifications et les limites des responsabilités individuelle et étatique visent un équilibre qui concourt tant au bien public qu'individuel, sans violation ni empiètement de l'État sur le citoyen, et vice et versa.

Démocratie et participation du citoyen

La démocratie peut s'exprimer dans un spectre très large. Dans les systèmes démocratiques, l'idée de la participation du citoyen aux choix collectifs s'est imposée au cours des dernières décennies et cela notamment face aux ressources limitées à consacrer, par exemple, au système de santé.[32,33] En ce sens, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la participation du citoyen, qualité inhérente à une pratique éthique de la santé publique. Massé postule trois formes de participation du citoyen.[34] Une première consiste en une consultation qui s'inscrit dans une logique politique d'estimation de la proportion de citoyens favorables à une intervention conçue par des experts. Une deuxième consiste à mesurer la présence, l'importance et la distribution d'une liste de valeurs fondamentales auprès de populations ciblées. Cette forme de participation permet d'identifier les conflits de valeurs et elle permet d'éclairer les experts qui prendront les décisions. Enfin, une dernière stratégie consiste à impliquer les citoyens dans des groupes de délibération à caractère éthique. Cette forme de participation présuppose un recul critique à l'endroit des experts. Pour Massé, la justification d'ordre anthropologique de la participation du public repose sur deux postulats. D'abord, le citoyen est un acteur directement impliqué qui a peut-

être développé une connaissance des bénéfices, préjudices, conséquences de certaines interventions. Deuxièmement, il s'agit de la reconnaissance de la compétence du citoyen, du non-expert, face à l'arbitrage de valeurs ou principes au service du bien commun. Si la participation du citoyen est une condition nécessaire pour assurer le caractère éthique des délibérations, elle n'est pas cependant une condition suffisante. Mittlemark souligne aussi la nécessité de la participation citoyenne à l'élaboration des politiques de santé, notamment au palier local.[35,36] Cette appréciation permettrait de mieux identifier les impacts négatifs sur la santé, ce qui contribuerait à améliorer les réponses politiques en matière de santé publique. Bref, la participation du citoyen comme valeur en appelle, à la fois, à la responsabilité de l'État et du citoyen, dans un souci de justice sociale.

Ainsi en pratique, examiner les enjeux éthiques liés aux politiques favorables à la santé implique de revenir sur le processus décisionnel d'où résultent ces politiques. Ce processus interpelle en effet des valeurs individuelles et collectives qui se traduisent comme nous l'avons vu précédemment dans des principes stratégiques et des règles qui visent le bien commun, c'est-à-dire à favoriser la santé de la population.

La formulation de politiques favorables à la santé : une illustration des tensions axiologiques dans le cas du cinémomètre photographique

Les valeurs de responsabilité, justice sociale et participation semblent au cœur des écrits traitant du lien entre politiques favorables à la santé et éthique. Les règles et les principes stratégiques « défendus » par divers acteurs se fonderaient souvent sur ces trois valeurs, et interpellent des enjeux allant de l'individuel au collectif. Afin de mettre à l'épreuve les valeurs mises au jour par la recension des écrits théoriques, une illustration concrète est proposée. Nous cherchons ainsi à relever les enjeux éthiques présents lors des débats entourant le choix du cinémomètre photographique, comme mesure visant à améliorer la sécurité routière ou encore à limiter les impacts négatifs sur la santé de la vitesse au volant. Il s'agit d'une politique d'un ministère autre que celui de la Santé et des Services sociaux et visant directement la prévention des accidents et des traumatismes. Le cas met en jeu des acteurs de santé publique ainsi qu'une grande diversité d'autres acteurs. Enfin, des tensions autour de valeurs et de principes stratégiques se sont manifestées au cours du processus menant au choix de cette mesure.

Méthodologie

Les données d'analyse sont tirées d'une recherche plus vaste

comportant huit études de cas menées dans quatre ministères du gouvernement du Québec.[37] Ces études visaient à retracer la formulation / adoption de politiques publiques favorables à la santé. La collecte de données a été réalisée à partir d'un devis basé sur un cadre conceptuel inspiré du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith.[9,10]

Les données proviennent de quatre grandes sources de documentation : la documentation gouvernementale (documents de travail, rapports, comptes-rendus de réunions, mémoires déposés par des acteurs-clés et de projets de loi, articles de la presse écrite) ; la documentation des associations professionnelles, organismes ou groupes d'intéressés, incluant leur site Internet et la documentation scientifique (synthèse de connaissances, communications ou avis). L'ensemble de ces documents sont du domaine public. La programmation de recherche dans laquelle s'inscrit ce projet a été soumise au comité d'éthique de l'École nationale de santé publique (CÉR_É NAP-2007-01). Au total, plus d'une soixantaine de documents ont fait été analysés. Pour les fins de cette analyse, nous avons réduit le corpus documentaire initial afin de nous concentrer sur un moment particulier du processus décisionnel alors que plusieurs acteurs ont donné leur avis sur le sujet. Ainsi, nous traiterons des positions présentées lors de deux consultations, soit celles sur le Livre vert sur la sécurité routière et sur le projet de loi no 17. *Loi modifiant le Code de la sécurité routière et le Code de procédure pénale* (synthétisées dans le Tableau 1).[38,39]

L'étude de cas documentaire a fait ressortir les positions et principaux arguments des acteurs-clés, leurs enjeux et leurs recommandations à l'aide du modèle analytique des coalitions plaidantes adapté par Gagnon, Turgeon et Dal-

laire.[10, 37]

Dans le cadre de cet article, ces éléments ont été réutilisés dans une approche d'analyse des catégories émergentes (*emic*).[40] Cette approche laisse émerger les thèmes (ici, les principes et les règles) à partir des discours compilés. Par la suite, ces catégories ont été classées sous différentes valeurs. Cette analyse a permis d'approfondir les résultats obtenus lors de l'analyse première et explique que des valeurs et principes stratégiques se soient ajoutés à ceux mis au jour initialement. Pour les fins de la catégorisation, les termes *valeur*, *principe stratégique* et *règle* se rapportent aux définitions présentées ci-haut.

Cette illustration ne permet pas, à elle seule, de statuer sur tous les enjeux éthiques associés aux politiques publiques favorables à la santé. Par cet exemple, nous souhaitons illustrer comment les règles et les principes stratégiques de politiques publiques se fondent sur différentes valeurs, sources de tensions. Cet exercice permet aussi de mesurer l'intérêt de d'appliquer plus largement cette démarche à d'autres études de cas associés à des politiques publiques favorables à la santé. Par ailleurs, l'analyse initiale du cas comporte un niveau de complexité, notamment en termes de contexte institutionnel, politique qui ne peut être repris intégralement ici. Seuls les éléments pertinents à la démonstration ont été retenus.

Contextualisation

Le cinémomètre photographique est un outil de gestion de la vitesse sur les routes. Cet appareil permet d'émettre des constats d'infraction aux automobilistes dépassant la vitesse permise sans qu'une présence policière soit nécessaire et ce,

Groupes d'acteurs	Position
Acteurs de palier central (2)*	Favorable (2) **
Acteurs du palier municipal (3)	Favorable (2) Défavorable (1)
Représentants des corps policiers (4)	Favorable (2) Défavorable (2)
Assureurs automobiles (2)	Favorable (2)
Acteurs assurant la protection des droits des citoyens (3)	Défavorable (3)
Experts fournissant des informations scientifiques (3)	Favorable (3)
Représentants des industries du taxi, de la location de véhicules, du camminage, des concessionnaires automobiles et de la carrosserie (6)	Défavorable (4) Mitigée (2)
Industrie du cinémomètre (1)	Favorable (1)
Population/groupe de citoyens (1)	Défavorable (1)

même lorsque la densité de circulation est élevée. L'intérêt pour cet appareil est lié à des préoccupations de sécurité et de santé en raison du lien entre la vitesse et les accidents, mortels ou de gravité variée. En effet, la vitesse est considérée comme un facteur de risque majeur de traumatismes non-intentionnels. Elle est identifiée comme étant un phénomène généralisé et entraînant des coûts sociaux et économiques importants.

Au Québec, le cinémomètre photographique a été envisagé comme solution à la vitesse sur les routes dès les années 1970. L'idée a été cycliquement réitérée et l'éventuelle implantation de cet appareil a fait l'objet de nombreux débats. Le cinémomètre photographique a fait l'objet d'un premier essai au début des années 1970, puis a été retiré en 1973 en raison de l'usage excessif qui en a été fait par certains corps policiers. Une vingtaine d'années plus tard, en 1995, une requête a été déposée par la Sûreté du Québec (SQ) au ministère de la Sécurité publique (MSP) dans le but de pouvoir utiliser le cinémomètre photographique à des fins de contrôle de la vitesse sur les routes. Pour faire suite à cette requête, une table centrale de concertation a été créée. Les travaux de cette table ont été suspendus en mai 1997, puis relancés en février 1999 dans le but d'évaluer les effets de l'implantation du cinémomètre photographique. Le débat entourant cette technologie a repris de plus bel en 1999 au moment où son implantation a été invoquée par le ministère des Transports (MTQ) dans son livre vert *La sécurité routière au Québec : un défi collectif*.^[38] La commission parlementaire qui a fait suite au dépôt du livre vert a permis aux différents acteurs concernés de se prononcer sur cette piste de solution; une majorité s'y est montrée favorable, quoique des difficultés d'implantation aient été soulevées. *La Politique de sécurité dans les transports 2001-2005 – volet routier* reprend l'idée et, en 2001, un projet de loi est déposé à cet effet (39). Cependant, de nombreuses protestations forcent le ministre des Transports à retirer le projet de loi. C'est en 2003 que le cinémomètre photographique est de nouveau envisagé comme moyen d'action dans le cadre des travaux de la Table de concertation sur la vitesse créée en mars 2003. Finalement, après un changement de ministre en février 2005 et la création de la Table québécoise sur la sécurité routière en 2006, et ce, même si cette solution n'a pas fait l'unanimité lors de la commission parlementaire sur la sécurité routière tenue en mars 2006, le cinémomètre fait l'objet d'un projet pilote depuis le 1er mars 2009.

Force est de constater que le cas du cinémomètre photographique soulève des enjeux multiples de nature financière, politique et éthique. D'entrée de jeu, ce dernier aspect

se manifeste de la façon suivante :

L'appareil photographie non seulement les plaques d'immatriculation, mais aussi leurs occupants. Si la photo prise permet d'identifier ces derniers, il y a une atteinte potentielle à la confidentialité et au droit au respect de la vie privée » (37).

Depuis les années 1970, plusieurs acteurs se sont prononcés sur l'implantation du cinémomètre photographique. Ils ont pu faire part de leurs préoccupations sur différentes tribunes : 1) institutionnelles, telles les commissions parlementaires ou les avis ministériels, 2) initiées par le MTQ (consultations particulières, table de concertation ad hoc, comité de travail) et 3) médiatiques (presse écrite, etc.). Ces espaces de parole ont permis aux différentes parties prenantes d'exposer leur position, leurs intérêts et leurs arguments. Ce faisant, ils ont fait valoir leurs principes ou règles.

Valeurs sous-jacentes aux principes stratégiques et aux règles en jeu et positions des acteurs

Dans le discours des différents acteurs, leurs argumentaires se présentent sous la forme de règles et de principes stratégiques. Ces éléments opérationnalisent leurs valeurs. Valeurs, principes et règles diffèrent selon les catégories d'acteurs et leur prise de position sur le projet (en faveur/contre). Nous dégagerons les règles et les principes stratégiques, au sens de Sabatier et Jenkins-Smith, mis de l'avant par les acteurs, pour mettre en évidence par la suite les valeurs qui y sont sous-jacentes. Pour chacun des principes stratégiques dégagés, nous présenterons au préalable une brève définition afin de donner au lecteur un aperçu du sens « courant » de ce principe ou encore de l'utilisation qui en est faite dans le domaine concerné.

Le principe d'efficacité fait référence à l'obtention des meilleurs résultats dans les conditions les plus favorables.^[41] Ce principe stratégique est au cœur des règles invoquées par la majorité des acteurs, qu'ils appuient ou non l'implantation du cinémomètre photographique. Des groupes favorables au projet (acteurs des paliers central et municipal, corps policiers et développeurs de la technologie du cinémomètre) estiment que le cinémomètre permettra l'opérationnalisation d'impératifs associés à la fluidité de la circulation routière, à la priorisation des moyens les plus certains et les plus économiques d'atteindre l'objectif et la complémentarité des moyens existants. Plusieurs opposants au projet d'implantation (assureurs automobiles, corps policiers, acteurs municipaux, industrie du transport) associent pour leur part l'efficacité à l'emploi de méthodes dont l'impact a été prouvé, ce que ne représente pas le cinémomètre photographique, selon eux. Par exemple, ces groupes esti-

ment que les conséquences associées à l'utilisation du cinémomètre ne sont pas assez significatives pour modifier les attitudes des conducteurs et que la recevabilité de la preuve photographique en Cour n'est pas clairement établie. Les opposants reprennent aussi l'argument de complémentarité des moyens actuels, mais en demandant que soient révisées les méthodes qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité dans le contexte québécois, comme par exemple le travail policier. Selon d'autres, les règles efficaces sont celles pouvant réalistement entraîner un changement d'attitude chez les conducteurs et réviser les mesures actuelles serait alors une priorité.

Le principe de sécurité fait écho à l'absence de menaces pesant sur les éléments importants aux yeux d'une personne (ses biens, sa vie, etc.) et est souvent associé, en santé publique, à la prudence.[39] La sécurité est présente dans l'argumentaire des acteurs qui estiment important que l'encadrement des déplacements limite les risques d'accidents, pour les personnes ou les biens. Des partisans du cinémomètre photographique (acteurs du palier central, experts) évaluent positivement cet outil pour assurer la sécurité. Des représentants de l'industrie du transport croient également que ce moyen renforcera la sécurité des policiers à certains endroits où l'accès est difficile et dangereux pour eux. Un groupe d'opposants fait aussi appel au principe stratégique de sécurité (groupe de citoyens). Il estime cependant que le cinémomètre photographique ne permettra pas d'assurer la sécurité sur les routes, et que ce moyen met trop l'accent sur les sommes recueillies plutôt que sur la sécurité effective.

Le principe de juste distribution des avantages et des inconvénients rejoint l'équité et la justice. En santé publique, ce principe stratégique est associé à l'idée d'une juste répartition des bénéfices et des désavantages, mais aussi des risques.[42] Plusieurs groupes d'acteurs pro-cinémomètre (acteurs municipaux, corps policiers, assureurs automobiles, experts) demandent une redistribution des ressources, donc que les sommes soient d'emblée réaffectées au réseau de transport, afin que les payeurs contribuent effectivement à améliorer la sécurité routière. Ceux-ci estiment important que le cinémomètre ne soit pas une « machine à faire de l'argent » et que les sommes recueillies par les contraventions (règles) permettent une amélioration du bilan routier. Aussi, ils souhaitent que le principe stratégique de redistribution des ressources soit retenu. Par ailleurs, certains groupes d'acteurs qui sont contre le cinémomètre appliquent ce principe en vue de protéger leurs intérêts, plutôt que pour le bien de chaque individu. D'une part, certains corps policiers

mettent en évidence la nécessité de prioriser d'abord leur mandat dans les dépenses de l'État en matière de sécurité routière et donc de renforcer leurs outils et leurs conditions de travail actuelles (règles). D'autre part, des groupes propriétaires de l'industrie du transport estiment important de ne pas créer de désavantages ou de travail supplémentaire à leurs membres. Une contravention associée au propriétaire et non au conducteur entraînerait en effet des procédures administratives supplémentaires à l'interne.

Le principe d'égalité de traitement fait appel à la garantie d'avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs face à la loi.[41] Au contraire des acteurs invoquant le principe stratégique précédent, certains groupes s'opposant au projet (corps policiers, juristes, industrie du transport), tout comme quelques experts pro-cinémomètre, demandent plutôt une égalité de traitement entre les individus. Ils souhaitent éviter les différences entre la punition pour excès de vitesse infligée par un policier et celle résultant de l'utilisation d'un cinémomètre. Ainsi, il est proposé d'adopter le cinémomètre pour l'ensemble du réseau routier ou de ne pas l'adopter.

Le principe de prévention, en santé publique, est étroitement lié à la prudence et à la notion de risque dans un contexte de relative certitude.[42] Cet autre principe stratégique a pour but d'empêcher les situations identifiées comme étant évitables.[41] Plusieurs groupes d'acteurs favorables au cinémomètre invoquent ce principe (acteurs des paliers central et municipal, corps policiers, assureurs automobiles, chercheurs) tout comme d'autres groupes (industrie du transport, citoyens) qui n'y sont pas favorables. Le principe de prévention, qui consiste à prévenir les risques présentant un niveau de certitude en termes de connaissance et de mesure prend le plus souvent la forme d'une demande d'intervention ciblée (règle). Ainsi, le cinémomètre photographique ne devrait être employé que dans les endroits où la vitesse est déjà identifiée comme excessive ou comme étant le principal facteur d'accidents. Ce principe est invoqué afin de contrebalancer les atteintes possibles du cinémomètre à la liberté des personnes.

Le principe du respect de l'autonomie des personnes fait appel à la capacité de s'organiser soi-même et de prendre des décisions éclairées face à sa santé.[42] Ce principe stratégique est mis de l'avant par plusieurs opposants au cinémomètre photographique (corps policiers, juristes, industrie du transport). À cet effet, ils prônent des approches de sensibilisation plutôt que de répression. Au contraire, des groupes d'acteurs soutenant le projet (acteurs du palier central, corps policiers, experts) estiment important de modifier les comportements des automobilistes afin qu'ils **respectent la loi**. Le

cinémomètre photographique est un moyen pour y parvenir. Seul le groupe des citoyens s'opposant au projet invoque le même principe de respect des lois pour discréditer le cinémomètre, trop peu coercitif à leurs yeux.

Le principe du respect des droits individuels fait appel aux droits reconnus par les Chartes des droits et libertés de la personne. Les acteurs n'invoquent pas tous les mêmes droits individuels et sélectionnent plutôt un point particulier. En conséquence, ce principe stratégique n'est pas toujours invoqué pour la même finalité et il se retrouve souvent au cœur de l'argumentaire des opposants au cinémomètre photographique. Certains estiment (groupe de juristes, corps policiers, industrie du transport) que l'identification par la seule plaque minéralogique (règle) peut entraîner un risque important quant à la présomption d'innocence, car si le propriétaire de la voiture n'est pas le conducteur, une personne non-coupable serait punie injustement. Des acteurs soutenant le cinémomètre photographique (corps policiers, experts) estiment eux aussi qu'il est important que des moyens soient mis en place afin de mieux contrôler l'utilisation de cet outil et de s'assurer que les conducteurs fautifs seront les personnes punies. L'interprétation de la règle de droit civil quant aux conséquences de la responsabilité individuelle peut se lire en filigrane de cet argumentaire. Par contre, certains opposants au cinémomètre (juristes) invoquent plutôt le respect de l'anonymat des personnes. Selon eux, le principe du droit à la vie privée serait mis en péril par l'emploi de preuves photographiques.

Le principe de transparence suggère l'accès facile, rapide et complet aux informations par les personnes concernées.[41,42] Il est présent dans l'argumentaire de certains

groupes appuyant le projet d'implantation du cinémomètre photographique. Pour ces acteurs (secteur municipal, assureurs automobiles, experts et industrie du cinémomètre), il est nécessaire de clarifier les rôles et responsabilités de chacun dans le dossier et surtout de publiciser les sites où le cinémomètre sera utilisé (règles). Des membres de l'industrie du transport souhaitent que ces contraventions ne soient pas une taxation déguisée pour l'entretien du réseau routier.

Le principe d'ouverture, en santé publique, est lié à la participation des citoyens au processus décisionnel et vise l'opportunité de faire valoir son point de vue, ses perceptions et ses préoccupations sur la situation et les solutions.[42] Qu'ils soient opposants ou partisans de l'utilisation du cinémomètre photographique, des groupes de l'industrie automobile et des corps policiers souhaitent être consultés sur le choix des sites et l'utilisation du cinémomètre photographique (règles). Selon eux, les personnes concernées par ce dossier devraient être consultées.

De manière générale, les principes stratégiques évoqués diffèrent selon la position favorable, ou non, des acteurs dans le dossier (Tableau 2). Le principe de sécurité (prudence) fait exception. Il est prôné à la fois par les opposants et par ceux qui supportent l'implantation du cinémomètre photographique. Sous-jacente à ce principe, se retrouve l'idée de limiter les impacts négatifs sur la santé, voire de donner primauté à la vie. Dans l'ensemble, l'argumentaire des groupes d'acteurs soutenant l'utilisation du cinémomètre photographique se fonde davantage sur des valeurs associées au collectif. Leur position donne en effet un rôle important à l'État : il a la responsabilité première de faire respecter la loi visant à protéger la vie et de choisir des moyens efficaces

Pour		Contre	
VALEUR	PRINCIPE	VALEUR	PRINCIPE
Santé	Sécurité Prévention	Santé	Sécurité
Démocratie-participation	Ouverture Transparence		
Responsabilité de l'État	Efficacité Respect des lois	Responsabilité individuelle	Efficacité Respect de l'autonomie
Justice	Juste distribution	Justice	Juste distribution Égalité de traitement Respect des droits individuels

pour le faire. De plus, les principes stratégiques associés à la valeur de justice permettent de justifier l'atteinte aux droits individuels dans ce dossier au nom de la recherche du bien commun. Par ailleurs, seuls ces acteurs ont évoqué le principe d'ouverture sous-jacent à un idéal de démocratie. L'argumentaire des acteurs opposés au cinémomètre photographique se fonde aussi sur la responsabilité, mais il affirme en général la primauté des individus sur le collectif, dans les choix et la mise en œuvre. De plus, la demande pour le respect des droits individuels enchâssés dans la Charte incarne leur vision de la justice, tout comme la réclamation d'un traitement similaire, égal pour tous, face à la loi.

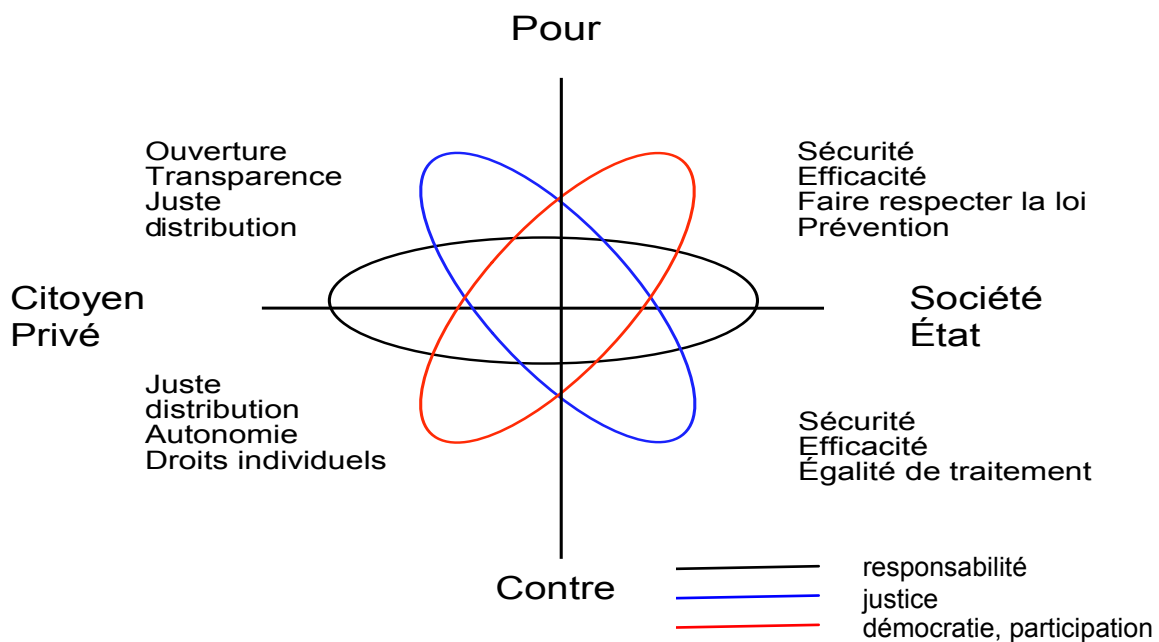
En résumé, au-delà de l'opposition apparente entre les groupes d'acteurs et du caractère technique que peut avoir l'implantation du cinémomètre, les valeurs de justice, de responsabilité et de participation sont bel et bien interpellées à travers les principes stratégiques. Ces derniers se traduisent sous la forme de règles que souhaitent voir imposer les acteurs consultés. La figure 3 illustre la répartition des valeurs et des principes stratégiques en jeu dans la tension entre le bien individuel et le bien commun, et ce, selon l'alignement des acteurs concernés.

Quelles tensions entre le bien individuel et le bien commun ?

Dans le cadre de cet article, l'illustration des enjeux éthiques à travers le cinémomètre visait à mettre à l'épreuve les valeurs mises au jour dans la recension des écrits. Celles-ci sont-elles toujours présentes lors de la formulation de politiques favo-

rables à la santé ? En quels termes s'expriment les tensions axiologiques entre elles ? De tels questionnements pourraient nous permettre de constater, ou non, des différences entre valeurs, principes stratégiques et règles en jeu dans diverses situations concrètes et de mettre au jour ce qui est au centre des tensions axiologiques.

À travers les différentes positions défendues par les acteurs au sujet du cinémomètre apparaissent des tensions entre le pôle individuel et le pôle collectif, entre le bien de l'individu et le bien commun (Figure 3). Cette figure représente la tension entre le bien individuel (citoyen, privé) et le bien commun (société, état). Dans cette polarité, s'inscrivent trois valeurs : la responsabilité, la justice et la démocratie (participation citoyenne). Cette figure appliquée à l'étude du cinémomètre, rendent visibles divers principes stratégiques. La plupart des acteurs accordent une importance au respect des libertés individuelles, à travers les règles qu'ils considèrent comme devant être imposées advenant le cas où le projet d'implantation du cinémomètre photographique serait réalisé ou encore les règles pouvant justifier qu'il ne le soit pas. Cette préoccupation peut apparaître comme étant en opposition avec l'opérationnalisation de la responsabilité de l'État. Par contre, la plupart s'entendent sur le fait que la sécurité sur les routes doit être améliorée et que les limites doivent être davantage respectées et ce, en utilisant le ou les moyens les plus efficaces, responsabilité qui incombe à l'État. C'est au nom de la responsabilité étatique envers la protection de la vie et la prévention des accidents que s'installe une tension palpable entre les principes stratégiques, et qui traduit



une tension implicite des valeurs, entre bien commun et bien individuel.

Les règles proposées pourraient aplanir certains déséquilibres et certaines tensions apparaissant entre les principes stratégiques invoqués par les acteurs. Par exemple, il peut être justifiable aux yeux de certains que le cinémomètre aille à l'encontre du respect de la vie privée et de l'autonomie des personnes afin d'assurer la sécurité de tous par un meilleur contrôle de la vitesse sur les routes. Pour contrer cette atteinte, cependant, certains acteurs proposent que l'implantation du cinémomètre soit limitée, par exemple, dans des zones considérées à risque pour les policiers et les usagers de la route, ou alors que les sites surveillés soient identifiés de façon transparente. Autre exemple : il est plus efficace d'émettre des constats d'infraction au nom des propriétaires des véhicules, mais des mécanismes devraient être mis en place pour lui permettre de ne pas être puni s'il n'était pas le fautif au volant. De même, des tensions semblent pouvoir être atténuées en assurant la bonne utilisation du cinémomètre photographique, dans un souci de sécurité du public et non pas pour « gonfler » les coffres de l'État. Implicitement, la négociation entre les principes stratégiques et les règles proposées pour résoudre les tensions permet de deviner une hiérarchisation de certaines valeurs : le bien commun primerait-il sur certains droits individuels à condition que les mesures soient justifiées ? Dans l'affirmative, c'est la valeur de justice sociale qui assurerait l'égalité de traitement et l'équité face à la distribution des bénéfices et des inconvénients. En d'autres mots, c'est par souci de justice que seraient protégées les libertés individuelles. Cette hypothèse demeure à vérifier par l'examen d'autres situations. Un autre aspect demeure également à documenter, soit celui de la participation des citoyens. Ici, le peu de données recueillies à cet effet ne permettaient pas de faire une analyse à ce sujet. D'autres cas illustratifs devraient être étudiés pour tirer des conclusions à cet effet.

Conclusion

Dans cet article, nous avons voulu montrer la nécessité de faire les liens entre la réflexion éthique et l'analyse des politiques publiques, ces dernières étant le lieu d'ancrage de nos choix collectifs et de l'action publique. Cet effort réflexif et analytique apparaît d'autant plus pertinent lorsqu'il est question de santé publique car individus, groupes et population sont alors visés. Pour les fins de cet exercice, nous avons retenu les définitions que proposent Sabatier et Jenkins-Smith des notions de valeur, principe stratégique et règle.[9]

Comme nous l'avons vu, aux règles et principes stratégiques

sont rattachées des valeurs que l'on tend trop souvent à perdre de vue ou à esquiver dans les débats. Il peut être en effet tentant de justifier l'imposition de normes au nom du bien commun, un tel choix ne sera pas pour autant légitime.[21]

Ce type d'analyse permet une réflexion en amont sur des orientations que souhaite donner l'État à l'action publique, en termes de politiques favorables à la santé. Nous avons porté notre attention sur un seul cas, mais d'autres cas pourraient être examinés. Qu'en est-il, par exemple, lorsque les politiques concernent la pauvreté, l'éducation, l'environnement ? Lorsque des publics comme les enfants, les personnes âgées, des groupes d'intéressés très structurés ou moins structurés sont concernés ? Les échanges ou les débats risquent dans certaines occasions d'être plus émotifs, mais cela ne devrait pas masquer d'une part les valeurs de responsabilité, de justice et de participation qui sont en jeu et d'autre part, la discussion sur les principes et les règles associés à ces valeurs.

Références

1. Vigarello G. Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge. Paris: Éditions du Seuil, 1999.
2. Lalonde M. Nouvelles perspectives de santé des Canadiens. Ottawa: Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974.
3. O'Neill M, Pederson A, Dupéré S, Rootman I. La promotion de la santé au Canada et à l'étranger: bilan et perspectives. In: O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I, editors. Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2006; 3-21.
4. Bernier NF. Quebec's approach to population health: an overview of policy content and organisation. *Journal of Public Health Policy* 2006;27:22-37.
5. Colin C. La santé publique au Québec à l'aube du XXI^e siècle. *Public health in Quebec at the dawn of the 21st century. Santé Publique* 2004;16(2):185-95.
6. Loi de santé publique, L.R.Q, chapitre S-2.2, Article 54 2001.
7. Gagnon F, Turgeon J, Dallaire C. L'évaluation d'impact au Québec. Lorsque la loi devient l'action. *Télescope Revue d'analyse comparée en administration publique* 2008;14(2):79-94.
8. Turgeon J, Gagnon F, Bourgault J, Garant S. Politiques publiques et santé: les dilemmes de l'évaluation prospective. *Administration publique du Canada* 2005;48(3):328-47.
9. Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. The Advocacy coalition framework. An Assessment. In Sabatier PA, ed. *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, 1999; 117-66.
10. Gagnon F, Turgeon J, Dallaire C. Healthy public policy. A Conceptual Framework. *Health Policy* 2007;81(1): 42-55.

11. Gagnon F, Michaud M, Turcotte V. Le cinémomètre photographique. In Gagnon F, Turgeon J, editors. Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec, huit études de cas Résumés. Québec: Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, 2007; 93-104. [En ligne]. http://www.gepps.enap.ca/GEPPS/docs/Resume_etudesdecas/resumecinémomètre_gepps30mai07.pdf
12. Le nouveau Petit Robert Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris: Dictionnaires Le Robert 2009; 2673.
13. Blais M. L'échelle des valeurs humaines. Montréal: Éditions Fides, 1980.
14. Lalande A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. Paris: Vrin, 1968.
15. Durand G. Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts, et outils. Montréal: Éditions Fides, 2005.
16. Bergeron H, Surel Y, Valluy J. L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? *Politix* 1998;41:195-223.
17. Aristote. La politique. Paris: Vrin, 1995.
18. Boisvert Y. Crise de confiance et crise de légitimité de l'éthique gouvernementale à l'éthique publique. *Éthique publique* 2004;4(1):19-31.
19. Massé R. La santé comme nouvelle moralité. In: Fortin P, editor. La réforme de santé au Québec. Montréal: Les Éditions Fides, 1999; 155-74.
20. Gostin LO. Public health law in new century. Part III: Public health regulation: a systematic evaluation. *Journal of American Medical Association* 2000;283(23):3118-22.
21. Massé R, Raymond J. Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativités. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2003.
22. Massé R. De la responsabilité paternaliste de l'État à la responsabilité individuelle: les enjeux éthiques de la santé publique. In: Gagnon É, Saillant F, editors. De la responsabilité Éthique et politique. Montréal: Liber, 2006; 254-72.
23. Callahan D. Individual good and common good: a communitarian approach to bioethics. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003;46(4):496-507.
24. Kenny NP, Sherwin SB, Baylis FE. Re-visioning public health ethics: a relational perspective. *Canadian Journal of Public Health* 2010;101(1):9-11.
25. Blay M. Dictionnaire des concepts philosophiques. France: Larousse, 2008.
26. Screenivasan G. Health care and equality of opportunity. *Hasting Center Report* 2007;37(2):21-31.
27. Scott CM, Thurston WE, Crow B. Development of healthy public policy: feminist analysis of conflict, collaboration and social change. *Health Care for Women International* 2002;23:530-9.
27. Daniels N. Equity and populations: toward a broader bioethics agenda. *Hasting Center Report* 2006;36(4):22-35.
29. Weinstock D. La santé en philosophie politique: de quel type de bien s'agit-il ? Québec: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, 2010.
30. Lascombes P, Le Galès P. Sociologie de l'action publique. Paris: Armand Colin, 2007.
31. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, et al. Public health ethics: mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2002;30(2):170-8.
32. Abelson J, Eyles J. Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
33. Forest P-G, Abelson J, Gauvin F-P, Smith P, Martin É, Eyles J. Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec. Québec: Conseil de la santé et du bien-être, 2000.
34. Massé R. Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique. *Éthique publique* 2005;7(2):107-24.
35. Mittlemark MB. Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promotion International* 2001;16(3):269-74.
36. Gagnon F, St-Pierre M-N, Daignault-Simard X. La participation du public dans l'évaluation d'impact sur la santé: pourquoi et comment ? Québec: Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, 2010.
37. Turcotte V. Le cinémomètre photographique. Étude de cas - version longue non publiée. Québec: GÉPPS, 2006.
38. Ministère des Transports du Québec. Livre vert. La sécurité routière au Québec: un défi collectif. Québec: MTQ, 1999.
39. Québec. Projet de loi no. 17. Loi modifiant le Code de la sécurité routière et le Code de procédure pénale: Éditeur officiel du Québec. 36e législature, 2e session, 2001.
40. Creswell, J. W. *Qualitative Enquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. London: SAGE Publications, 1998.
41. Grawitz M. *Lexique des sciences sociales*, 8e édition. Paris: Dalloz, 2004.
42. Ricard S. Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2003.
43. Turgeon J, Savard J-F. *Politiques publiques*. Dictionnaire de l'administration publique. Québec à paraître.

Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce au financement du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et ses partenaires : le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dossier 2005-SP-95622.

Les auteures remercient sincèrement les personnes du ministère des Transports du Québec (MTQ) qui ont rendu possible la réalisation de cette étude de cas, ainsi que Véronique Turcotte, assistante de recherche qui a collecté les données et rédigé la version longue de l'étude de cas.

Ils remercient également les évaluateurs anonymes pour leurs commentaires pertinents.

Pour contacter l'auteure:

Danielle Blondeau, Ph.D.

Professeur titulaire

Université Laval

Faculté des sciences infirmières

Pavillon Ferdinand-Vandry

1050, avenue de la Médecine

Québec, Québec, G1V 0A6

Canada

courriel: danielle.blondeau@fsi.ulaval.ca

France Gagnon, Ph.D.

Professeure titulaire

Télé-université (UQAM)

Geneviève Brisson, Ph.D.

Professeure associée

Université Laval

Département d'anthropologie

Karine Aubin, M.A.

Candidate au doctorat en santé communautaire

Université Laval

Faculté des sciences infirmières

Dominique Gagné, M.A.

Conseillère scientifique

Institut national de santé publique du Québec