

LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE EN
CONTEXTE PLURIETHNIQUE :
RÉFLEXIONS SUR QUELQUES ENJEUX NORMATIFS

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Version préliminaire—pour discussion

MAI 2009



LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE EN
CONTEXTE PLURIETHNIQUE :
RÉFLEXIONS SUR QUELQUES ENJEUX NORMATIFS

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

MAI 2009



National Collaborating Centres
for Public Health

Centres nationaux de collaboration
en santé publique

*Institut national
de santé publique*

Québec 

AUTEUR

Michel Désy
Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal

ÉDITEUR

François Gagnon
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

DATE

Mai 2009

MISE EN PAGE

Madalina Burtan
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'utilisation des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé au sein de la communauté de la santé publique, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine spécifique, mais avec un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de santé publique du Canada par le financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Internet du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au www.ccnpps.ca

An English version of this paper is available at www.ncchpp.ca

Ce document est une version préliminaire. Nous invitons les lecteurs à nous envoyer leurs commentaires à ccnpps@inspq.qc.ca

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

NOTE DE L'ÉDITEUR

Ce texte fait partie d'une série d'essais développés pour le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé par des chercheur(e)s associé(e)s au Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal.

Les essais sont destinés à présenter aux acteurs de santé publique, de manière synthétique, certains des plus importants enjeux éthiques contemporains liés à diverses dimensions des politiques publiques pouvant avoir des effets sur la santé de la population et à susciter des réflexions à leur propos.

Le présent texte, rédigé par Michel Désy, concerne la promotion de l'autonomie en contexte pluriethnique. La promotion de l'autonomie est un mode d'action répandu en santé publique depuis que des études ont commencé à montrer des liens étroits entre l'état de santé des individus et leur capacité à exercer un contrôle sur leur vie et leurs conditions de vie. De nombreux et vigoureux débats éthiques se sont déroulés et se déroulent toujours autour de ce mode d'action en général. Mais des transformations importantes dans la composition ethnico-culturelle de la population canadienne ont engendré des débats plus spécifiques sur les implications de ces transformations pour les pratiques de promotion de l'autonomie. La raison d'être de ces débats spécifiques tient à l'idée que l'autonomie est un produit culturellement (historiquement, socialement, politiquement) marqué.

Dans ce texte, l'auteur discute et nuance d'abord le lien complexe entre la santé et l'autonomie en le situant dans son contexte historique en santé publique. Il s'attarde ensuite à distinguer deux sens distincts de l'autonomie (substantif et procédural) afin de bien mettre en valeur sa proposition que la promotion de la santé devrait concerner davantage l'autonomie procédurale. Enfin, il distingue quatre types de paternalisme (étroit et large; faible et fort) afin de défendre l'idée que la promotion de l'autonomie auprès de groupes pour qui l'autonomie individuelle n'est pas comprise et valorisée de manière aussi centrale qu'au sein de la majorité ethnoculturelle canadienne, devrait être organisée en fonction d'un paternalisme faible et large.

La production de ces essais se veut un exercice de réflexion sur les enjeux éthiques pratiques de santé publique contemporains. Certaines productions, comme celles-ci, invitent au commentaire.

Pour étendre le débat, nous posons donc les questions suivantes sur ce texte :

Peut-on comprendre ce problème autrement, notamment en ce qui a trait aux appartenances religieuses, sans référence à l'appartenance ethnique ?

L'auteur a fait le choix de considérer les enjeux éthiques évoqués exclusivement par le biais de la question des appartenances religieuses. Peut-on l'analyser par l'entremise d'autres dimensions de l'appartenance sociale ?

Enfin, l'auteur argumente, sans trop de concessions, en faveur de l'adoption des principes d'un paternalisme faible et large de manière générale. Croyez-vous qu'une approche fondée

sur un paternalisme fort, dans certaines situations spécifiques, pourrait également bien se défendre en termes éthiques ?

Vous pouvez utiliser le commentaire à droite de la page. Si vous le souhaitez (veuillez nous l'indiquer, le cas échéant), nous les publierons.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 Santé et autonomie.....	3
2 Deux sens de la notion d'autonomie.....	4
3 Autonomie et appartenance culturelle.....	5
4 Qu'est-ce que la promotion de l'autonomie?.....	6
5 Paternalisme et autonomie.....	6
6 Autonomie, paternalisme et préférences adaptatives.....	7
RÉFÉRENCES	11

INTRODUCTION

Le champ d'action de la santé publique s'est considérablement élargi durant le dernier siècle. Les raisons qui expliquent cette expansion sont multiples et complexes. L'une des principales raisons est le fait que les problèmes que l'on cherche à éradiquer ne sont plus – du moins dans ce que l'on appelle communément le monde occidental – uniquement composés de maladies infectieuses et d'infections parasitaires dont les causes étaient relativement faciles à identifier et à traiter grâce aux percées de la science. Aujourd'hui, une partie substantielle des problèmes sur lesquels se penchent les personnes œuvrant en santé publique prennent leur source dans les habitudes de vie des personnes, en l'occurrence, les habitudes jugées néfastes pour celles-ci. Nous n'avons qu'à penser à l'obésité et au tabagisme, par exemple. Parallèlement, les mesures entreprises par les instances de santé publique pour améliorer la santé de la population ont dépassé la simple prévention des problèmes pris en considération pour inclure des actions visant à promouvoir un bon état de santé. Nous savons assez bien, par exemple, ce qui cause les maladies cardiaques (en outre l'oisiveté), mais nous avons très peu d'emprise sur les façons d'y remédier, puisqu'elles sont causées en bonne partie par de multiples facteurs distaux (en outre sociaux et environnementaux) ayant une influence sur nos habitudes de vie, facteurs qui, pour leur part, semblent causalement trop éloignés desdits problèmes pour que l'on puisse clairement les isoler comme étant *la* cause des maladies en question. De plus, ces problèmes sont en grande partie des conséquences néfastes d'activités entreprises de plein gré par les personnes concernées. C'est pourquoi les instances de santé publique cherchent maintenant, entre autres, à convaincre lesdites personnes à reconsidérer leurs habitudes afin d'en adopter de moins dommageables pour leur santé. Afin de rencontrer ces défis, donc, la promotion de la santé se décline en une approche interdisciplinaire qui cherche notamment à identifier et à modifier, s'il y a lieu, les facteurs proximaux et distaux qui influencent le comportement des personnes¹.

¹ À titre d'introduction à ce qu'est la promotion de la santé, voir, par exemple, Crosby, Kegler & DiClemente (2002).

1 SANTÉ ET AUTONOMIE

Dans cette perspective, la promotion de la santé a besoin d'une conception plus claire de ce qu'elle cherche à promouvoir. Parallèlement, le changement de paradigme quant aux facteurs qui influent potentiellement sur la santé des personnes s'est donc aussi manifesté par la refonte de la définition même de ce que signifie « être en santé ». En effet, ces changements ont récemment été cristallisés dans la Charte d'Ottawa, la définition de la santé proposée dépassant largement la conception classique – négative – de la santé (c'est-à-dire la santé définie en tant qu'absence de pathologies). La Charte stipule :

« La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. » (Organisation mondiale de la Santé, 1986)

La santé est ici considérée comme un état de bien-être à la fois physique, psychologique et social. Or, selon la Charte, le moyen privilégié d'atteindre cet état de bien-être et, donc, la cible de plusieurs actions en promotion de la santé, est la capacité qu'ont les individus à prendre le contrôle de leur vie, à « mener leur vie de l'intérieur », bref, à être autonomes. En effet, plusieurs études ont démontré que les individus qui n'ont pas ou peu de contrôle sur leur vie sont habituellement en moins bonne santé que les autres (cf. Rissel, 1994). L'autonomie est donc conçue comme étant cruciale à la santé des individus. Bien sûr, l'importance de l'autonomie ne se limite au seul domaine de la santé : elle représente l'une des valeurs politiques centrales des démocraties libérales pour des raisons plutôt évidentes. Son développement constitue aussi l'un des objectifs premiers de l'instruction publique. Néanmoins, c'est principalement sous l'angle de sa place au sein d'une conception de la santé et de sa promotion que je voudrais l'aborder.

Le passage d'une conception étroite à une conception large de la santé peut clairement poser problème sur plusieurs plans (Seedhouse, 1995). En outre, la définition large de l'expression « être en santé » est moralement chargée; elle n'est certainement pas neutre (voir, par exemple, ce qu'en dit Holland, 2007, pp. 92-93). Par simple intuition, il est apparent que si, par exemple, la qualité de nos relations avec autrui est à considérer lorsqu'on cherche à déterminer si on est en santé au sens étendu du terme, alors, bien sûr, des valeurs morales viendront y jouer un rôle fondamental. Si l'on se penche plus particulièrement sur le rôle central accordé à l'autonomie dans la conception élargie de la santé, doit-on comprendre que les personnes qui ne vivent pas, apparemment, de manière autonome, se retrouvent forcément dans un état de bien-être « diminué » par rapport à leur entourage?

Ceci constitue l'une des facettes du problème auquel j'aimerais m'attarder. Le problème découle du fait qu'il semble exister bon nombre de personnes pour qui une vie où l'autonomie n'occupe pas une place centrale est souhaitable et pour qui une telle situation ne semble pas comporter de conséquences néfastes sur leur santé. Cela est particulièrement vrai pour les personnes faisant partie de groupes religieux conservateurs. En effet, il existe des gens pour qui l'obéissance et le déni de soi constituent des valeurs centrales. Pour

ceux-ci, la promotion de l'autonomie par les institutions publiques pourrait très bien entrer indûment en conflit avec leur mode de vie. Si cela est vrai, comme je le maintiens, alors l'autonomie comme pierre angulaire² de la promotion de la santé devrait être à tout le moins clarifiée, sinon substantiellement modifiée afin d'accommoder ces situations. L'objectif du présent texte est d'offrir un tel éclaircissement et d'en tirer des conséquences pour toute politique qui a – principalement ou en partie – pour objectif de promouvoir l'autonomie.

2 DEUX SENS DE LA NOTION D'AUTONOMIE

Comment éclairer la notion d'autonomie? Une partie du problème de son élucidation réside dans le fait qu'elle comporte deux sens distincts (sur la distinction, voir Christman, 2003). Le premier, l'autonomie procédurale, fait référence à la « capacité » effective des individus à poser des choix, indépendamment de l'influence de son entourage. La formulation de cette définition est quelque peu abusive, puisqu'une grande partie de nos choix est causalement (directement ou indirectement) influencée par notre environnement social. Toutefois, il demeure que l'on considère quand même comme autonome la personne qui a ostensiblement exercé cette capacité même si elle pose des choix similaires à ceux de ses voisins. On estime donc en général que l'exercice de l'autonomie procédurale est pleinement autonome lorsqu'il est effectué en l'absence de contrainte externe induite. Le deuxième sens de l'autonomie, l'autonomie substantive, réfère non pas à la capacité de faire des choix des individus, mais plutôt à la « qualité » des choix effectués. La conception substantive de l'autonomie est liée à l'idée qu'il existe des valeurs qui « devraient » être entretenues par les individus pour que ceux-ci soient considérés comme en santé au sens large du terme.³ La personne substantivement autonome pose donc les « bons » choix quant à sa vie, les choix qui reflètent correctement ce que signifie « être autonome ». En effet, dans cette perspective, il existe des manières de vivre particulières ou des valeurs particulières qui traduisent bien le sens d'une vie autonome.⁴

Reprenons notre contre-exemple présenté plus haut. Il semble tout à fait plausible qu'il existe des personnes profondément religieuses qui choisissent de façon autonome, au sens procédural du terme, de vivre des vies où l'autonomie n'occupe pas une place centrale. En effet, le fait de mener une vie d'obéissance ou de déni de soi ne signifie pas que l'on perde obligatoirement la « capacité » de faire des choix. On pourrait par contre objecter que ces personnes ne peuvent choisir autre chose qu'une vie religieuse parce qu'elles ne peuvent faire autrement, qu'elles y sont contraintes par leur appartenance même à ce groupe, que leur « culture » ne leur permet pas.

² Pour ne pas dire comme *Saint Graal* de la promotion de la santé, pour reprendre l'expression de Rissel.

³ Il faut par contre comprendre ici que l'autonomie substantive est nécessaire, mais non suffisante à la santé d'une personne.

⁴ On doit souligner que la distinction entre l'autonomie substantive et l'autonomie procédurale se retrouve en parallèle dans les définitions plus sophistiquées de la santé au sens large. En effet, on peut soutenir que la santé découle d'une combinaison de facteurs dont font partie les capacités de base des personnes (dont l'autonomie procédurale) et les manifestations objectivement liées à une bonne santé de ces capacités (dont l'autonomie substantive). Voir, par exemple, les positions respectives de Brülde (2000) et de Tengland (2006).

3 AUTONOMIE ET APPARTENANCE CULTURELLE

Cette objection repose, selon moi, sur une conception fautive de l'appartenance culturelle. Elle présuppose que l'appartenance culturelle à un groupe particulier est exclusive et inexorable. Or, d'une part, l'idée selon laquelle notre culture possède un ensemble cohérent et stable de caractéristiques qui *déterminent* les membres de ce groupe est clairement douteuse. En effet, comme l'indique Tariq Modood (1998), entre autres, il ne se trouve à peu près plus personne pour défendre une conception essentialiste de la culture. L'appartenance culturelle n'est donc pas inexorable. D'autre part, l'idée selon laquelle les options offertes par la culture d'une communauté libérale, par exemple, ne peuvent être conçues comme accessibles aux membres d'un groupe religieux est également douteuse. Par exemple, il est clair que les membres de la congrégation des Sœurs grises de Montréal sont informés sur ce qu'est une vie à l'extérieur de leur couvent. On ne peut donc dire que ce choix leur est inaccessible en ce sens.

Il faut aussi souligner le fait que le lien entre l'autonomie et la santé n'est pas aussi limpide qu'on peut être porté à le croire lorsqu'on considère les groupes religieux et la santé mentale. En effet, certaines études ont montré que les taux de dépression chez les Amish, aux États-Unis, étaient de moitié plus bas que chez le reste des Américains (Schwartz, 2000). Comme le note Schwartz, les citoyens américains n'ont jamais eu autant de choix de leur histoire et, paradoxalement, ils ne semblent pas en bénéficier psychologiquement, au contraire (voir Schwartz, 2004, surtout le chapitre 5). Cet exemple constitue une autre facette de cette idée que note Jeff Spinner-Halev, en soulignant que les communautés religieuses conservatrices offrent peut-être moins de choix à leurs membres, mais que ces choix peuvent être perçus comme étant plus importants que ceux offerts dans une communauté libérale (Spinner-Halev, 2000).

Il ne faut pas comprendre par là que nous devrions tous nous enrôler dans des communautés religieuses fermées dans le but d'améliorer notre santé mentale. Après tout, les données sur la prévalence de la dépression chez les Amish n'incluent pas ceux qui ont dû quitter la communauté pour toutes sortes de raisons. Il faut plutôt y comprendre que l'internalisation des choix est un phénomène complexe qui doit être pris en compte dans la promotion de l'autonomie. Ces quelques remarques permettent en effet de souligner un aspect fondamental à propos de l'autonomie : elle ne peut être promue isolément d'autres éléments fondamentaux à son exercice. La différence entre un groupe religieux et une communauté libérale se situe dans l'importance du soutien et de la solidarité que l'on retrouve habituellement dans le premier groupe. Cette intuition a été confirmée par des travaux sur l'autodétermination qui ont indiqué que ce n'est pas tant l'origine et la qualité objective des choix posés par une personne, mais bien le soutien obtenu dans le processus qui menait à ce choix qui avait un effet positif sur le bien-être de celle-ci (Ryan & Deci, 2000).

Cela nous amène à considérer que la qualité des choix d'une personne (son autonomie substantive) est d'une importance secondaire pour sa santé par rapport à sa capacité à poser des choix (son autonomie procédurale), et que, en conséquence, une théorie qui cherche à éclairer le lien entre l'autonomie et la santé devrait souligner la présence de

celle-ci sur celle-là. Cette préséance a un effet considérable sur une conception valide de la promotion de l'autonomie, conception sur laquelle j'aimerais m'attarder ici.⁵

4 QU'EST-CE QUE LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE?

Quelle forme devrait prendre une conception de la promotion de l'autonomie surtout si celle-ci doit être justifiable aux yeux de personnes qui ne la considèrent pas comme importante? Le principal enjeu qui découle de cette question est celui du paternalisme. La détermination du niveau de paternalisme acceptable pour les interventions de l'État dans la vie de ses citoyens est un problème normatif classique pour la santé publique (cf. Childress et al., 2002; Bayer & Fairchild, 2004). On appelle habituellement le paternalisme l'idée selon laquelle l'État est justifié de contraindre les individus à agir dans leur intérêt, lorsqu'il est apparent que ceux-ci poseront des gestes allant à l'encontre de leur santé. L'idée du paternalisme est d'intervenir afin de protéger les individus d'eux-mêmes. Il existe évidemment des situations où de telles interventions sont justifiées – lorsque, par exemple les individus n'ont pas la capacité d'effectuer des choix éclairés (comme dans le cas des enfants) ou encore que les contraintes imposées aux individus sont pour ainsi dire négligeables (comme dans le cas du port de la ceinture de sécurité). Toutefois, dans la littérature, le paternalisme, tel qu'il est brièvement défini ici, est souvent rejeté pour la simple raison qu'il ne parvient pas à justifier moralement les contraintes proposées sur la liberté des individus concernés, surtout dans la mesure où celles-ci sont coercitives.

5 PATERNALISME ET AUTONOMIE

Il convient de distinguer quatre types de paternalisme : le « paternalisme fort », qui stipule que l'État peut légitimement empêcher des personnes d'agir contrairement à leurs intérêts; le « paternalisme faible », qui dit que l'État doit chercher à établir l'assentiment éclairé des personnes se livrant à ces pratiques, plutôt que de chercher à les contraindre contre leur gré à agir selon leurs intérêts; le « paternalisme étroit », qui se limite aux mécanismes coercitifs, et le « paternalisme large », qui englobe toutes les formes d'intervention possiblement pertinentes. La position compatible avec la conception de l'autonomie et de sa promotion défendue dans le présent texte est le paternalisme faible et large.

En effet, le paternalisme faible est congruent avec la conception de la promotion de l'autonomie défendue ici, car en cherchant avant tout à garantir l'assentiment des personnes, il accorde la priorité à l'exercice éclairé des capacités à faire des choix et non sur la qualité des choix ainsi effectués. Le paternalisme faible repose avant tout sur la capacité à offrir son consentement, sur l'absence de coercition inacceptable (extorsion, menaces, coercition physique), et sur la maîtrise de l'information pertinente à l'exercice du choix.⁶ Le paternalisme faible est donc d'une grande utilité dans les cas où l'on a affaire à des

⁵ Peut-être devrait-on aussi soutenir qu'une conception valide de la promotion de la santé doit, de la même manière, accorder une priorité aux renforcements des capacités qui lui sont cruciales, devant la qualité des choix posés par les individus concernés. L'exploration de cette idée dépasse malheureusement le cadre du présent texte.

⁶ En fait, comme le souligne Joel Feinberg, le paternalisme faible n'est pas vraiment un paternalisme, comme on l'entend habituellement, puisqu'il ne cherche pas à justifier la contrainte de l'exercice de l'autonomie des individus en faveur de leur bien-être (Feinberg, 1986, pp. 15-16).

pratiques religieuses ou culturelles que bon nombre de personnes qui ne sont pas issues de ces groupes pourraient trouver d'une manière ou d'une autre répréhensibles. En fait, nous tolérons un grand nombre de pratiques lorsque celles-ci respectent les conditions posées par le paternalisme faible (pensons, par exemple, à certaines pratiques sexuelles comme le sadomasochisme et l'échangisme). L'important est de retenir que le paternalisme faible est compatible avec l'idée qu'un individu peut de façon autonome choisir de limiter sa propre autonomie.

Le paternalisme large donne le champ libre à l'utilisation d'un éventail intéressant d'actions possibles autres que la coercition. Nuritt Guttman (2000) établit des stratégies que l'on retrouve habituellement en santé publique : outre la coercition, on retrouve les stratégies environnementales, l'incitation, la persuasion, la collaboration et la facilitation. Dans le cas qui nous intéresse ici, il faut souligner que si l'on adopte un paternalisme faible et large, la coercition doit être écartée de cette liste, mais les autres stratégies sont légitimes⁷. On peut donc imaginer diverses stratégies d'incitation, de collaboration ou de facilitation (c'est en fait ces dernières qui sont privilégiées dans le déploiement d'initiatives d'*empowerment*) visant à promouvoir l'autonomie.

6 AUTONOMIE, PATERNALISME ET PRÉFÉRENCES ADAPTATIVES

Une objection au paternalisme large et faible peut être formulée en évoquant le problème des préférences adaptatives. Ce concept fait référence à l'idée que l'on a tous tendance à choisir ce qui nous est relativement accessible et à ne pas choisir ce qui ne l'est pas. La relative inaccessibilité de certains choix peut elle-même « contraindre » certaines personnes à accepter des vies qui vont à l'encontre de leur bien-être. L'exemple classique du problème des préférences adaptatives est celui du statut des femmes vivant dans des pays où leur autonomie n'est pas valorisée et qui, elles-mêmes, s'intériorisent et consentent à mener une vie non autonome (Nussbaum, 2000). Une partie de la solution à ce problème a déjà été évoquée. La contrainte ne peut se situer dans la culture même des personnes parce que l'idée que nous sommes « agis » par des régularités sociales ne fait pas de sens. La réponse au problème se trouve en partie dans les conceptions de l'autonomie et du paternalisme faible que nous avons présentées.

D'abord, comme je l'ai soutenu, l'idée que l'on puisse promouvoir l'autonomie isolément ne tient pas. La solution au problème des préférences adaptatives passe par une conception de la promotion de l'autonomie qui l'accompagne de plusieurs mesures visant à en assurer le succès. Martha Nussbaum souligne à ce titre que la promotion de l'autonomie doit être accompagnée d'autres éléments afin d'être efficace, notamment, l'intégrité physique et psychologique, l'absence de coercition (ce qui va de pair avec l'absence de coercition exigée par le paternalisme faible), la possibilité d'entretenir des relations sociales significatives (ce qui va de pair avec l'idée que la qualité des relations sociales est intimement liée à l'exercice de l'autonomie), la possibilité de sortir d'un environnement défavorable et la qualité de l'information. Le paternalisme faible assure le fait que si ces conditions sont remplies et que

⁷ Guttman soutient que la persuasion est d'une certaine manière coercitive. La question à savoir si les stratégies du paternalisme large contiennent en elles-mêmes des éléments de coercition est une question intéressante, mais elle dépasse le cadre du présent texte.

la personne visée persiste à mener une vie qui pourrait être considérée à l'encontre de son bien-être, il faudra respecter son choix.

Cela, en retour, souligne le fait que la conception de la promotion de l'autonomie que j'ai défendue ici respecte la contrainte de « l'endossement » dont parle Gerald Dworkin, qui stipule qu'une vie ne peut être pleinement appréciée que si elle est « endossée ». Comme ce dernier l'indique :

« Les menaces de pénalité criminelle corrompent plutôt que promeuvent le jugement critique, et même lorsque les conversions qu'elles induisent sont sincères, ces conversions ne peuvent être comprises comme authentiques lorsque l'on cherche à déterminer si ces menaces ont amélioré la vie de la personne. » (Dworkin, 2000, p. 218)

La conception que j'ai défendue offre une solution à l'apparent paradoxe de la promotion de l'autonomie auquel j'ai fait référence au début du texte. Elle propose en effet une façon de concilier les responsabilités des institutions à protéger et à promouvoir l'autonomie et les libertés fondamentales de personnes qui ne la considèrent pas comme importante. Cette conception peut être pertinente non seulement pour des politiques visant spécifiquement l'*empowerment* des individus ou des communautés, mais aussi pour des politiques où l'accommodement raisonnable pourrait jouer un rôle (Désy, 2007).

Le tableau 1 présente une classification de différentes politiques où la question du pluralisme culturel se pose d'une manière ou d'une autre. Les politiques sont classées selon qu'elles adoptent un paternalisme étroit ou non et selon la place que l'autonomie occupe au sein de celles-ci. La case 1 comprend des politiques dont la promotion de l'autonomie est un des objectifs principaux et où les moyens utilisés sont coercitifs, habituellement des mesures législatives qui criminalisent les pratiques non libérales, jugées contraires à l'autonomie des personnes. Souvent, ces politiques sont motivées par le principe que l'on doit protéger certains sous-groupes vulnérables de groupes quelconques. Ainsi, l'exemple utilisé dans le tableau est celui de l'éradication de l'excision, mais tout autre exemple de politique ciblée de protection coercitive de l'autonomie d'une « minorité parmi une minorité »⁸ aurait pu faire l'affaire, par exemple, l'interdiction de porter le voile dans les écoles publiques en France. La case 4 représente aussi des politiques où la promotion de l'autonomie est centrale, mais où les méthodes utilisées ne sont pas coercitives. Pour reprendre le cas de l'excision, nombre d'initiatives dans plusieurs pays ont plutôt cherché à réduire les méfaits liés à la pratique et à changer en premier lieu les conditions qui font qu'elle est répandue. En fait, ces initiatives ont été largement plus efficaces que les politiques d'éradication coercitive (Shell-Duncan & Hernlund, 2000). Les cases 2 et 5 font référence aux politiques qui ont pour objectif secondaire la promotion de l'autonomie. Cette catégorie comprend entre autres des politiques sociales ou familiales qui, par leur mise en œuvre, rendraient illégale toute pratique culturelle jugée contraire à la promotion de l'autonomie telle qu'elle est entendue par ladite politique. Par exemple, le Canada ne reconnaît pas les mariages polygames, mais accorde des droits aux femmes qui ont contracté de tels mariages quand même, comme au moment d'une séparation. Cette situation contraste avec celle de la France, où non

⁸ Pour reprendre le titre du livre d'Enseinberg et de Spinner-Halev.

seulement les mariages polygames sont illégaux, mais où les femmes qui avaient contracté de tels mariages et qui demeuraient en France ont été expulsées à la suite de l'adoption de la loi Pasqua, en 1993⁹. Cette loi serait un bon candidat pour la case 2. Une politique qui décriminalise la polygamie et qui cherche activement à donner des droits aux femmes qui se trouvent dans des unions polygames serait un bon exemple pour la case 5. Les cases 3 et 6 renvoient aux politiques qui pourraient se trouver à empiéter, pour des raisons par ailleurs justifiables, sur l'autonomie de certains sous-groupes culturels ou religieux par l'interdiction d'une pratique centrale à leur appartenance. Ces deux catégories sont évidemment moins traversées par la promotion de l'autonomie que les autres, mais il demeure qu'elle doit quand même être prise en compte, étant donnée son importance. À titre d'exemple, on n'a qu'à penser aux politiques de sécurité qui empiètent sur des pratiques vestimentaires propres à certains groupes religieux. Une telle politique serait coercitive (case 3) si elle faisait invariablement primer les impératifs vestimentaires sécuritaires sur les pratiques culturelles qui entreraient en conflit avec celles-ci. Par exemple, le port obligatoire du casque de sécurité sur des sites de travail et les employés sikhs orthodoxes, ou encore le port de vêtements prédéterminés dans un bloc opératoire et les employées musulmanes. Toutefois, si la politique était raisonnablement accommodante, c'est-à-dire si elle reconnaissait ouvertement les effets délétères des obligations vestimentaires imposées sur certaines personnes en vertu de leur appartenance à un groupe quelconque et si l'accommodement de ces personnes ne constituait pas un fardeau exagéré pour les organisations ayant à l'appliquer, elle serait considérée comme non coercitive (case 6).

Ces quelques considérations ont pour but d'illustrer à l'aide d'exemples le type de politique pour laquelle la promotion de l'autonomie est importante. Si la conception que j'ai présentée de cette politique est valable, toute politique pour laquelle celle-ci est un but important (ou même un souci important) devrait plutôt opter pour des méthodes non coercitives ou, comme je l'ai appelé, pour un paternalisme faible et large. Le rôle central de l'autonomie pour la santé des individus a été explicitement reconnu dans le domaine de la santé publique mais, si la conception présentée ici est valable, 1) sa promotion doit être comprise dans un cadre plus large de politiques visant à améliorer la santé des personnes et 2) elle ne peut se prévaloir de méthodes coercitives, sous peine de « s'autoinvalider ». Par conséquent, on peut anticiper que des politiques inspirées par la conception présentée ici seraient plus aptes à atteindre leurs buts que des politiques animées par un paternalisme fort¹⁰.

⁹ À ce sujet, voir Campbell et al. (2005).

¹⁰ Un parallèle intéressant peut être tracé entre la conception défendue dans le présent texte et la réduction des méfaits dans le domaine de la toxicomanie. Les deux positions défendent une approche qui privilégie la continuité du contact entre la population ciblée et les institutions publiques qui la mettent en œuvre, plutôt que la répression et la criminalisation qui, soulignons-le, n'ont pas réussi à démontrer des résultats positifs significatifs (voir en outre Marlatt, 1998).

Tableau 1 Exemples de politiques publiques selon leur degré de paternalisme et la place accordée à la promotion de l'autonomie

DEGRÉ DE PATERNALISME PLACE DE L'AUTONOMIE	Coercitif (fort et étroit)	Non coercitif
L'autonomie est un objectif principal de la politique.	1. Politiques visant à éradiquer une pratique culturelle jugée contraire à l'autonomie des personnes concernées en la rendant illégale. Par exemple, l'éradication de l'excision.	4. Politiques visant à améliorer le bien-être de groupes ou de sous-groupes de personnes par le biais de stratégies comme l'éducation ou la facilitation. Par exemple, <i>empowerment</i> de femmes qui font partie d'une communauté où l'excision est pratiquée.
L'autonomie est un objectif secondaire de la politique.	2. Politiques dont le but n'est pas à proprement parler la promotion de l'autonomie des personnes concernées, mais qui rendent illégales certaines pratiques. Par exemple, politique sur le mariage qui interdit la polygamie.	5. Politiques dont le but n'est pas à proprement parler la promotion de l'autonomie des personnes concernées, mais qui en font un objectif important, promu de manière non coercitive. Par exemple, politiques familiales avec un volet <i>outreach</i> important envers les communautés immigrantes où l'on cherche à venir en aide aux femmes qui seraient dans des unions polygames.
L'autonomie n'est pas un objectif principal de la politique, mais demeure un souci, c.-à-d. la politique doit à tout le moins justifier le fait qu'elle contrevienne à l'autonomie des personnes.	3. Politiques dont le but principal est de promouvoir un bien quelconque qui, par le fait même, contrevient de manière coercitive à l'autonomie de certaines des personnes concernées. Par exemple, politique de sécurité sur les chantiers de construction (port du casque par rapport au port du turban). Plusieurs cas classiques d'accommodement raisonnable se trouvent dans cette catégorie.	6. Politiques dont le but principal est de promouvoir un bien quelconque qui, par le fait même, contrevient de manière non coercitive à l'autonomie de certaines des personnes concernées. Par exemple, politique de promotion de l'activité chez les jeunes, qui serait flexible quant à l'habillement nécessaire aux activités proposées.

RÉFÉRENCES

- Bayer, R. & Fairchild, A. L. (2004). The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics*, 18 (6).
- Brülde, B. (2000). On How to Define the Concept of Health: A Loose Comparative Approach. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3.
- Campbell, A. et al. (2005). *La polygamie au Canada : conséquences juridiques et sociales pour les femmes et les enfants - Recueil de rapports de recherche en matière de politiques*, Condition féminine Canada, Ottawa.
- Childress, J. F. et al. (2002). Public Health Ethics : Mapping the Terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30.
- Christman, J. (2003). Autonomy in Moral and Political Philosophy. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved Winter 2008 from <http://plato.stanford.edu/>
- Crosby, R. A., Kegler, M. C. & DiClemente, R. J. (2002). Understanding and Applying Theory in Health Promotion Practice and Research. In DiClemente, R. J., Crosby R. A. & Kegler, M. C. (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. San Francisco : Jossey-Bass
- Désy, M. (2007). Culture, autonomie et vulnérabilité : l'accommodement raisonnable comme outil de santé publique (Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2007).
- Dworkin, G. (2000). *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*. Cambridge: Harvard U.P.
- Einsenberg, A., & Spinner-Halev, J. (2005). *Minorities Within Minorities*. Cambridge: Cambridge U.P.
- Feinberg, J. (1986). *Harm to Self*. Oxford: Oxford U.P.
- Guttman, N. (2000). *Public Health Communication Interventions*. Londres: Sage.
- Holland, S. (2007). *Public Health Ethics*. Cambridge: Polity.
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: Two Systematic Reviews. *Health Technology Assessment*, 3(22).

- Marlatt, G. A. (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Modood, T. (1998). Anti-Essentialism, Multiculturalism and the Recognition of Religious Groups. *Journal of Political Philosophy*, 6(4).
- Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge U.P.
- Nutbeam, D. (1986). Health Promotion Glossary. *Health Promotion*, 1(1).
- Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa*, Genève.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The Holy Grail of Health Promotion? *Health Promotion International*, 9(1).
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1).
- Seedhouse, D. (1995). Well-Being': Health Promotion's Red Herring. *Health Promotion International*, 10(1).
- Schwartz, B. (2000). Self-determination: The Tyranny of Freedom. *American Psychologist*, 55.
- Schwartz, B. (2004). *The Paradox of Choice: Why More is Less*. New York: HarperCollins.
- Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (2000). *Female « Circumcision » in Africa: Culture, Controversy and Change*. Boulder: Lynne Rienner.
- Spinner-Halev, J. (2000). *Surviving Diversity: Religion and Democratic Citizenship*. Baltimore: Johns Hopkins U.P.
- Tengland, P.-A. (2006). The Goals of Health Work: Quality of Life, Health and Welfare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9.