

Université de Montréal

Défis éthiques entourant la prise de décision en contexte de dépendance aux drogues

Une analyse qualitative du discours de parties prenantes

Par

Marianne Rochette

Faculté de Médecine

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de
maîtrise en sciences biomédicales, option éthique clinique

Août 2023

© Marianne Rochette, 2023

Université de Montréal

Faculté de Médecine

Ce mémoire intitulé

**Défis éthiques entourant la prise de décision en contexte
de dépendance aux drogues : Une analyse qualitative du discours de parties prenantes**

Présenté par

Marianne Rochette

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Marianne Dion-Labrie

Président-rapporteur

Eric Racine

Directeur de recherche

Marie-Josée Fleury

Membre du jury

Résumé

La consommation de drogues est répandue au Canada, et on estime qu'environ un Canadien sur cinq développera une dépendance au cours de sa vie. Les personnes vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues (PVVDD) font souvent l'expérience d'interactions stigmatisantes dans le système de santé, qui peuvent être exacerbées par des facteurs socioculturels. Cela peut affecter leur sentiment d'efficacité face aux décisions de santé et les empêcher d'exercer leur agentivité au quotidien.

Ce projet de recherche explore les compréhensions de divers groupes de parties prenantes par rapport à la légalisation du cannabis, la consommation de drogues, la dépendance aux drogues et la prise de décision volontaire. Trois groupes ont été interrogés par des entrevues semi-dirigées : les PVVDD, les cliniciens travaillant auprès de PVVDD et les membres du public. Les données, analysées par des méthodes qualitatives cohérentes avec l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey, ont démontré que les parties prenantes canadiennes avaient une opinion positive de la légalisation du cannabis au Canada, mais que leurs jugements moraux variaient en fonction du groupe. Les résultats ont aussi démontré que les participants avaient une compréhension complexe de la dépendance aux drogues et de la prise de décision volontaire que ne reflètent pas les modèles prédominants.

L'identification des dimensions morales en jeu peut informer la pratique de l'éthique clinique dans les problèmes éthiques incluant des PVVDD. De plus amples recherches sur l'interaction de ces aspects dans des problèmes et dilemmes concrets qui émergent dans les relations de soins sont nécessaires.

Mots-clés : dépendance aux drogues; éthique clinique; pragmatisme; Dewey; analyse thématique; recherche qualitative; prise de décision; volition; moralité

Abstract

Drug use is common in Canada, and it is estimated that one in five Canadians will develop a drug use problem in their lifetime. People with a lived experience of drug dependence (PWLE) often experience stigmatizing interactions in the healthcare system, which can be exacerbated by other layers of stigma based on socio-cultural factors. This can impact their sense of self-efficacy related to health decisions and prevent them from exercising agency in everyday life.

This research project explores the understandings of various stakeholder groups in relation to cannabis legalization, drug use, drug dependence and volitional decision-making. Three groups were interviewed using semi-structured interviews: PWLE, clinicians working with PWLE and members of the public. The results, analyzed through qualitative methods consistent with Dewey's pragmatist ethics, showed that Canadian stakeholders had a positive opinion of cannabis legalization in Canada, but that their moral judgments varied according to group. The results also showed that participants had a complex understanding of drug dependence and volitional decision-making that did not mirror the predominant models.

Identifying the moral dimensions at play can inform clinical ethics practice in ethical problems including PWLE. Further research into the interplay of these aspects in concrete problems and dilemmas that emerge in care relationships is needed.

Keywords: drug dependence; clinical ethics; pragmatism; Dewey; thematic analysis; qualitative research; decision-making; volition; morality

Table des matières

Résumé	5
Abstract	7
Table des matières	9
Liste des tableaux	15
Liste des sigles et abréviations	17
Remerciements	19
Chapitre 1 – La dépendance aux drogues : Quelle place pour l'éthique?	21
La dépendance aux drogues : Terminologie privilégiée.....	22
Les interprétations de la santé.....	23
Les interprétations de la dépendance aux drogues et de la prise de décision.....	24
Les services en dépendance au Canada	26
La recherche pour informer la pratique de l'éthique clinique.....	28
Objectif de recherche.....	29
Articulations spécifiques et concrètes de l'objectif de recherche.....	29
Chapitre 2 – L'approche méthodologique	31
Choix d'un cadre théorique.....	31
L'éthique pragmatiste inspirée de Dewey	31
L'enquête comme méthode de recherche.....	33
L'application de l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey à mon projet.....	35
L'épistémologie intersubjective	35
La promotion de l'agentivité	36
Le progrès moral	36
Influence du cadre théorique sur le projet de recherche.....	37

Réalisation du projet	38
Écriture du protocole et soumission à l'éthique	38
Recrutement.....	39
Description des groupes visés	39
Stratégies de recrutement	39
Consentement	40
Entrevues semi-dirigées	40
Profil des participants.....	40
Limites de la collecte de données	42
Étapes d'analyse pour les articles	42
Transcription et codage préliminaire	42
Article 1 : Opinions sur la légalisation du cannabis au Canada.....	43
Codage thématique.....	44
Catégorisation des opinions générales	45
Limites	45
Article 2 : Dépendance aux drogues et prise de décision volontaire	46
Codage thématique.....	47
Codage interprétatif.....	47
Limites	48
Mon implication dans le projet	49
Milieu de recherche : L'Unité de recherche en éthique pragmatique de la santé	49
Détail du travail collaboratif par étape	49
Chapitre 3 – Opinions et valeurs liés à la légalisation du cannabis au Canada	51
Accord des coauteurs	51

Statut de publication	52
Auteurs et affiliations	52
Article 1: “Drug legalization, democracy, and public health: Canadian stakeholders’ opinions and values with respect to the legalization of cannabis”	53
Abstract	53
Introduction.....	54
Aim	57
Method	57
Results	60
Discussion	70
Conclusion	76
Chapitre 4 – Dépendance aux drogues et prise de décision volontaire	80
Accord des coauteurs	80
Statut de publication	81
Auteurs et affiliations	81
Article 2: “Addiction and volitional abilities: Stakeholders’ understandings and their ethical and practical implications”	82
Abstract	82
Introduction.....	83
Methods	86
Results	93
Discussion	104
Conclusion	109
Chapitre 5 – Discussion et conclusion	111

Défis éthiques liés aux opinions sur la légalisation du cannabis au Canada.....	112
La priorisation des enjeux	112
Les visions du bien-être.....	115
Défis éthiques liés à la prise de décision volontaire en contexte de dépendance	118
Les conceptions de prendre soin	119
La prise de décision volontaire contextualisée et informée	123
Intégration des dimensions morales identifiées dans la pratique de l'éthique clinique.....	126
Conclusion	129
Références bibliographiques.....	131
Annexes	156
Annexe 1 : Approbation éthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal	156
Annexe 2 : Matériel de recrutement.....	157
2.1. Recrutement sur internet des membres du public.....	157
2.2. Recrutement sur internet des personnes vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues.....	158
Annexe 3 : Formulaire de consentement pour chaque groupe et consentement par téléphone	159
3.1. Consentement pour les membres du public.....	159
3.2. Consentement pour les personnes vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues.....	163
3.3. Consentement pour les cliniciens	166
3.4. Consentement par téléphone pour tous les groupes	171
Annexe 4 : Grilles d'entrevue pour chaque groupe	172
4.1. Grille d'entrevue pour les membres du public	172

4.2. Grille d’entrevue pour les personnes vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues.....	173
4.3. Grille d’entrevue pour les cliniciens.....	175
Annexe 5 : Guides de codage pour l’article 1.....	178
5.1. Guide de codage pour le thème <i>Views on Legalization</i>	178
5.2. Guide de codage pour le thème <i>Views on Cannabis and Cannabis Use</i>	180
Annexe 6 : Guides de codage pour l’article 2.....	182
6.1. Guide de codage pour le thème <i>Addiction and Drug Use</i>	182
6.2. Guide de codage pour le thème <i>Concepts Describing Volition</i>	184

Liste des tableaux

Tableau 1. –	Données démographiques des participants	41
Tableau 2. –	Views on the Legalization of Cannabis by Group	61
Tableau 3. –	View on Cannabis and Cannabis Use by Group	67
Tableau 4. –	Intersection of Views on Legalization and Views on Cannabis Use	70
Tableau 5. –	Overview of Paradigms used in Interpretive Content Analysis	91
Tableau 6. –	Views on Addiction and Drug Use with Respect to Three Epistemic Paradigms 93	
Tableau 7. –	Views on Concepts Describing Volition with Respect to Three Epistemic Paradigms 97	
Tableau 1. –	Illustrations of Pluralism in Use of Three Paradigms	100

Liste des sigles et abréviations

PVVDD : Personne vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues

UREPS : Unité de recherche en éthique pragmatique de la santé

Remerciements

D'abord, je tiens à reconnaître que la réalisation de mon mémoire n'aurait pas été possible sans la contribution financière des Fonds de recherche du Québec (volet santé) et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Merci à Dr Eric Racine pour son temps, sa supervision, ainsi que les opportunités et les rencontres qu'il a facilitées. De plus, je veux souligner le travail minutieux de Dre Claudia Barned à l'élaboration du protocole de recherche et celui des assistantes de recherche Danielle Benesch et Sarah Jähnichen à l'analyse de certaines parties des données. Je tiens aussi à remercier Matthew Valiquette, qui a été mon bras droit durant le codage, l'analyse et la rédaction des articles, et Ariane Quintal, qui a accepté de relire certaines sections et m'a donné des commentaires plus pertinents les uns que les autres.

Mes remerciements les plus sincères vont à mon conjoint, Miguel Vidali, pour m'avoir ancrée et supportée pendant les 3 années de ma maîtrise ainsi qu'à ma famille et ma belle-famille, en particulier ma mère, Pascale Lavigne. J'ai aussi la chance d'être entourée de femmes extraordinaires et inspirantes; merci à Caroline Favron-Godbout, pour tellement de raisons que je ne pourrais nommer ici, mais surtout pour sa générosité, sa présence et son écoute; à Catherine Boucher, pour son amitié précieuse, pour m'avoir accompagnée tout au long et pour m'avoir ouvert sa maison comme lieu de rédaction; à Marissa Tardif, pour avoir été la collègue de stage parfaite et une complice au support absolument infaillible; et à Audrey Rochette, pour son empathie infinie et ses conseils.

Pour terminer, le dépôt de ce mémoire n'aurait pas eu lieu sans Zinaida Dragan de l'Université de Montréal; les professeures et étudiants du séminaire de recherche en éthique clinique; les responsables de mes stages, en particulier Marie-Ève Bouthillier, Michel Lorange et Karine Bédard; et les membres de mon jury qui ont accordé leur temps et leur attention à la correction et l'amélioration de mon mémoire.

À vous toutes et tous, merci.

Chapitre 1 – La dépendance aux drogues : Quelle place pour l'éthique?

La consommation de drogues est répandue au Canada, et il est estimé qu'environ un Canadien sur cinq développera une dépendance au courant de sa vie (Statistics Canada, 2014). Dans le contexte de la hausse des surdoses liées à la consommation d'opioïdes, le gouvernement encourage spécifiquement la population canadienne à considérer la dépendance comme « un problème de santé, et non un choix, [qui] mérite d'être soigné comme n'importe quel autre problème médical » (Gouvernement du Canada, 2022). La moralité associée aux compréhensions implicites et explicites des notions de dépendance et de choix (volition) différencie les soins de la dépendance aux drogues des soins de n'importe quel autre problème médical. Particulièrement, les jugements moraux portés envers les PVVDD dans la société en général et chez les cliniciens dans le système de santé rendent leurs expériences de soins particulières (Karasaki, Fraser, Moore, & Dietze, 2013; Barnett, Hall, Fry, Dikes-Frayne, & Carter, 2018; Bryant, et al., 2022). La lentille de la médicalisation de la dépendance comme un problème de santé avec des causes neurobiologiques tend à positionner les PVVDD comme des personnes manquant de contrôle, voire totalement impuissantes et sous l'emprise de leur dépendance (Treloar & Holt, 2006; Earp, Skorburg, Everett, & Savulescu, 2019; Racine & Rousseau-Lesage, 2017). La moralisation de l'identité des PVVDD dans les discours liés aux symptômes de leur dépendance a un impact concret; notamment, les PVVDD font souvent l'expérience d'invalidation de leur douleur (Bell & Salmon, 2009), de traitements déshumanisants (Biancarelli, et al., 2019) et d'attitudes paternalistes attribuables au jugement moral de leur identité (Muncan, Walters, Ezell, & Ompad, 2020; Burns & Peyrot, 2003). Ces impacts peuvent être exacerbés par d'autres niveaux de stigmatisation basés par exemple sur l'appartenance raciale ou socioéconomique (People with Lived Expertise of Drug Use National Working Group, 2020; Biancarelli, et al., 2019; Muncan, Walters, Ezell, & Ompad, 2020). Les expériences négatives avec le système poussent les PVVDD à éviter de s'y tourner lorsqu'ils développent des conditions physiques liées à leur consommation (Bearnot, Mitton, Hayden, & Park, 2019; Biancarelli, et al., 2019; Drumm, McBride, Metsch, Neufeld, & Sawatsky, 2005). Les compréhensions morales implicites de la dépendance comme

quelque chose d'inacceptable sont entre autres partagées à travers des associations, d'un côté entre la sobriété et la propreté (*getting clean*) et, d'un autre côté, entre la consommation et la saleté (*junkie, trashy*) (McCready, Glenn, & Frohlich, 2019; Thompson, Pearce, & Barnett, 2009).

Ce mémoire appuie des voix d'ici et d'ailleurs en remettant en question les visions implicites de la santé à travers l'identification de défis éthiques et cliniques liés à la dépendance aux drogues (Bertrand, Tremblay, Nadeau, & Brochu, 2021; Heather, 2017a; Kushner, 2010; Hammer, et al., 2013; Earp, Lewis, & Hart, 2021). En soulevant les dimensions morales impliquées dans la gouvernance des drogues et dans les relations de soins impliquant des PVVDD, j'espère fournir aux lecteurs des pistes de réflexion pouvant être testées et mobilisées dans la pratique de l'éthique clinique.

La dépendance aux drogues : Terminologie privilégiée

D'emblée, je souhaite aborder la question de mon choix de terminologie par rapport à l'objet principal de mon mémoire pour en refléter l'évolution pendant mon parcours. J'ai débuté mon cheminement en privilégiant le terme « toxicomanie » (et en anglais, *addiction*) pour désigner l'expérience d'une dépendance aux drogues, auto-identifiée ou diagnostiquée, en cohérence avec le matériel de recherche (par exemple, voir Annexes 4.1 à 4.3 pour les grilles d'entrevues). À l'écriture de mon mémoire, j'ai choisi de ne pas l'utiliser pour refléter les efforts de réduction du langage stigmatisant promu par diverses organisations (par exemple, voir le lexique proposé dans (Gouvernement du Canada, 2020)). En effet, même si ce terme est toujours utilisé et approprié dans le milieu médical (par exemple, « médecine des toxicomanies »), le terme « toxicomanie » est substitué ci-après par celui de « dépendance aux drogues » à moins qu'on parle spécifiquement et exclusivement d'une personne ayant un diagnostic de trouble lié à une substance (*substance use disorder*). Le terme de « dépendance aux drogues » est préféré au trouble lié à une substance puisque le premier connote l'existence d'un spectre d'expériences alors que le second est le nom d'un diagnostic qui ne devrait pas être généralisé aux gens s'auto-identifiant comme ayant une dépendance. Le trouble lié à une substance peut aussi sous-entendre certaines implications concernant les idées de maladie, de rémission et de contrôle qui sont explorées ouvertement dans ce mémoire. C'est entre autres cette ouverture aux vérités

parallèles sur l'expérience de la dépendance aux drogues, dérivées du vécu de parties prenantes, qui font de ce mémoire une entreprise profondément ancrée dans l'éthique pragmatiste (Anderson, 2023; Dewey, 1906). En effet, ce choix terminologique ne vise pas à éradiquer la vision de la dépendance aux drogues comme une maladie, mais simplement à ne pas l'assumer comme une réalité vécue et utile à la résolution d'un problème éthique impliquant une PVVDD.

Les interprétations de la santé

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme suit : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Dans cette optique, la vision de la dépendance aux drogues comme un problème de santé est cohérente avec la définition de santé. Par contre, pour la poursuite de l'état complet de bien-être des PVVDD, les facteurs structurants mettant en péril les aspects physiques, mentaux et sociaux de leur santé doivent tous être considérés attentivement. L'influence du gouvernement canadien sur l'interprétation de la santé dans le contexte des dépendances se démarque à plusieurs niveaux au Canada, notamment dans le développement de politiques de gouvernance de la santé et dans le choix des priorités scientifiques (Instituts de recherche en santé du Canada, 2011; Bertrand, Tremblay, Nadeau, & Brochu, 2021). En ce moment, la gouvernance des drogues est fondée sur un modèle de santé publique de réduction des méfaits informé par les données probantes (Gouvernement du Canada, 2018). Si l'adoption d'une approche de réduction des méfaits est peu controversée, les interprétations de ce que sont les méfaits les plus importants et les jugements sur la validité des connaissances dans l'établissement des priorités en santé diffèrent grandement (Lancaster, 2014). Implicitement, les facteurs de santé physique sont fréquemment associés à la droiture et à l'objectivité, tandis que les facteurs mentaux et sociaux de la santé sont plutôt associés à l'ambiguïté et à la subjectivité (Zampini, 2018). Concrètement, cela se traduit en recherche par la priorisation de la recherche neuroscientifique, alors que la recherche en sciences sociales en contexte de dépendance aux drogues est encore grandement sous-utilisée et sous-financée au Canada (Bertrand, Tremblay, Nadeau, & Brochu, 2021). Dans les milieux cliniques, cela se traduit par l'investissement dans les technologies de pointe alors que des initiatives communautaires employant des pairs aidants pour informer et adapter les interventions cliniques aux besoins des

PVVDD font face à des coupes budgétaires (People with Lived Expertise of Drug Use National Working Group, Tamar, & Boyd, 2021). Ces associations implicites rarement discutées remettent en question la justice épistémique entre les diverses sources de connaissances des agents (par exemple, la connaissance neuroscientifique, politique, sociale, vécue) et la priorisation des données probantes dans l'évolution du mouvement de réduction des méfaits en contexte de dépendance aux drogues dans un objectif de favoriser le bien-être (Ryff & Burton, 2008; Sullivan, 2017; People with Lived Expertise of Drug Use National Working Group, Tamar, & Boyd, 2021).

Dans ce mémoire, j'adopterai une perspective de santé globale qui tient compte des facteurs physiques, mentaux et sociaux qui affectent directement et indirectement la santé de la population (Koplan, et al., 2009). En ce sens, la santé globale recoupe les visions de la santé et du bien-être en éthique pragmatiste (définie et contextualisée au chapitre 2) puisqu'elle fait place aux visions sociale, démocratique, interdisciplinaire et inclusive des façons de prendre soin (Dewey, 2012; Miller, Fins, & Bacchetta, 1996; Ryff & Burton, 2008). Comme les enjeux liés à la dépendance ont des caractéristiques locales (par exemple, l'accès aux soins de première ligne au Québec) et d'autres dépassant les frontières (par exemple, la réduction des méfaits pour les personnes consommant des drogues), cette interprétation de la santé me permettra de centraliser l'expérience vécue de la population.

Les interprétations de la dépendance aux drogues et de la prise de décision

La consommation de drogues et la dépendance aux drogues sont des expériences dans lesquelles les problèmes éthiques sont omniprésents (Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021). Notamment, la nature-même de la dépendance aux drogues ne fait pas consensus à travers les domaines qui s'y intéressent, comme la neurobiologie, la philosophie, la sociologie, et plus encore. La dépendance est un sujet qui a historiquement attiré beaucoup d'intérêt, autant scientifique que public. Plusieurs modèles de la dépendance se chevauchent et expliquent en partie la dépendance aux drogues. Parmi les plus proéminents, le modèle de la dépendance comme maladie cérébrale (*brain-disease model*) regroupe beaucoup de connaissances sur les fondements neurophysiologiques de la dépendance et de la prise de décision (Volkow & Li, 2004).

Un symptôme révélateur de la maladie dans ce modèle, vastement supporté et diffusé dans la population (Tikkinen, et al., 2019), est la compulsion à consommer malgré des effets adverses de la consommation (CAMH, s.d.). D'autres modèles (comme celui du choix, qui comprend des connaissances psychosociales du choix en dépendance (Foddy & Savulescu, 2006)) sont mieux formulés pour tenir compte des expériences de cessation autonome par des processus de prise de décision volontaire en contexte de dépendance. Ces modèles complémentaires (et qui se recoupent en certains points) sont chacun incapable d'expliquer l'ensemble des comportements et des facteurs impliqués dans la dépendance, ce qui alimente vivement les débats et représente en soi un argument pour la réconciliation des modèles par l'interdisciplinarité (Heather, 2017a; Hammer, et al., 2013).

Considérant le pouvoir épistémique de la recherche neuroscientifique dans le débat, l'avancement des connaissances se rattache pour l'instant de plus près à l'adaptation des chercheurs œuvrant dans ce paradigme aux facteurs biopsychosociaux que l'inverse. Si le modèle reposant sur la quantification et l'objectivisation de l'expérience vécue des PVVDD représente toujours le courant principal priorisé en dépendance (Bertrand, Tremblay, Nadeau, & Brochu, 2021), celui-ci s'ouvre de plus en plus aux initiatives de réduction des méfaits centrées sur l'expérience vécue. Par exemple, certains groupes de recherche commencent à s'intéresser à des mesures plus subjectives telles que la satisfaction des patients par rapport à leur traitement (Hassan, et al., 2023; Jutras-Aswad, et al., 2022) plutôt qu'uniquement aux mesures plus traditionnelles telles que des résultats d'imagerie ou des échelles de sévérité de la dépendance (DiFranza, et al., 2022), ce qui s'aligne bien avec une visée d'amélioration du bien-être des parties prenantes. Pour l'instant, les connaissances sont préliminaires, mais cette nouvelle tendance dans le paradigme quantitatif de la dépendance comme maladie semble utiliser des critères de non-malfaisance pour fonder ses jugements moraux d'acceptabilité. Précisément, l'évaluation se fait de sorte qu'une alternative de soins alignée avec les préférences des PVVDD est supportée si les résultats cliniques n'empirent pas au terme de la cueillette de données. Ainsi, il est important de reconnaître que l'amélioration de l'expérience vécue des parties prenantes n'est pas gage d'une amélioration cliniquement démontrable, ce qui ne la rend toutefois pas moins importante dans une perspective pragmatiste de santé globale. Puisque ces initiatives sont relativement

récentes, l'évolution à long-terme du bien-être et de la santé des PVVDD, selon les indicateurs cliniques acceptés dans ce paradigme, est encore incertaine. À travers la littérature lue, il ne m'a pas été possible d'estimer la contribution actuelle des PVVDD (qui sont typiquement considérées comme ayant moins d'autorité épistémique et qui sont pourtant les premières concernées) dans l'évaluation des critères valides et pertinents des résultats en recherche clinique.

Dans tous les cas, les connaissances (neuro)scientifiques semblent prendre beaucoup de temps à s'intégrer aux visions courantes de la dépendance aux drogues et de la prise de décision dans ce contexte dans la société et elles tendent à être interprétées de façon asymétrique par le public en fonction de leurs valeurs et de leurs connaissances actuelles (Winter, 2016; Meurk, Carter, Hall & Lucke, 2014). L'intégration, ou du moins le contact à, de nouvelles connaissances semble aussi peu affecter les jugements moraux préexistants du public (Racine, Sattler, & Escande, 2017). En éthique clinique, ce sont avec les valeurs et les connaissances actuelles des agents que l'intervention prend son sens (Miller, Fins & Bacchetta, 1996; Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019; Racine, 2016). La sensibilisation à de nouveaux faits issus de la recherche ou de l'expérience vécue d'autrui a le potentiel de réduire les tensions vécues dans une situation liée à la consommation de drogues, mais comporte peu d'espoir pour réduire les enjeux de stigmatisation dans les relations. Par exemple, une étude a récemment démontré que les patients se faisant prescrire des opioïdes suite à une chirurgie pouvaient surestimer leur capacité à s'auto-protéger des effets négatifs et des risques de dépendance aux opioïdes (Cho, et al., 2022). Dans cette situation, nous pouvons imaginer l'émergence de réflexes paternalistes chez le chirurgien qui percevrait cette confiance comme dangereuse à la lumière de son expérience. En retour, une méfiance naturelle envers les opioïdes était très répandue chez les patients, de sorte que les attitudes paternalistes des chirurgiens étaient très mal vécues et souvent internalisées par les patients menant ultimement à une réduction de leur sentiment d'efficacité en matière de santé (Cho, et al., 2022).

Les services en dépendance au Canada

Au Canada, les lois entourant les drogues sont restrictives et parfois considérées paternalistes dû à la prohibition des drogues les moins socialement acceptées dans l'objectif de protéger la

population (Courtwright, 2001). Un changement de loi majeur a eu lieu en 2018, décriminalisant le cannabis au Canada, en réponse notamment à la normalisation et à la fréquence d'utilisation de cette drogue (Government of Canada, 2018; Cox, 2018) et aux effets positifs de la libéralisation de la gouvernance des drogues recensés à l'international (Hughes & Stevens, 2010). Cette loi s'est déclinée de façon différente dans les provinces et territoires canadiens, notamment pour les spécificités de la légalisation concernant la possession, la vente et la distribution du cannabis (Government of Canada, 2018), menant à des inégalités dans l'accès et les droits des consommateurs à travers le pays (Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021). Le mouvement de réduction des méfaits dans lequel ce changement de loi s'inscrit est vastement supporté par la population canadienne (Wild, et al., 2021) et a aussi donné naissance à d'autres initiatives concernant les drogues moins socialement acceptées telles l'accélération de l'ouverture de sites d'injection supervisée en Colombie-Britannique (Kennedy, Hayashi, Milloy, & Kerr, 2022). Soumis aux différentes lois provinciales, les types de traitements offerts pour la dépendance aux drogues varient également de province en province, résultant en une réponse inégale aux besoins des utilisateurs de ces services dans l'ensemble du pays (Hodgins, et al., 2022). De plus en plus, les divers environnements sont appelés à travailler en collaboration pour améliorer la continuité des soins des PVVDD et uniformiser les approches utilisées avec une personne, mais cela est encore relativement peu standardisé (Canadian Centre on Substance Abuse, 2019, Fleury, Cao, Grenier, & Huynh, 2023).

On estime que 6 millions de Canadiens sont des PVVDD (Statistics Canada, 2014) dont seulement 2% ont eu recours dans leur vie à des services professionnels en dépendance (Statistics Canada, 2023). Entre autres, la stigmatisation et la honte associées à la dépendance aux drogues sont liées à des comportements d'auto-isolation et à l'évitement des ressources d'aide (Turuba, et al., 2022; Drumm, McBride, Metsch, Neufeld, & Sawatsky, 2005; Stone, 2015). En effet, les caractéristiques des PVVDD les rendent à risque de jugements et de stigmatisations cumulatives par rapport à leur identité morale tels leur statut socio-économique, leur statut de consommation, leur substance de choix, et leurs diagnostics de santé mentale et de santé physique (Huynh, Ferland, Blanchette-Martin, Ménard, & Fleury, 2016; Stone, 2015). Les PVVDD qui utilisent les services en dépendance ont tendance à être vulnérables, et celles n'ayant pas conditions chroniques

physiques ou mentales cooccurrentes à leur dépendance ainsi que celles complétant leur traitement (c'est-à-dire atteignant leur objectif) semblent avoir de meilleurs indicateurs de santé que les PVVDD ne les complétant pas (Fleury, Cao, Grenier, & Huynh, 2023).

Lorsque les PVVDD accèdent à une ressource d'aide pour leur consommation, leur perception de la crédibilité des services offerts est liée à la complétion du traitement et à de meilleurs résultats cliniques de santé physique et mentale à long-terme (Constantino, Coyne, Boswell, Iles, & Visla, 2019). La rétention des PVVDD dans les traitements de dépendance semble ainsi favoriser les aspects de santé physique et mentale de leur bien-être global qui est recherché dans la résolution de problèmes éthiques dans ce contexte. La satisfaction perçue des services en dépendance est également associée à une diminution de symptômes dépressifs chez les PVVDD au cours du traitement (Hassan, et al., 2023). En somme, la littérature suggère que l'appréciation subjective des PVVDD, à l'amorce d'un traitement comme lorsqu'il est complété, devrait être une priorité pour promouvoir leur santé globale.

Il a été répertorié que seulement environ la moitié des services en dépendance aux opioïdes au Canada offre au client le choix d'établir leurs propres objectifs de consommation (Hodgins, et al., 2022) et que l'alliance thérapeutique s'établit plus facilement entre les PVVDD et leurs cliniciens lorsque les PVVDD sont activement impliquées dans l'établissement de leurs objectifs et la gestion du cours de leur traitement (Joosten, de Weert-van Oene, Sensky, van der Staak, & de Jong, 2009). Cependant, il a été démontré que les objectifs de soins et les marqueurs de succès des PVVDD utilisant des services en dépendance varient énormément d'un milieu à un autre, et d'un soignant à un autre (Canadian Centre on Substance Abuse, 2019). Dans ce contexte, l'établissement d'une relation de confiance et d'objectifs communs entre les PVVDD et leurs cliniciens peuvent être difficiles, mais converger avec l'installation de modes de prise de décision favorisant l'expression libre des agents (Joosten, de Weert-van Oene, Sensky, van der Staak, & de Jong, 2009).

La recherche pour informer la pratique de l'éthique clinique

Dans le système de santé québécois, les cliniciens, les patients et leur famille bénéficient des services d'éthique clinique pour faire face aux défis éthiques qu'ils rencontrent concernant le

choix d'une façon d'agir en contexte qui promouvrait leur interprétation intersubjective du bien-être (Svantesson, Silén, & James, 2018; Racine, 2022). Si l'éthicien ne partage pas ses propres valeurs et priorités dans la construction intersubjective du problème, il possède tout de même une perspective sur la situation et contribue au développement de la solution (Malherbe, 1999; Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). L'éthicien clinique est donc également un agent avec un rôle actif dans l'analyse des dimensions morales d'un problème et peut aider les autres agents à réfléchir à leurs jugements moraux pour éviter de retenir des conclusions linéaires qui ne sont pas utiles dans un contexte ou qui créent elles-mêmes des problèmes (Dewey, 1996[1908]). La pratique de l'éthique clinique passe par la qualité de la réflexion de l'éthicien sur les dimensions morales d'un problème éthique et l'attention de l'éthicien au processus de délibération (Aiguier, 2018; Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). À la lumière de la littérature scientifique qui réplique les injustices épistémiques sociales en valorisant les voix des agents avec le plus de pouvoir, l'éthicien peut se sentir démuné dans ses connaissances des opinions et des valeurs des PVVDD qui lui permettraient de valoriser leurs visions personnelles de la santé et du bien-être en contexte de dépendance aux drogues.

Objectif de recherche

Ce projet de recherche vise à explorer les dimensions morales sous-tendant le discours de parties prenantes sur divers sujets liés à l'expérience de la dépendance aux drogues.

Articulations spécifiques et concrètes de l'objectif de recherche

La visée phénoménologique de l'objectif de recherche s'est déclinée de multiples façons à travers ce mémoire. Le premier article (Chapitre 3) se concentre sur la légalisation du cannabis. La question de recherche guidant cet article est la suivante : « Quelles sont les opinions et les valeurs de parties prenantes canadiennes en lien avec la légalisation du cannabis au Canada? ». Cet article soulève entre autres les jugements moraux des participants sur la valeur de la légalisation et sur la consommation de cannabis. Le deuxième article (Chapitre 4) explore la compréhension des parties prenantes interrogées de la dépendance aux drogues et de la prise de décision volontaire en contexte de dépendance. Plus précisément, par une méthodologie thématique et interprétative, l'article identifie les dimensions philosophiques et morales implicitement

véhiculées dans le discours des parties prenantes. La question de recherche guidant cet article est la suivante : « Comment les parties prenantes canadiennes caractérisent-elles la dépendance aux drogues et la prise de décision dans ce contexte? ». Finalement, selon une perspective pragmatiste, la discussion (Chapitre 5) se focalise sur l'impact potentiel de l'interaction de ces dimensions morales dans le cadre d'une démarche d'enquête visant la résolution d'un problème éthique.

Chapitre 2 – L’approche méthodologique

Choix d’un cadre théorique

La recherche empirique en éthique émerge d’une critique de la normativité en recherche et le caractère prescriptif des approches déductives, ce qui en fait en soi un domaine qui laisse place à une grande ambiguïté et à la réflexivité (Molewijk & Widdershoven, 2012; Aiguier, 2018). D’ailleurs, tant les cliniciens que les chercheurs semblent se tourner vers les approches dialogiques et participatives en éthique empirique (Davies, Ives, & Dunn, 2015; Racine, et al., 2022). Cela étant, la recherche empirique en éthique ne possède pas de méthodologie unique reconnue comme standard de fiabilité ou de validité, mais plutôt d’une riche variété de méthodologies (dont plusieurs ont été répertoriées par (Davies, Ives, & Dunn, 2015)); le choix d’un cadre théorique dans un projet de recherche repose donc souvent sur des caractéristiques individuelles et locales. Dans la première section de ce chapitre, je nommerai des facteurs qui ont motivé le choix de l’éthique pragmatiste inspirée de Dewey comme cadre théorique en fonction de l’objet de recherche. D’abord, j’expliquerai la méthode d’enquête que propose Dewey pour élucider les problèmes éthiques et son arrimage avec les méthodes de consultation en éthique clinique. Ensuite, je soulèverai 3 caractéristiques du cadre théorique qui le rendent particulièrement informatif à l’égard de l’objet de recherche. Dans la deuxième section de ce chapitre, je présenterai les étapes méthodologiques réalisées dans l’ensemble du projet et les étapes d’analyse des données pour arriver à la rédaction des articles qui composent les chapitres 3 et 4 de ce mémoire. Dans la dernière section, je détaillerai la mesure de mon implication et celle de mes collaborateurs.

L’éthique pragmatiste inspirée de Dewey

Le pragmatisme est un courant philosophique dont l’origine est retracée aux États-Unis à la fin du 19^e siècle et qui y aurait surtout gagné en popularité à l’issue de la Première Guerre Mondiale pour répondre au besoin perçu d’adapter les modes de réflexion au monde en rapide changement (Legg & Hookway, 2021; Cotkin, 1994). Le pragmatisme philosophique met de l’avant l’idée que le monde est indissociable de ce qui le compose et ne peut être compris qu’à travers les

interactions entre ses composantes – l’environnement, les agents et leur interaction – ce qui le rend intrinsèquement opposé à la recherche d’une forme de connaissance statique et finale (Legg & Hookway, 2021). Du pragmatisme philosophique ont découlé plusieurs théories connectées, mais bien distinctes.

Charles Sanders Peirce, William James et John Dewey sont souvent considérés comme les figures de proue du pragmatisme, quoiqu’en explorant les implications fondamentales chacun à leur façon (Legg & Hookway, 2021). Dewey s’est particulièrement préoccupé de l’application du pragmatisme vers l’éthique, l’éducation et la politique, dédiant de nombreux ouvrages à l’importance de l’égalité des voix et de libertés dans la société (par exemple, voir (Dewey, 1903)). Les caractéristiques décrites comme « démocratiquement populistes » (traduction libre (Ormerod, 2006)) de la théorie de Dewey, notamment son engagement à l’émancipation des agents en société, la démarquent des autres théories pragmatistes, (Legg & Hookway, 2021; Anderson, 2023) et en supportent la pertinence pour l’éthique clinique (Aiguier, 2018). Plusieurs théoriciens s’inspirant de Dewey par la suite en ont décrit l’application pour l’éthique clinique (Miller, Fins, & Bacchetta, 1996). C’est pour reconnaître l’apport de ses successeurs à l’enrichissement du travail de Dewey en éthique que j’utilise *l’éthique pragmatiste inspirée de Dewey* comme cadre théorique.

Dewey considère que l’expérience humaine est une source de connaissances riche dans la compréhension de problèmes éthiques et que la résolution de ces derniers passe aussi par l’évaluation de l’expérience humaine (Dewey, 1988[1939]a; Dewey, 1996[1908]). Contextualisée, l’éthique pragmatiste inspirée de Dewey reconnaît que les problèmes éthiques, quels qu’ils soient, émergent de l’interaction entre les agents et leur environnement. Précisément, lorsque les actions habituelles des agents – ou leur interprétation d’une bonne conduite dans une situation donnée – ne conviennent plus (Dewey, 1988[1939]b; Racine, 2022), le problème éthique peut se dévoiler aux agents de plusieurs façons, comme à travers le malaise ou l’émotivité (Dewey, 1910; Miller, Fins, & Bacchetta, 1996; Morgan, 2014). Le parallèle ne pourrait être plus clair avec le rôle de l’éthicien clinique, dont l’aide est recherchée dans les situations où les automatismes, les habitudes cliniques et les approches fondées sur les données probantes sont problématiques ou inadéquates (Miller, Fins, & Bacchetta, 1996; Aiguier, 2018). Abordons ainsi

rapidement l'attrait de suivre la méthode d'enquête proposée par Dewey pour améliorer le problème éthique pour lequel l'éthicien est interpellé.

L'enquête comme méthode de recherche

Lorsqu'un problème éthique est identifié, Dewey propose l'application de la méthode scientifique comme intervention (Anderson, 2023). Effectivement, cette application se conduit en étapes successives mais interreliées. D'abord, l'identification des faits pertinents. À cette étape, Dewey rappelle qu'il n'y a pas de frontière clairement définie entre la connaissance et la croyance (*'beliefs themselves are as metaphysically real as anything else can ever be'* (Dewey, 1906, p. 124)), notamment puisque nos actions et leur impact autour de nous influencent ce que nous croyons vrai tout autant que nos croyances influencent nos préférences d'action (Dewey, 1906; Morgan, 2014). Dewey considère les connaissances comme le résultat de la méthode d'enquête, et les connaissances, bien que supportant la conduite habituelle d'un agent en société, sont ainsi sujettes à leur propre faillibilité – il convient de remettre en question nos connaissances et nos croyances sur la bonne façon d'agir lorsque notre conduite habituelle est problématique dans une situation donnée (Biesta, 2015). Par ailleurs, l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey veut que l'étape de l'identification des faits se déroule de façon dialogique, en réunissant les personnes concernées et en leur permettant de s'exprimer dans un espace de partage et d'ouverture à l'expérience des autres pour construire un sens profondément ancré dans l'expérience par l'intersubjectivité (Racine, 2016). Il n'y a donc pas lieu d'évaluer si les faits sont objectivement vrais a priori, car leur ancrage dans la réalité vécue des personnes concernées témoigne de leur importance. Le dialogue entre les personnes concernées et l'espace d'intersubjectivité illuminera les connaissances et les croyances qui doivent être réévaluées pour permettre la recherche de solutions. En effet, l'identification et la compréhension intersubjective d'un problème éthique ne suffisent pas à la démarche pragmatiste (Dewey, 1917; Racine, 2022); cette étape mène à la suivante : la recherche créative de solutions.

L'éthique pragmatiste promeut la recherche créative de solutions visant l'émancipation et le bien-être des agents concernés par un problème éthique. Ainsi, les faits identifiés à la première étape permettent d'évaluer sommairement les conséquences possibles et probables de solutions envisagées (Biesta, 2015). À cette étape, il est recommandé d'envisager plusieurs scénarios et de

les interpréter selon le sens intersubjectif attribué à la situation problématique (Dewey, 1917; Miller, Fins, & Bacchetta, 1996). Dewey propose que cette recherche de solutions se concentre sur la finalité désirée (*'end-in-view'* (Dewey, 1996[1908], p. 60)) qui est, tel que mentionné plus tôt, la résolution d'un problème par le choix délibéré d'une finalité étant l'amélioration de l'expérience des agents concernés dans la situation. Ainsi, sur la base de leurs connaissances, les agents peuvent postuler qu'un scénario d'action apportera une résolution satisfaisante et favorisera la finalité désirée. Cette postulation est ainsi une croyance éclairée par la démarche de réflexion intelligente qui permet de se tourner vers l'action concrète (Festenstein, 2008; Aiguier, 2018; Dewey, 1988[1939]c).

L'étape suivante est celle de la mise à l'épreuve de la solution choisie. Elle est simple : elle demande l'application de la solution, puis l'évaluation de ses retombées (Racine, 2016). C'est là que l'interrelation des étapes de l'enquête est la plus claire : la solution activée est expérimentée dans l'action par les agents concernés, et il devient alors possible pour eux de reconnaître son effet par rapport à la finalité désirée. Si les agents sentent que la finalité désirée est atteinte à travers la mise en action de la solution, ils ont développé de nouvelles connaissances leur permettant d'aborder des situations morales futures avec plus d'intelligence et de confiance (Madelrieux, 2016; Anderson, 2023). Cette solution, qui fonctionne dans une situation précise, devient une nouvelle connaissance, un nouvel outil, dont ils pourront tester l'utilité dans la résolution d'autres problèmes éthiques, ou développer de nouvelles habitudes s'alignant à leurs nouvelles connaissances (Morgan, 2014). Si la finalité désirée n'est pas atteinte par cette solution, les agents ont tout autant appris de l'inadéquation entre ce qu'ils croyaient qui fonctionnerait dans la situation et l'incapacité avérée de la solution à améliorer leur expérience vécue. Alors, il est possible d'entamer à nouveau le processus d'enquête avec une compréhension renouvelée du problème éthique et des croyances sur la finalité désirée mieux alignées avec le monde réel dans lequel les agents évoluent (Dewey, 1917; Aiguier, 2018; Anderson, 2023; Racine, 2016). Dans tous les cas, les connaissances générées par le processus entrent elles-mêmes dans l'écosystème des agents comme outils et améliorent leur future capacité à prévenir ou à résoudre des problèmes éthiques (Dewey, 1988[1939]a; Miller, Fins, & Bacchetta, 1996).

L'application de l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey à mon projet

Ce mémoire repose donc sur l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey, qui comporte plusieurs particularités dont témoignent les étapes de la méthode d'enquête exposées dans la section précédente. Les caractéristiques de l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey les plus importantes en fonction de notre objet de recherche sont les suivantes : une épistémologie intersubjective, une visée de promotion de l'agentivité et une disposition au progrès moral.

L'épistémologie intersubjective

L'épistémologie intersubjective est un pilier de l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey et un atout pour notre projet, car elle permet de valider l'expérience vécue des parties prenantes tout en focalisant sur la construction de solutions concrètes et contextualisées. En effet, la valorisation de toutes les perspectives pour former une compréhension intersubjective de la situation permet de trouver une solution effective qui est inscrite dans le temps et dépendante des agents et de leurs interactions avec leur environnement (Aiguier, 2018). En général, il est possible de décrire la pertinence de l'épistémologie intersubjective dans une interaction clinique, autant dans l'identification du problème que dans sa résolution, comme ceci :

'Instead of allocating decision-making sovereignty to the physician or the patient, the democratic model prescribes a shared process of discussion, negotiation, compromise, and consensus [...]. Within the democratic model, the focus is on how the parties to the clinical encounter can work together to arrive at a mutually satisfactory plan for the care of the patient.' (Miller, Fins, & Bacchetta, 1996, p. 44)

On voit ainsi comment l'intersubjectivité a un effet réel sur le processus de prise de décision clinique. Dans un contexte d'interactions naturelles entre ces agents où leurs idées *agissent* (et ne sont pas toujours explicitement discutées), les interactions cliniques sont souvent teintées par les dynamiques d'autorité, de hiérarchie, de dépendance, par les historiques de soins, les traumatismes, etc. (Bell & Salmon, 2009). Tous ces facteurs, parmi tant d'autres, créent un déséquilibre des voix qui peut nuire à la posture d'égalité et de liberté d'expression qui sont nécessaires à la conduite d'une enquête visant l'agentivité des personnes concernées. En contexte de dépendance aux drogues, où les capacités des PVVDD de prendre des décisions volontaires et les mécanismes de décision sont souvent contestés (Foddy & Savulescu, 2006; Kennet, 2013; Kerr, 1996; Levy, 2019; Holton & Berridge, 2013), la balance des pouvoirs est

d'autant plus fragile. Précisément, dans le cadre de mon mémoire où je souhaite souligner le rôle de la démarche pragmatiste dans les défis éthiques entourant la prise de décision volontaire en contexte de dépendance aux drogues, l'apport de mes données est important pour démontrer les connaissances et les croyances que divers groupes d'agents ont développées par leurs interactions avec leur environnement et l'objet de recherche.

La promotion de l'agentivité

L'agentivité des personnes concernées par un problème éthique correspond à la finalité désirée à la suite de l'exercice d'enquête (Anderson, 2023). L'agentivité se décrit dans l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey comme une capacité à laquelle les agents peuvent recourir pour leur permettre de se mouvoir dans le monde au-delà des a priori et de leurs conduites habituelles (Glassman & Patton, 2014). L'agentivité est une finalité désirée et, simultanément, un outil permettant la réalisation de l'enquête. Ainsi, plus l'activité réflexive intelligente et délibérée de l'enquête est exercée, plus l'agentivité est promue et plus l'agent peut, en retour, exercer des activités réflexives dans des situations complexes – ce qui participe à son émancipation (Madelrieux, 2016; Racine, 2024). L'agentivité comme finalité désirée, dans le contexte de mon projet sur la toxicomanie et la prise de décision volontaire, vise ainsi à outiller les personnes concernées (autant les PVVDD que les cliniciens que les familles – que les éthiciens comme je le proposerai dans mon chapitre final) d'une plus grande capacité d'agir selon leur vision de ce qui est problématique dans leur vie. Le défi éthique est particulièrement grand à ce niveau étant donné les obstacles à l'intersubjectivité égalitaire détaillés dans la section précédente. Il reste que le fait que de nouvelles connaissances soient générées sur l'objet de recherche met en lumière de nouveaux faits et de nouvelles interactions à prendre en compte dans la promotion de l'agentivité des parties prenantes.

Le progrès moral

Le progrès moral lié à l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey répond au fait que l'expérience morale des agents change à travers le temps, et est modulée par leurs expériences personnelles et leurs relations interpersonnelles (Festenstein, 2008). L'environnement peut également se moduler avec le temps, de même que les relations entre l'agent et son environnement (Racine,

2024). C'est en tenant compte de ce dynamisme constant et de l'évolution nécessaire d'une personne en société que l'utilité du pragmatisme prend tout son sens; Dewey parle alors de la maturité, ou du progrès moral, des agents comme un effet de leur apprentissage actif à travers leurs interactions avec leur environnement (Dewey, 1988[1939]a; Madelrieux, 2016). Notre projet de recherche, en témoignant de la diversité des connaissances et des croyances liées à la toxicomanie et à la prise de décision volontaire dans ce contexte, permet non seulement aux agents concernés d'améliorer leur capacité d'action et d'adaptation dans les contextes naturels dans lesquels émergent des problèmes éthiques, mais aussi à raffiner leur intelligence contextuelle et leurs attentes morales (Racine, 2024). Ainsi, les agents impliqués dans une démarche pragmatiste peuvent rapprocher leurs idéaux moraux à la réalité intersubjective les entourant.

Influence du cadre théorique sur le projet de recherche

Les questions de recherche découlent de la mise en situation (Chapitre 1) et du cadre théorique de l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey. L'éthique pragmatiste a un double niveau d'application dans ce projet, que j'aimerais expliciter. Le projet démontre des qualités pragmatistes par son engagement à considérer les connaissances comme des hypothèses dont on doit tester l'utilité dans la réalité vécue des personnes concernées. C'est à l'intérieur de ce cadre théorique que nous développons notre conception de ce qui est important en recherche. Ainsi, au niveau du choix des méthodes, nous visons une utilité concrète facilitant l'expérience et la capacité d'agir des parties prenantes dans leur environnement.

D'une part, notre question de recherche nous mène à recueillir les connaissances expérientielles que les parties prenantes ont développées par toutes leurs interactions et leurs expériences (implication méta-méthodologique). À cet effet, le cadre de l'éthique pragmatiste a influencé le choix de nos questions d'entrevue. Par exemple, nous avons demandé à nos participants quelle est leur définition de la toxicomanie et quelles conséquences ils y attribuent (voir Annexes 3.1 à 3.3 pour consulter les questions posées aux participants). Alors que certains pourraient considérer celles-ci comme des connaissances acquises et suffisamment définies pour être objectives et utiles, l'éthique pragmatiste comme cadre théorique nous invite à tester l'utilité de ces connaissances dans la réalité vécue des parties prenantes et à approfondir l'interprétation

personnelle qu'elles en ont. Cette démarche, du point de vue de l'éthique pragmatiste, nous permet de dégager des connaissances actuelles et, ultimement, d'orienter nos actions et nos politiques avec une meilleure compréhension de l'objet de recherche, d'une façon qui promeut l'émancipation des agents concernés.

D'autre part, le cadre théorique de l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey est lui-même testé pour son utilité à décrire les connaissances des parties prenantes par rapport à d'autres théories (implication méthodologique). Précisément, dans l'article 2 (Chapitre 4), le pragmatisme (*interactionnisme*) est utilisé comme une lentille parmi d'autres nous permettant d'analyser les tendances implicites du discours de nos parties prenantes. En effet, l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey se veut une réconciliation de théories abstraites :

« Dewey cherche [...] à montrer que les diverses épistémologies modernes (empirisme, rationalisme, transcendantalisme subjectif et objectif) sont des abstractions sélectives de diverses phases et aspects coordonnés de l'enquête, ce qui permet de réinterpréter leurs thèses et concepts dans les termes de l'enquête, plutôt que de concevoir la pratique de l'enquête dans les termes d'une théorie antécédente. » (Madelrieux, 2016, p. 109)

Ce mémoire explore donc la présence de tendances pragmatistes dans le discours de nos parties prenantes par des méthodes interprétatives décrites plus loin, et ce, non pour pouvoir ultimement prouver ou nier l'utilité du pragmatisme comme paradigme soutenant les connaissances et les croyances, mais pour y voir des opportunités d'adaptation des connaissances à la réalité vécue des parties prenantes, toujours en vue de la finalité désirée. Cela s'aligne avec les critères de faillibilité de l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey et l'engagement à cerner et utiliser *ce qui fonctionne* pour à la fois décrire un problème éthique et y chercher des solutions.

Réalisation du projet

Écriture du protocole et soumission à l'éthique

Le protocole de ce projet de recherche et les documents connexes nécessaires à l'évaluation éthique ont été écrits par Dre Claudia Barned et Dr Eric Racine en 2018. Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut de recherches cliniques de Montréal a accordé au projet une autorisation pour la recherche (F11a-2724) le 14 janvier 2019 (voir Annexe 1).

Recrutement

Description des groupes visés

En plus d'aller chercher les perspectives des deux groupes d'abord ciblés dans le protocole initial (« patients » et « cliniciens »), un troisième groupe (« membres du public ») a été inclus, afin d'obtenir une perspective complémentaire sur l'objet de recherche. Le but d'inclure ce groupe n'ayant pas d'expérience personnelle ou professionnelle avec la toxicomanie était d'enrichir notre collecte des enjeux y étant liés. Il est important de noter que, dû à la grande prévalence des toxicomanies au Canada (Statistics Canada, 2014), nous ne pouvons pas prétendre que le groupe des membres du public n'a aucune expérience dans leur vie personnelle leur permettant de comprendre la toxicomanie. Ceci dit, nous faisons une différence entre l'expérience personnelle directe (*first-person account*) des PVVDD, c'est-à-dire une expérience de dépendance relatée à la première personne, et la possible expérience personnelle indirecte (*third-person account*) des membres du public, c'est-à-dire une expérience de dépendance relatée à la troisième personne, à travers l'interaction avec autrui. Le groupe de cliniciens a aussi une expérience de la toxicomanie à travers l'interaction avec autrui, mais la nature de leur emploi les positionne non seulement comme des « experts » de la toxicomanie par leurs connaissances scientifiques et leurs interactions en clinique, mais aussi par leur capacité (et devoir) d'action à travers ces interactions. Nous postulons ainsi que les 3 groupes ciblés ont développé des connaissances de l'objet de recherche à travers des relations distinctes et complémentaires.

Stratégies de recrutement

Le recrutement a eu lieu entre les mois de février et août 2019 inclusivement. Plusieurs stratégies de recrutement ont été employées. Précisément, les membres du public ont été recrutés avec les stratégies suivantes : via l'affichage d'une publicité pour la participation à l'étude (voir Annexe 2.1) sur les sites internet Facebook (plateforme de médias sociaux) et Kijiji (site d'annonces classées) et via bouche à oreille des participants précédents. Les personnes avec expérience vécue de dépendance aux drogues ont été recrutées par les deux mêmes stratégies que les membres du public (voir Annexe 2.2 pour la publicité affichée sur internet). Pour terminer, les cliniciens ont été recrutés principalement par le contact de cliniques spécialisées en traitement de la

toxicomanie, par l'entremise de contacts professionnels de Dr Racine et par échantillonnage boule de neige.

Tous les participants ont eu un court échange par téléphone ou par courriel avec Dre Barned pour confirmer leur éligibilité dans l'un des groupes visés par le projet, puis ont pu convenir d'un moment (jour, heure) et d'une modalité (en présence, par téléphone) pour l'entrevue.

Consentement

Tous les participants ont reçu par courriel le formulaire complet adapté à leur groupe (voir Annexes 3.1 à 3.3) avant le jour de leur entrevue pour en prendre connaissance et préparer des questions sur certains aspects du formulaire s'ils le désiraient. Avant le début de leur entrevue, les participants ayant fait une entrevue en présence se sont fait donner du temps pour (re)lire une version imprimée de leur formulaire de consentement et s'en sont fait nommer les éléments les plus importants par la personne menant l'entrevue avant de le signer. Ils s'en sont également fait remettre une copie papier. Pour les participants ayant fait une entrevue par téléphone, la personne menant l'entrevue s'est assurée qu'ils aient pris le temps de bien lire le formulaire complet et en a nommé aux participants les éléments les plus importants. Par la suite, le formulaire adapté aux entrevues téléphoniques (voir Annexe 3.4) a été complété avant de procéder à l'entrevue.

Entrevues semi-dirigées

Trois entrevues de pilotage ont eu lieu pour raffiner la longueur des entrevues, le contenu et la précision des questions, et la mise en contexte au début de l'entrevue (voir Annexes 3.1 à 3.3 pour la version finale des guides d'entrevue pour chaque groupe). Ensuite, 45 autres entrevues d'une durée variant de 30 à 75 minutes ont été faites, dont la plupart des entrevues duraient environ 50 minutes, pour un total de 48 entrevues individuelles également réparties entre les 3 groupes.

Profil des participants

Nous avons collecté les données démographiques des participants en utilisant une simple question ouverte avant d'entamer le guide d'entrevue. La question était toujours formulée d'une

façon similaire sans pour autant être scriptée : « Avant de commencer, parlez-moi un peu de vous avec les informations que vous croyez pertinentes » (voir Annexes 4.1 à 4.3). Pour les cliniciens, nous leur avons également demandé de spécifier leur façon de définir la toxicomanie ou leur modèle théorique de référence dans leur pratique (toxicomanie comme une maladie, comme un choix, comme un phénomène bio-psycho-social...) ainsi que leurs années de pratique. Pour les PVVDD, nous leur avons demandé à quelle substance ils considéraient avoir (ou avoir eu dans le passé) une dépendance. Les données démographiques recueillies sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. – Données démographiques des participants

Groupe	N	Données recueillies
Cliniciens	16	<p><i>Genre</i> : Homme (n=8); Femme (n=8)</p> <p><i>Profession</i> : Thérapeute (n=4); Médecin de famille (n=3); Médecin des toxicomanies (n=2); Psychiatre des toxicomanies (n=2); Psychologue (n=2); Infirmier(ère) (n=2); Infectiologue (n=1)</p> <p><i>Milieu de pratique</i> : Centre de réadaptation (n=5); Hôpital (n=4); Clinique médicale (n=3); Centre de recherche (n=3); Services ambulatoires (n=1)</p> <p><i>Années de pratique</i> : Moyenne = 19.07; SD = 10.64 (n=14)</p> <p><i>Ville</i> : Montréal, QC (n=14); Saint-John's, NB (n=1); Halifax, NS (n=1)</p>
PVVDD	16	<p><i>Genre</i> : Homme (n=9); Femme (n=7)</p> <p><i>Âge</i> : Moyenne = 36.53; SD = 10.34 (n=15)</p> <p><i>Dépendance</i> : Alcool (n=7); Cannabis (n=7); Médicament sous prescription (n=3); Cocaïne (n=3); Cocaïne crack (n=1); Nicotine (n=2); Hallucinogènes (n=1); Sirop pour la toux (n=1); Kétamine (n=1); Amphétamine (n=1)</p> <p><i>Autre</i> : Dépendances multiples (n=7)</p>

		<i>Ville</i> : Montréal, QC (n=9); Toronto, ON (n=6); Vancouver, BC (n=1)
Membres du public	16	<i>Genre</i> : Homme (n=7); Femme (n=9) <i>Âge</i> : Moyenne = 40.25; SD = 16.15 (n=16) <i>Ville</i> : Montréal, QC (n=16) <i>Autre</i> : Dépendance au jeu (n=1)

Limites de la collecte de données

Les stratégies de recrutement n’ont pas inclus de diversification ciblée. Les buts de notre étude qualitative articulés à travers le cadre théorique ne nécessitent pas de représentativité de l’échantillon par rapport à la population (voir par exemple Khan, 2014). Néanmoins, une approche de diversification ciblée aurait pu favoriser l’obtention de perspectives inexplorées dans cette étude. De plus, la collecte des données démographiques par une approche ouverte, nous a permis d’obtenir des caractéristiques de notre échantillon par rapport à leur façon naturelle de s’identifier dans un contexte social, impliquant une plus grande précision des données recueillies (Fernandez, et al., 2016; Griffith, Cook, Guyatt, & Charles, 1999). Par contre, le désavantage de cette approche est de réduire la possibilité de comparer les caractéristiques entre les groupes. Pour terminer, la plupart des participants proviennent de la région de Montréal, qui est une province majoritairement francophone, et le recrutement s’est déroulé essentiellement en anglais, ce qui peut avoir créé un obstacle à la participation d’une partie de la population ciblée. Toutefois, les participants qui ont contacté l’équipe de recherche et ont demandé la possibilité de participer en français ont pu le faire.

Étapes d’analyse pour les articles

Transcription et codage préliminaire

Les enregistrements des entrevues ont d’abord été envoyés à une compagnie de transcription professionnelle pour obtenir un verbatim des échanges. Certaines entrevues (n=3) ont été

transcrites par un membre de l'équipe de recherche pour faciliter la fluidité du travail (par exemple, lorsque le délai de traitement par la compagnie était trop long). Certaines entrevues ont été conduites en français à la demande des participants (n=4). Celles-ci ont été transcrites en français, puis traduites. Tous les verbatims ont été comparés à l'enregistrement audio en tout ou en partie par MR ou CB pour en assurer la qualité. Bien que plusieurs en soulèvent les limites, l'analyse qualitative d'entrevues à partir de verbatims est très commune et reconnue pour son efficacité ainsi que sa capacité à non seulement exploiter les idées des participants mais à respecter leur choix de mots pour expliquer une idée qui leur est propre (Bailey, 2008; Thorne, 2020). Le codage préliminaire s'est déroulé en lisant et analysant intégralement une entrevue avant de passer à la prochaine. Cela a permis aux codeurs (MR et MV) de s'immerger dans la pensée d'une personne à la fois et de considérer le contexte de l'entrevue complète dans l'interprétation des réponses (Bailey, 2008). Pour pallier le manque d'informations non strictement verbales des verbatims (intonations, hésitations, etc.) ainsi que pour consolider la validité de notre analyse avec celles-ci, nous avons aussi conservé et régulièrement consulté les enregistrements vocaux des entrevues tel que conseillé par Huberman & Miles (2002). De plus, nous avons vérifié le codage par rapport aux verbatims originaux pour les 4 entrevues faites en français pour nous assurer de respecter l'intention de ces participants à travers l'exercice de traduction. Par suite du codage préliminaire, des thématiques différentes ont été regroupées pour former deux projets parallèles qui font l'objet de l'article 1 (Chapitre 3) et l'article 2 (Chapitre 4) de ce mémoire. La poursuite de l'analyse s'est donc faite de façon distincte dans les deux articles, tel que décrit ci-bas.

Article 1 : Opinions sur la légalisation du cannabis au Canada

Les données analysées dans cet article sont celles issues d'une seule question de l'entrevue : « Quelles sont vos pensées par rapport à la récente légalisation du cannabis au Canada? ». Les réponses obtenues étaient suffisamment détaillées, uniques (ne se répétaient pas dans le reste de l'entrevue) et éloignées des autres données de l'entrevue pour les analyser seules. Cela s'est déroulé en deux cycles d'analyse présentés ci-dessous.

Codage thématique

Pour définir les grands thèmes répertoriés dans les données, nous avons suivi les six étapes de l'analyse thématique décrite par Braun et Clarke (2006). Cette méthode en est une inductive (se formulant autour d'observations sur le terrain et non à partir de la théorie) et itérative (se soumettant à plusieurs cycles de vérification), consolidant par ces deux pôles notre engagement à témoigner de la diversité et de la richesse des données par notre cadre d'analyse. Deux grands thèmes en sont ressortis : les opinions sur la légalisation et les opinions sur le cannabis et sa consommation.

Dans le grand thème de la légalisation, nous avons identifié sept préoccupations récurrentes par rapport à la légalisation du cannabis au Canada (voir Annexe 5.1) : 1) la criminalité, l'incarcération et la surveillance; 2) l'âge minimal et les mineurs; 3) le marché, les ventes et l'économie; 4) l'information, la recherche et l'éducation; 5) l'accessibilité, la régulation et la production; 6) le processus et l'exécution; 7) les conséquences de la légalisation. De plus, nous avons identifié que les participants partageaient leur opinion quant à la légalisation (par exemple, leur accord ou désaccord avec la loi) en deux temps : 1) leur opinion pré-légalisation; 2) leur opinion actuelle.

Dans le grand thème du cannabis et de sa consommation, nous avons identifié cinq principaux sujets abordés (voir Annexe 5.2) : 1) les perceptions sociales de la consommation de cannabis; 2) les mineurs; 3) la consommation médicale ou récréative; 4) le potentiel de dépendance et de méfaits; 5) les effets, le dosage et la puissance. De plus, nous avons identifié l'opinion générale des participants sur le cannabis et sa consommation (par exemple, leur positionnement positif ou négatif sur cette substance).

Les deux grands thèmes et leurs sous-thèmes ont été rassemblés avec leurs définitions et critères. À partir de ce guide de codage et des verbatims d'entrevue, nous avons constaté que nous avons à la fois intégré tous les sujets abordés par tous les participants et que nous avons obtenu une saturation de données satisfaisante. En effet, étant donné l'étendue de temps de la période de recrutement et du déroulement des entrevues, une grande portion du guide de codage existait lors du recrutement des derniers participants. De fait, nous avons pu avoir une appréciation de la saturation des données au cours des dernières entrevues, nous permettant de conclure la période

de recrutement tout en construisant une confiance empirique en la validité de nos données dans l'ensemble (Saunders, et al., 2018).

Catégorisation des opinions générales

Bien que satisfaite par le résultat de l'analyse thématique de nos données, l'équipe de recherche a convenu, après plusieurs itérations du guide de codage, d'explorer plus en profondeur les opinions actuelles des participants dans les deux grands thèmes (voir *General Opinion* dans les Annexes 5.1 et 5.2). En effet, cette catégorisation nous a permis de noter plus précisément les tendances entre les opinions des participants et de les analyser en lien avec les autres sous-thèmes. Cette deuxième phase d'analyse nous a permis de rapporter dans l'article 1 (Chapitre 3) des informations sur les arguments ou préoccupations plus souvent associées avec une opinion positive ou une opinion négative. De plus, nous avons testé l'utilité de coder les opinions selon une telle dichotomisation (positives, négatives), puis avons conclu que les données nous portaient vers de bien plus grandes nuances. Ainsi, nous avons créé cinq déclinaisons correspondant étroitement à l'opinion des participants : 1) opinion absolument positive; 2) opinion relativement¹ positive; 3) opinion neutre ou mixte; 4) opinion relativement négative; 5) opinion absolument négative. Cette déclinaison nous a permis d'enrichir notre compréhension des enjeux perçus par nos parties prenantes et de rendre justice à leurs nuances dans l'article.

Limites

L'analyse qualitative thématique basée sur des verbatims d'entrevue est communément reconnue pour avoir certaines limites de validité (Thorne, 2020). Cependant, comme décrit précédemment, nous avons pris des mesures de sauvegarde pour y pallier, telles que la réécoute d'enregistrement au cours du processus de codage. Le caractère itératif de l'approche de Braun & Clarke permet aussi, par de multiples relectures à différentes étapes de familiarisation avec les données ainsi qu'avec le guide de codage, de réduire les erreurs humaines d'inattention ou le

¹ Notre usage du terme «relativement» correspond au fait que l'opinion était émise relativement – ou conditionnellement – à un autre facteur, alors que les opinions dites absolues étaient partagées sans telle condition (voir critère de codage dans les annexes 5.1. et 5.2.)

codage erroné. Pour terminer, notre approche de catégorisation des opinions générales décrite dans la section précédente est entièrement issue de notre démarche d'analyse inductive et ne correspond pas à une approche répertoriée dans la littérature. Cependant, la rigueur de notre approche et la validité induite par la correspondance avec notre ensemble de données témoigne positivement du résultat obtenu en respectant notre processus. Cette démarche est aussi justifiée par le cadre théorique, qui valorise l'adaptation des méthodes pour mettre en valeur les perspectives des personnes concernées (Biesta, 2015). Tout de même, il est impossible de se prononcer définitivement quant à la répliquabilité des résultats, surtout en considérant que ces données ont été obtenues et analysées peu de temps après la légalisation du cannabis, à un moment où de nouvelles lois entourant le cannabis émergeaient encore et étaient moins bien connues qu'aujourd'hui (en 2023). De nouvelles perspectives pourraient être obtenues si l'étude était répliquée plusieurs années après la légalisation. L'analyse faite représente l'état des connaissances et des croyances des participants en 2019. Il est aussi important de noter que seule l'appartenance à l'un des groupes a été analysé en profondeur, et que la ville et la province d'où les participants ont été recrutés, ainsi que leur âge et leur sexe n'ont pas été analysés pour observer les différences que ces facteurs pourraient révéler. Néanmoins, ces facteurs affectent certainement la réalité contextuelle des agents et leur interaction avec les concepts utilisés dans notre projet de recherche, particulièrement étant donné la différence entre les réglementations entourant la consommation et la vente du cannabis d'une province à une autre.

Article 2 : Dépendance aux drogues et prise de décision volontaire

Les données comprises dans cet article étaient très vastes et détaillées. Pour les aborder à partir du codage préliminaire, nous avons d'abord sélectionné quelques thèmes clairs (par exemple : les définitions de la toxicomanie), puis nous avons cherché, toujours à partir de notre processus inductif et itératif, de quelle façon les réponses se ressemblaient ou se distinguaient pour en former des sous-catégories. Pour y arriver, nous avons adopté une approche de codage à deux niveaux – ceux-ci sont expliqués ci-bas.

Codage thématique

La même approche de codage thématique utilisée dans l'article 1 a été adoptée dans celui-ci (Braun & Clarke, 2006). À la fin de ce processus, nous avons répertorié deux grands thèmes suffisamment clairs et exclusifs (voir Annexes 6.1 et 6.2) : 1) la toxicomanie et la consommation de drogues; 2) les concepts décrivant la prise de décision volontaire. La création supplémentaire de sous-thèmes tel que suggéré dans l'approche thématique ne correspondait pas à notre objectif ainsi qu'à notre ensemble de données, alors nous avons procédé à un autre niveau d'analyse décrit ci-bas.

Codage interprétatif

Une théorisation de la prise de décision volontaire avait été proposée antérieurement dans un article du Dr Eric Racine (directeur de recherche), dans lequel en étaient contrastées des conceptions respectivement fixée (objective) et dynamique (en interaction) (Racine & Rousseau-Lesage, 2017). Voulant tester cette conception et l'évaluer pour son utilité à refléter la réalité vécue des personnes concernées, il a été décidé par notre équipe de recherche de développer des définitions et des caractéristiques de la volition correspondant à ces deux conceptions. Nous avons, au départ, testé les paradigmes uniquement selon leurs aspects ontologiques (réalité objective vs réalité intersubjective). Cela nous a permis d'apprécier en partie la compréhension implicite que nous pouvions développer des données. Nous avons discerné une tendance récurrente de nos participants à recourir à une conception de la réalité comme subjective. Nous avons ainsi ajouté un troisième paradigme à notre guide de codage. Ensuite, notant que plusieurs récits de la toxicomanie ou de la prise de décision volontaire dans ce contexte ne pouvaient pas être réduits à leur portée ontologique, nous avons ajouté d'autres caractéristiques implicites du discours de nos participants, incluant des aspects épistémologiques et métaphysiques jusqu'à obtenir une vision satisfaisante de chaque paradigme en en décrivant les articulations philosophiques trouvées dans nos données. Les paradigmes ont donc évolué d'une version initiale plutôt ontologique à une visée plus globale, en accord avec la visée phénoménologique de notre question de recherche : de la réalité objective, nous avons élargi au paradigme du réalisme; de la réalité subjective, au paradigme du relativisme; et de la réalité intersubjective, au paradigme du pragmatisme. Finalement, le guide de codage exploité (voir Annexes 6.1 et 6.2) s'est grandement

transformé à travers notre processus pour s'adapter aux données et nous permettre d'en extraire une richesse de nuances, aussi explicites qu'implicites. Sa forme finale est donc en elle-même une contribution de notre article, en définissant l'application des trois paradigmes à nos deux grands thèmes de la toxicomanie/la consommation de substances et des concepts décrivant la volition.

Limites

Les limites inhérentes de l'approche thématique de Braun & Clarke ont été exposées dans la section précédente et sont ici les mêmes, de même que nos mesures de sauvegarde pour y répondre. Par ailleurs, l'analyse interprétative de nos données à la lumière de paradigmes que nous avons adapté de la littérature philosophique comporte plusieurs enjeux. En effet, il y avait dans cette approche un double défi de mouler le guide de codage (et ainsi les définitions des paradigmes) aux données recueillies pour y rendre justice et de respecter les frontières naturelles de ces dernières pour éviter de les surinterpréter ou de les vider du sens qui y était accordé par les participants. Nous avons été confrontés plusieurs fois à la tentation d'étirer le sens d'une idée partagée par un participant alors que la notion d'analyse interprétative philosophique ne faisait pas partie de l'esprit de la grille d'entrevue développée initialement (voir Annexes 4.1 à 4.3). Encore une fois, conscients de ces défis, nous avons procédé à plusieurs rondes de relecture et minutieusement développé les catégories *Other* et *Inconclusive* pour inclure les données dont les caractéristiques philosophiques étaient respectivement uniques ou inexplorables (voir définitions dans les Annexes 6.1 et 6.2). L'analyse des paradigmes présents dans le discours naturel des participants, qui n'étaient pas invités à explorer spécifiquement leurs compréhensions des enjeux et concepts de façon philosophique, pourrait avoir réduit la propension des participants à formuler leur pensée d'une façon qui ne leur est pas propre ou, du moins, utile dans la vie de tous les jours. Si cela est vrai, nous pouvons avancer qu'au détriment d'une profondeur philosophique, nous avons atteint une précision des données intéressante pour répondre à notre question de recherche.

Mon implication dans le projet

Mon implication est celle de contributrice principale à l'ensemble du matériel écrit dans ce mémoire (incluant les articles scientifiques). Néanmoins, j'ai beaucoup bénéficié du travail et du soutien de plusieurs collaborateurs pour réaliser ce projet de recherche de grande ampleur.

Milieu de recherche : L'Unité de recherche en éthique pragmatique de la santé

L'Unité de recherche en éthique pragmatique de la santé (UREPS), tel que son nom le suggère, met de l'avant la théorie de l'éthique pragmatiste dans ses projets de recherche en éthique de la santé. L'UREPS est un milieu de recherche interdisciplinaire combinant des chercheurs et étudiants de divers horizons, comme l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, l'éthique clinique, la philosophie et la bioéthique. L'UREPS fournit un environnement intellectuel dynamique avec des rencontres hebdomadaires de type « Journal club » et des rencontres régulières individuelles pour discuter de notre cheminement. En faisant partie de cette unité de recherche, j'ai pu soumettre diverses sections de mes articles et autres projets de rédaction afin de les améliorer et en apprendre plus sur la perspective des lecteurs. En retour, j'ai aussi pu m'impliquer dans les projets de mes collègues et apprendre à former des impressions et commentaires pertinents pour les aider. De plus, j'ai pu aiguiser mon sens critique par rapport à l'adaptation de l'éthique pragmatiste comme cadre théorique à travers son articulation dans divers projets. L'UREPS a ainsi eu un grand impact sur le travail compris dans ce mémoire.

Détail du travail collaboratif par étape

Les étapes nommées ci-après ont été complétées par Dre Claudia Barsed, en sa capacité de chercheuse postdoctorale à l'UREPS avant mon implication dans le projet : l'écriture du protocole et des grilles d'entrevue, la soumission au comité d'éthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, le recrutement et la réalisation de la majorité des entrevues. Après la fin du stage postdoctoral de Dre Barsed, j'ai pris en charge la portion administrative de la poursuite de ce projet (renouvellements de l'approbation éthique, suivi des chèques de participation, etc.) ainsi que la conception des guides de codage, avec l'appui d'un assistant de recherche (Matthew Valiquette). J'ai aussi pris le rôle de premier auteur lors de la rédaction des articles découlant de l'analyse des données.

Chapitre 3 – Opinions et valeurs liés à la légalisation du cannabis au Canada

Accord des coauteurs

ACCORD DES COAUTEURS D'UN ARTICLE INCLUS DANS UN MÉMOIRE DE MAÎTRISE OU UNE THÈSE DE DOCTORAT

Lorsqu'un étudiant n'est pas le seul auteur d'un article qu'il veut inclure dans son mémoire ou dans sa thèse, il doit obtenir l'accord de tous les coauteurs. De plus, le nom de tous les coauteurs doit apparaître dans le manuscrit pour chacun des articles. L'étudiant doit s'assurer qu'il détient les autorisations requises. Pour toute information complémentaire, consultez le Guide de présentation et d'évaluation des mémoires et des thèses disponible sous l'option Publications de la section Cheminement et encadrement du site www.fesp.umontreal.ca.

1. Identification

Nom Rochette	Prénom Marianne	Matricule [REDACTED]
Grade M.Sc.	Programme 2-484-1-0	

2. Description de l'article

Auteurs Marianne Rochette, Matthew Valiquette, Claudia Barned, Eric Racine
Titre Drug legalization, democracy and public health ethics: A qualitative analysis of stakeholders' opinions on the legalization of cannabis in Canada
État actuel de l'article <input type="checkbox"/> publié <input type="checkbox"/> soumis pour publication <input checked="" type="checkbox"/> en préparation
Revue / Journal * Public Health Ethics
<small>* Si l'article est en phase finale de préparation ou a été soumis pour publication, veuillez fournir tous les détails disponibles.</small>

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, j'autorise : <u>Marianne Rochette</u>		
à inclure cet article dans <input checked="" type="checkbox"/> son mémoire de maîtrise <input type="checkbox"/> sa thèse de doctorat		
qui a pour titre <u>Comprendre les défis éthiques entourant la prise de décision en contexte de dépendance aux drogues: Analyse qualitative du discours de parties prenantes</u>		
Matthew Valiquette	[REDACTED]	24/03/2022
Coauteur	Signature	Date
Claudia Barned	[REDACTED]	March 23, 2022
Coauteur	Signature	Date
Eric Racine	[REDACTED]	21/03/2022
Coauteur	Signature	Date
Coauteur	Signature	Date

Statut de publication

Au moment de soumettre ce mémoire, cet article est publié au journal *Public Health Ethics* (Oxford University Press) et est disponible en ligne : <https://doi.org/10.1093/phe/phad016>.

Auteurs et affiliations

Marianne Rochette^{1,2}, Matthew Valiquette¹, Claudia Banned^{1,3,4,5}, Eric Racine*^{1,6,7,8}

¹Unité de recherche en éthique pragmatique de la santé, Institut de recherches cliniques de Montréal, Montréal, QC, Canada

²Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

³Bioethics Program, University Health Network, Toronto, ON, Canada

⁴The Institute for Education Research, University Health Network, Toronto, ON, Canada

⁵Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

⁶Division of Experimental Medicine, McGill University, Montréal, QC, Canada

⁷Department of Neurology and Neurosurgery, McGill University, Montréal, QC, Canada

⁸Department of Medicine and Department of Social and Preventive Medicine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

* Auteur de correspondance :

Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)

110 avenue des Pins Ouest, Montréal, QC H2W 1R7

Tel: (514) 987-5723

Fax: (514) 987-5763

Email: eric.racine@ircm.qc.ca

Article 1: “Drug legalization, democracy, and public health: Canadian stakeholders’ opinions and values with respect to the legalization of cannabis”

Abstract

The legalization of cannabis in Canada supports principles of harm-reduction and safe supply. However, in-depth understanding of values at stake and attitudes toward legalization were not part of extensive democratic deliberation on the topic. Through a qualitative exploratory study, we undertook 48 semi-structured interviews with three Canadian stakeholder groups to explore opinions and values with respect to the legalization of cannabis: (1) members of the general public, (2) people with lived experience of addiction, and (3) clinicians with experience treating patients with addiction. Across all groups, participants tended to be in favor of legalization, but the particular opinions rested on their viewpoint as stakeholders. Clinicians considered the way legalization would affect an individual’s health and its potential for increasing rates of addiction on a larger scale. People with lived experience of addiction cited personal autonomy more than other groups and stressed the need to have access to quality information to make truly informed decisions. Alternatively, members of the public considered legalization positive or negative in light of whether one’s addiction affected others. We elaborate on and discuss how scientific evidence about drug use impact values relates and how can different arguments play in democratic debates about legalization.

Introduction

Almost a century after the criminalization of cannabis in Canada, the federal criminal law surrounding possession and use of cannabis was amended on 17 October 2018 (Tattrie, 2016). The set of new regulations (the Cannabis Act) provides a legal framework for the possession and use of cannabis (Government of Canada, 2018). The Canadian federal government enacted this legislation to outcompete organized crime in the cannabis industry and to adapt to the growing social acceptability of cannabis use in Canada. In preparation for this legislative change, Health Canada engaged in regulatory consultations in various formats (i.e., online submissions, written submissions, roundtables, and web-based discussions) to solicit the perspectives of diverse Canadian stakeholders on pre-identified elements of discussion centered on the proposed governmental system of licenses, permits, and authorizations and related rules and requirements for the different kinds of authorized activities (e.g., cannabis tracking systems, licenses, product labelling (Health Canada, 2018)). This activity amounted to several hundred responses and submissions of individuals, community groups, industry representatives, provincial and territorial representatives, and Indigenous governments and representative organizations (for further details, please see: (Health Canada, 2018)). Public health experts were also consulted, among other groups involved in the policy amendments (e.g., industry, municipalities, provincial governments, patients, law enforcement) while academics also debated the issue (Kalant, 2016; Fischer, Rehm, & Crépault, 2016). Yet, 3 years after its enactment, objective evaluations of the successes and shortcomings of the Cannabis Act are few and complex. While the Canadian government has been commended for favoring a harm-reduction approach with the policy change (Cox, 2018), they have also been criticized for prioritizing the cannabis industry's interests over those of public health (DeVillaer, 2019; Koutouki & Lofts, 2019). Much of the policy's implementation has been left to the provincial and territorial governments, including age restrictions and retail structures, which has led to national inequities in prioritization and regulation. In parallel, much of the public's response, albeit mostly welcoming, has been detached from (public) health matters. For example, Canadian print media engaged significantly with the economic aspects of legalization (Sorensen, van Draanen, & Shingle, 2022) and social media users acclaimed cannabis use as a lifestyle choice (van Draanen, Tao, Gupta, & Liu, 2020).

Drug legalization and drug policy generally have tended to be deeply rooted in traditional morality as well as racism and xenophobia (Earp, Lewis, & Hart, 2021). Considering these more traditional and dogmatic policies are being questioned – especially in light of their impact on people’s well-being and autonomy (Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021), the process of opening debates about the impact of drug policies comes as a sign of democratic and scientific progress. Pragmatic ethics provides a particularly helpful lens in analyzing the democratic aspects of promoting personal empowerment and social change through public health policies such as decriminalizing illicit substances. Pragmatic ethics is perhaps best described not as a distinctive normative ethics theory competing with theories such as virtue ethics or principlism, but as ‘a method for understanding better – or reconstructing – already existing theories, and more generally, a method that enables greater awareness of our actual moral life’” (Serra, 2010, p. 106). It invites a return to experience such that, for example, a topic like drug legalization is viewed not only in terms of traditional moral principles² but most importantly in light of actual real-world experiences, behaviors, and aspirations. Also, it calls upon developing ethical approaches which are flexible and adaptive to the evolution of social practices and scientific knowledge by favoring democratic and open-ended methods (Pappas, 2008). In other words, pragmatic ethics proposes to put morality to the test of inquiry (Martela, 2015; Martela, 2017).

This orientation is particularly relevant in conducting research in an area like drug legalization policies because it supports the shift from historical dogmatic and moralizing positions (Courtwright, *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World*, 2001) to democratic and scientific ones for which others advocated (Blachman & Sharpe, 1989). Accordingly, a change in policy such as the Canadian legalization of cannabis is a pertinent historical event for investigating how it impacts people with different backgrounds and lived realities. Understanding

² Although often undistinguished and etymologically synonymous terms derived from Latin and Greek respectively, we use the term moral and morality to designate the more implicit habits which structure and guide our lives while we reserve the term of ethics to designate the structured and explicit reflection on moral habits and moral life. Hence, ethics takes moral life as its object of inquiry and is thus a science of this domain of human life. For explanations see clarifications published in (Racine *et al.* 2017) and (Hartman *et al.* 2020).

the potential differences of opinions and values between various individuals and groups towards the legalization of cannabis is important within a democratic public health ethics model (Jennings, 1990; Massé, 2003) notably in light of a pragmatic ethics orientation (Pappas, 2008). Not only can such an investigation shed light on the many angles with which stakeholders and other individuals approach the topic, so too are their opinions constitutive of what renders this policy change ethical or not in light of their experiences and aspirations. To make headway in this direction we undertook a qualitative, interview-based study with (1) people with lived experience of addiction³, (2) clinicians with experience treating patients with addiction and (3) members of the general public. Although this sampling is limited for practical reasons, it offers the potential to broaden the understanding of views and values toward the legalization of cannabis in Canada. In doing so, we join prior efforts to use qualitative methods to understand various aspects of cannabis use, including uptake of substance-use related services (Turuba, et al., 2022), attitudes of clinicians toward the broadening of access to medical use of cannabis to youth (Gunning, et al., 2022), and patterns of purchase of cannabis products (Donnan, Shogan, Bishop, & Najafizada, 2022). The recent literature has focused on the qualitative investigation of the impact of cannabis on mental health (e.g., (Ghelani, 2021)) as well as emerging questions related to the use of cannabis medically (Gunning, et al., 2022; Gibbard, Mount, Rassekh, & Hal Siden, 2021; Gunning & Illes, 2021; Bottorff, et al., 2013; Elliott, et al., 2020; Ng, Gilotra, Usman, Chang, & Busse, 2021; McTaggart-Cowan, et al., 2020). There has been less attention granted to legalization beyond the medical context in qualitative research which supports our effort to investigate this topic from different perspectives on cannabis use outside of that context.

³ We are sensitive to ongoing discussions about the appropriateness of terminology in the field of addiction/substance use disorders. At the time of our interviews, our recruitment publicities and interview questions used the word “addiction”. In writing this paper, we chose to keep the word “addiction” when discussing our own study and findings for transparency – especially since the “people with lived experience of addiction” in our study have not all received a medical diagnosis of substance use disorder. When reviewing and discussing literature, we used the expression “people who use drugs”, which encompasses people with histories of using and misusing drugs as well as people with a medical diagnosis of substance use disorder.

Aim

This study aims to explore the opinions and values of three stakeholder groups regarding the legalization of cannabis in Canada. These groups are: (1) people with lived experience of addiction, (2) clinicians with experience treating patients with addiction, and (3) members of the general public.

Method

Study design

This qualitative study utilized semi-structured in-depth interviews (Poupart, 1997). During the months of February–August 2019, 48 interviews were conducted amongst three stakeholder groups to explore opinions and values toward the legalization of cannabis in Canada. Participants were recruited as part of a larger study on voluntary decision-making within the context of drug addiction. The results reported in this paper rely exclusively on the analysis of participant’s responses to the following open-ended interview question (as part of a longer interview): *What are your thoughts on the recent legalization of cannabis in Canada?* Probing questions that delved into the possible advantages or disadvantages of cannabis legalization, and the amount and quality of educational information made available to the public were also asked. In general, the pragmatic orientation of the study led us to develop an open discussion to hear relevant values and real-world experiences toward cannabis and drug legalization.

Participants

People with Lived Experience of Addiction

Sixteen persons with lived experience of addiction were interviewed for this study. To be eligible, participants had to have experienced a (self-reported) addiction, whether prior to or during the study. Participants were recruited via online advertisements posted on a social media platform (Facebook) and a Canadian-based classified ad website (Kijiji). These posts selectively targeted three major Canadian cities affected by drug use and frequently investigated in public health studies (Toronto, Montreal, and Vancouver) (Werschler & Brennan, 2019). Interested participants responded to these ads by contacting the third author (CB) directly. After initial screening for

eligibility, participants were scheduled for an interview. This group comprised of nine men and seven women, with those stating their ages ranging between 22 and 55 years of age (n=15; mean=36.53; SD=10.34). Participants self-identified as having developed an addiction, for some point in time, to at least one of the following drugs: alcohol, cannabis, prescription drugs, cocaine, crack cocaine, nicotine, hallucinogens, cough syrup, ketamine and amphetamine (*speed*). Many participants stated addictions to multiple substances.

Clinicians

Sixteen addiction clinicians were interviewed for this study⁴. To be eligible to participate in the study, members of the clinicians' group had to have experience in addiction treatment. Participants were recruited by purposeful sampling and through professional networks. The group comprised of eight men and eight women. A wide variety of specializations were noted: addiction counselling, family medicine, addiction medicine, addiction psychiatry, clinical psychology, nursing and infectious diseases. These participants also worked in diverse clinical contexts: addiction care centers, hospitals, medical clinics, clinical research centers, and ambulatory services. The clinicians who stated their years of practice had anywhere from 8 to 44 years of practice in addiction (n=14; mean=19.07; SD=10.64).

Members of the Public

Sixteen members of the public were interviewed for this study. To be eligible, participants had to have never experienced drug addiction prior to and during the study⁵. The group was comprised of seven men and nine women, between the ages of 23 and 70 years old (n=16; mean=40.25; SD=16.15).

⁴ Only one participant in this group was uncomfortable sharing opinions on the legalization of cannabis in Canada.

⁵ One participant identified as having a gambling addiction without having had a present or prior drug addiction and therefore met eligibility criteria as a member of the public.

Procedure

After receiving ethics approval for the larger study by the Institut de recherches cliniques de Montréal's research ethics board, tailored recruitment for each specific group was carried out as described above. All participants were mailed a \$50 CAD check as compensation for their participation. The majority of interviews were conducted in English by CB (n=43). Some participants (n=4) expressed a desire to participate in French; these interviews were conducted by MR and MV. Participants' identifying information was kept securely by CB. All material was anonymized before being made available to the rest of the research team.

Transcription, Coding and Data Analysis

Most audio recordings were sent to an independent professional transcriptionist via an encrypted file transfer system (n=45) or transcribed by a member of the research team (n=3). The French interviews were first transcribed in their original language and subsequently translated into English by MR or MV.

Before coding, participant group information and group number were anonymized and hidden, to avoid any potential biases. The coding process was carried out using MaxQDA software (version 12.3.9), and followed the six steps for thematic analysis described in Braun and Clarke (2006): (1) data familiarisation; (2) generating initial codes; (3) searching for themes; (4) reviewing themes; (5) defining and naming themes; and (6) producing the final report (Braun & Clarke, *Using thematic analysis in psychology*, 2006). Two coders familiarised themselves with the data. The initial coding was led by MR, then discussed with other team members for verification (MV and ER). MV searched for themes, and began the process of defining and naming subthemes, with MR reviewing about 10 per cent of the material to ensure consistency and accuracy, and with punctual revision and input by the research supervisor (ER) for quality assurance. The final definitions were proposed by MV, then submitted to both the first author (MR) and research supervisor for revision and feedback. A coding framework was then generated and applied by MV to generate the final definitions and themes. Last, the report was exported by MR from MaxQDA to map out and interpret any interesting patterns.

In addition to taking a thematic approach, MV undertook an interpretive analysis through which participants' perspectives were classified according to their stance in relation to the factors identified in the thematic analysis. Their stances could be classified 'positive', 'neutral', 'negative' or 'mixed'. In addition, to convey the nuances in the stances of the participants, the data were further analyzed to establish a distinction between a view expressed irrespective of other specific aspects of legalization (true positive/true negative), and a view explicitly attached to one or more specific aspects of legalization (relative positive/relative negative). This analysis was also subjected to the process of revisions by MR and ER. In this study, pragmatic ethics influenced our approach to data analysis in the sense that it guided which data should be considered relevant in trying to learn about real-world experiences and values and why these matter at a policy level in a democracy. This pragmatic orientation to data analysis had implications such that high importance was granted to the arguments and points of view shared by the stakeholders. Specifically, the thematic analysis allowed us to identify the topics important to them, and the interpretive analysis allowed us to identify explicitly their personal stances and feelings about these topics, such that our reporting of the stakeholders' real-world experiences was greatly enriched.

In the Results section, when referring to specific participants, we use an anonymous designation made up of an abbreviation based on the participant's group (LE for Lived Experience, P for Public, and C for Clinicians) and the participant's interview number. Quantifiers are used sparingly and mostly qualitatively (e.g. a few, some, several, many) consistent with recommendations made in qualitative research on addiction (Neale, Miller, & West, 2014). Quantification is used in the tables to identify trends which are then explored qualitatively in the text.

Results

The results are organized according to three sections: (1) views on legalization, (2) views on cannabis and cannabis use, and (3) convergence between themes (1) and (2).

Views on Legalization

In this section, we present the general views of participants on the legalization of cannabis in Canada, then introduce the major themes that emerged as salient for participants when describing or explaining their views.

General View on Legalization

We gathered general opinions on legalization of cannabis for 44 out of 48 participants. The extracts in Tableau 2. – Views on the Legalization of Cannabis by Group are representative illustrations of some of the opinions shared by participants in all groups.

Tableau 2. – Views on the Legalization of Cannabis by Group

Views on Legalization	P	LE	C	Example Citation
True Positive	3	5	3	'So, I'm very happy with the legalization. I think it's making life better.' (LE8)
Relative Positive	7	2	4	'It seems to me to be something that's rather appropriate because on most levels, it poses less risk to public health and security than alcohol does.' (C14)
Neutral or Mixed	5	6	5	'I'm fence-sitting on it because I realize there's lots of people who do need to use, [but] there's nothing wrong with responsible recreational use.' (LE13)
Relative Negative	1	1	1	'I don't like that one [...]. Now kids can bring cannabis as a candy in school.' (P7)
True Negative	0	0	1	'It's an absolute bust! It's a flop, it's a joke!' (C10)

At least half of the participants in each respective group felt positively about the legalization of cannabis. Several reported only enthusiastic feelings (i.e. 'true positive' stances), where some identified it merely as a step in the right direction or as having more advantages than disadvantages (i.e. 'relative positive' stances). Participants expressing a positive attitude, and especially members of the people with lived experience of addiction group, tended to allude to autonomy or choice to found their opinions, often stating that legalization permits people to make more informed decisions about cannabis use, or in the case of relative positive statements, that they considered cannabis a less threatening substance than other legal ones. For example,

one participant clinician stated: ‘So, if we’ve legalized alcohol, it seems to me to be something that’s rather appropriate for cannabis because on most levels, it poses less risk to public health and security than alcohol does. So, just logically, if we’ve legalized alcohol, I don’t see any reason why we shouldn’t have legalized cannabis’ (C14, example of a relative positive stance). Another participant with lived experience communicated that: ‘I’m absolutely for it [...] I think that legalizing it was a very good idea’ (LE5, example of a true positive stance). Many participants held a ‘neutral or mixed’ stance toward legalization, either because they felt unbothered by its actual and potential implications or because they had both positive and negative feelings about it. For example, a participant with lived experience explained: ‘I think it doesn’t make a difference to anyone who’s already smoking it’ (LE4, example of mixed or neutral stance). Similarly, a clinician stated: ‘I don’t see it changing much. It doesn’t change our experience with helping addiction, addicts at all. It’s the same as before’ (C8, example of a mixed or neutral stance).

A few participants saw mostly disadvantages to legalization (i.e. ‘relative negative’ stances). They invoked reasons such as: legalization makes cannabis too readily available, or the government did not adequately prepare for the process of legalization. When participants were asked about disadvantages of legalization, they tended to name concerns for cannabis consumption among youth, and some expressed dissatisfaction with the fact that the policy change was not accompanied by retroactive measures. For example, a participant from the clinician group stated: ‘I’m really tormented on that one. Some people will be harmed by it. Did we have to legalize it before we...? Like, could we have learned a little bit about it before legalizing it perhaps? Not convinced. Not convinced it needed to go that far that quickly’ (C5, example of a relative negative stance). Only one participant had exclusively negative feelings about legalization (i.e. ‘true negative’ stance), and her feelings mainly concerned the government’s process and decisions.

Crime, Incarceration and Policing

Participants who discussed the effectiveness and implications of incarcerating and policing individuals for using or possessing illicit substances generally supported the legalization of cannabis. Clinicians tended not to address issues with drug crimes, except two who stated that they did not believe the legal system was an adequate tool for addressing addiction. Members of the public expressed significant concern about the criminal records of those arrested prior to

legalization and the weight of knowing they were criminalized for non-violent offenses. One member of the public who, along with her entire family, had been supporting her brother's struggle with addiction for 20 years, shared the following:

"I think the part that sort of upsets me about it is that there are people that are incarcerated for offenses prior to legalization... that would have... yeah. So, that's the part that grinds my gears. [...] And their families' lives have been ruined by them being incarcerated. Or, you know, maybe they're not even still incarcerated, but they have these things on their record, and so they have issues with obtaining gainful employment." (P8, 41 years old)

Similarly, for people with lived experience of addiction, the consequences of heavy policing and politicization of addiction was a concern. For some, this meant 'the cops laying off of [them]' (LE14, 22 years old), while others thought about the benefits of removing charges for small possession, and of freeing up time to focus on policing more dangerous offenses, like impaired driving.

Market, Sales & Economy

Participants who referred to the positive economic effects of legalizing cannabis mostly referenced the legalization's ability to generate profit and restrict black market activity. Despite this, some participants in the lived experience and clinician groups had negative feelings about this. For example, a 29-year-old male living with a ketamine addiction expressed feeling bothered by the idea of the government 'making money off of [the same people they were putting in jail]' (LE4).

Some clinicians acknowledged the government's goal of reducing illegal sales while denying that the goal had been accomplished through legalization. People with lived experience of addiction saw the economic repercussions of legalization as an opportunity to change the healthcare system around drugs and addiction, providing ideas on how to invest the profits from cannabis sales. For example, one participant, a woman who sought help for alcoholism by following the 12-step treatment program, referred to the possibility of building 'a whole health services around it, from the funds that you get' (LE12, 36 years old).

Information, Research & Education

Although participants that discussed matters related to information, research, and education were mostly happy with the legalization of cannabis, the general sentiment expressed was a need for more information to the public, more thoughtful education efforts, and more research on the effects of cannabis. Specifically, there was a very strong feeling, especially among members of the public, that not enough information around safe use was available. Many criticized the government's educational efforts as being 'ridiculous' (LE9, 33 years old) and 'kind of terrible' (LE16, 35 years old), although members of the public tended to see them as helpful more often than other groups.

Whereas participants with lived experience of addiction in general wished for legalization to generate a wider distribution of information on the medicinal and beneficial properties of cannabis, clinicians tended to wish for more widespread communication on the potential for addiction and risky behaviors linked to substance misuse. One member of the public directly attributed their positive view of legalization to the opportunity for more information, noting that legalization is 'great because it means now there are grants that are going into it, and there will be research' (P16, 30 years old). One participant with lived experience of cannabis addiction, however, believed that no amount of information would enlighten the population's decisions, and that only experience with the substance could serve this function (LE8, 35 years old).

Consequences of Legalization

Participants who felt positively about the legalization mostly thought that either it did not have noticeable consequences or, when prompted about the specific outcomes of legalization, shared the sentiment that it was too early to tell. Some possible consequences were divisive, the most common being the normalization of the cannabis use with, on one side, participants seeing normalization as opening the door to more easily acknowledging substance use problems and seeking help. On the other, normalization was seen as complicating the clinician's role, given that it makes them 'work against the current when [they] are trying to warn [patients] on unwanted consequences' (C2, addiction psychiatry, 15 years of practice) of cannabis use. Some participants

reflected on the implications for other drugs. A nurse clinician with over 18 years of experience in the addiction treatment sector said:

‘We need to see how that translates societally and see what will happen in the future. But can we do that with cocaine, can we do that with heroin? [...] For sure it remains to be evaluated. In an ideal world it would be great if it could be done, but how?’ (C12)

Accessibility, Regulation & Production

Participants in all groups expressed the hope that cannabis legalization would bring users the possibility of accessing a safer product, which ‘might decrease the harm’ (LE11, 52 years old) compared to using products from the illegal market. Many estimated that, prior to legalization, the safe supply of cannabis was lacking, mitigating its potential benefits to users. Since cannabis was considered by participants as being widely available on the black market, they recognized that if the government could not produce the volume necessary to supply its citizens, people would continue to rely on the black market for access. Many expressed, however, that legalization could ensue in at least reduced contact with dealers. This was seen in a good light, both because the quality and purity of products on the illegal market are questionable, and because dealers can sell consumers other stronger, more dangerous drugs. The idea that contacting a dealer is in itself a deterrent to using cannabis was also shared by one participant from the public, who reported growing up in Switzerland where cannabis use was considered normal. This participant said:

‘If you had to get it from a dealer, that might prevent some people from trying to access this. Whereas, if you can go to a shop and buy it, and you can send your friend, and it’s legal, I think it might be more accessible for the average citizen.’ (P14, 25 years old)

One clinician with 40 years of experience as a clinical psychologist expressed not understanding why this substance was deemed ‘worthy of being legalized and readily accessible and others not’ (C14). Last, multiple participants across all groups mentioned notions of control, controlling who buys the product, what form it takes (e.g., edibles were still illegal at the time of interviews), ingredients, and who distributes it. This was mostly a welcomed form of control, except for one participant with lived experience of addiction to alcohol, cannabis, and prescription drugs, who

did not endorse ‘institutionalizing and regulating’ (LE2, 27 years old) cannabis yet had a neutral stance on the legalization of cannabis as a whole.

Process and Execution of Legalization

There was a commonly shared understanding, among a subset of participants in all groups, that the legalization of cannabis was expedited too quickly and that it lacked adequate preparation, although only one person directly attributed their negative view of legalization to this. Participants made statements like: ‘I don’t feel like we were ready for that’ (LE13, 43 years old), ‘What was the emergency about this?’ (P6, 70 years old), ‘It’s absolutely ridiculous, I find, the way that it’s been done. There’s been a total loss of control’ (C10, family medicine, 15 years of practice), etc. Among other concerns, lack of planning and regulations around impaired driving and edibles were prevalent in discussions on how legalization unfolded in Canada. Interestingly, an addiction psychiatrist expressed that ‘How we’ve done it is probably a careful way to put in place cannabis legalization’ (C7, 10 years of practice), but believed there were still important aspects to consider in avoiding potential carelessness with substance regulation.

Minimum Age & Youth

One theme most associated with a negative view towards legalization concerns how it affects youth and children, and whether the minimum legal age for consumption is adequate. It also emerged as a major concern among participants with neutral/mixed or positive views of legalization. An important subset of these concerns revolved around the thought that setting a minimum age, regardless of the age set, might not work in discouraging cannabis consumption among youth. This view was most common in the public group. Only one participant felt that legalization would have an effect in reducing consumption in youth. This participant, a 22-year-old male who self-identifies as having had addictions to prescription drugs, cannabis, and cigarettes, noted:

‘I know a lot of people, you know, they didn’t drink alcohol till they was like 17, 18 years old because that’s the right age, right? But then, when it came to weed, it was like, it was just illegal no matter the age you were, so some people were 14, they were smoking weed, you know? Now I think kids are just going to wait until they’re 17 or 18 and then start smoking because they can get it legally.’ (LE14)

One participant in each group expressed wishing that the minimum age would increase from 18 to 21 or to 25. These participants all referred to research on the effects of drugs on the developing brain to support their opinion.

Views on Cannabis & Cannabis Use

More than half of the respondents (n=25; 10 clinicians, 9 members of the public, and 6 people with lived experience) specifically disclosed opinions on cannabis and cannabis use when situating their views on the legalization of cannabis.

General Opinion on Cannabis and Cannabis Use

Some trends appeared in the way our stakeholder groups attributed value to cannabis use (refer to Tableau 3. – View on Cannabis and Cannabis Use by Group). Specifically, most clinicians viewed it as negative, often stating side effects of long-term drug use and the potential to develop conditions like addiction, lung cancer, etc. That said, there were several clinicians with neutral or mixed views on cannabis and cannabis use, with only one having a positive view. Members of the public showed no particular trend in their views on cannabis, while people with lived experience mostly viewed cannabis positively, with one participant holding mixed views, and one negative. See Tableau 3 for representative statements explicating the participants’ views.

Tableau 3. – View on Cannabis and Cannabis Use by Group

Views on Cannabis	P	LE	C	Example Citation
True Positive	0	2	0	‘I think marijuana is a drug that we should be able to have a choice [...]; if you want to consume it, you can choose to consume it in a way that feels right to you.’ (LE5)
Relative Positive	4	2	1	‘I think there’s a lot of benefits to marijuana use when it comes to like, just medical reasons, you know.’ (P3)
Neutral or Mixed	2	1	3	‘So, you’ve got a huge spectrum, right? So, on the one hand, very positive and beneficial, when used in certain settings and in certain ways, to very detrimental.’ (C16)
Relative Negative	1	0	2	‘I’ve heard for young people [...], especially for adolescents, there is more risk in the consumption of affecting the developing brain.’ (P14)

True Negative	2	1	4	'I've seen tremendous damage by marijuana, and I am concerned for young people.' (C13)
---------------	---	---	---	--

Perceptions toward Cannabis Consumption

For the social acceptability of cannabis, participants speculated that it was 'a very normalized drug' (LE2, 27 years old), irrespective of its change in legal status. For example, they said: 'I don't think there was ever that much of a stigma' (LE1, 35 years old), and 'People were already smoking all over' (P5, 40 years old). One participant, a member of the lived experience group with a prior addiction to cocaine, acknowledged this normalization while considering it dangerous and comparing it to the acceptability of alcohol. He shared that the people with an addiction to alcohol were 'slowly dying because it's socially acceptable' (LE9, 33 years old), and that it could eventually be the same thing with cannabis.

Effects, Dosage and Potency

Participants considered both the short-term and long-term effects of cannabis use. Many raised points about the unknown, specifically that we do not yet know how long smoking cannabis 'clouds and impairs decisions' (P12, 65 years old). There was also a concern that we do not know if cannabis causes any permanent effects. One participant with lived experience recounted that in the period when they smoked cannabis habitually, it affected their life in a substantial way: 'it changes your mindset, it changes your attitude, it changes the way you look at life' (LE9, 33 years old). Some participants in all groups also stressed that the standard dose, or what could be considered safe use of cannabis, was largely unknown. They supported this argument by invoking multiple factors that could make this hard to define, such as the weight of the person using it, their tolerance to cannabis, and the potency of the product.

Medical Use

Although this study did not tackle cannabis for its medical use *per se*, many participants praised or alluded to the medicinal benefits that cannabis could provide for a variety of diseases; many said it could help with anxiety, cramps, chronic pain, or symptoms of mental illness. One participant with a past addiction to alcohol and prescription drugs and who now works in the

addiction healthcare field reflected on the misuse of prescribed cannabis: ‘I just wonder how many people are injured, need rescued, and the long-term impact on their life, because they’re using [medical cannabis] recreationally and not smart’ (LE13, 43 years old).

Addiction and Harm Potential

Different viewpoints were expressed concerning the addictive potential of cannabis. Participants expressed that cannabis ‘itself has nothing that makes it addictive, chemically’ (P1, 32 years old). Some clinicians countered these points with statements like ‘I don’t think there is enough acknowledgment that there can be a substance use disorder with cannabis’ (C6, family medicine, 13 years of practice). A few clinicians also brought up comparisons with the harms of other drugs such as alcohol and tobacco, saying that although probably less harmful than alcohol, drug-related or drug-induced diseases ‘incur great social and healthcare costs’ (C14, clinical psychology, 40 years of practice), whereas some members of the public considered the most evident harm to be on others, via dangerous behaviors such as driving under the influence or more specific instances like ‘working at a construction place [and] smoking dope and laughing [around] big machinery’ (P11, 63 years old).

Convergence between Views on Legalization and Views on Cannabis and Cannabis Use

We compared the views each participant had about legalization and about cannabis. One participant expressed a view on cannabis but none on legalization, leaving us with 24 participants (9 clinicians, 9 members of the public, and 6 people with lived experience) for whom we could proceed with the analysis (see Tableau 4. – Intersection of Views on Legalization and Views on Cannabis Use). All participants with a negative perception of legalization also had a negative perception of cannabis and cannabis use. The reverse was not true as, for all participants with a negative perception of cannabis and cannabis use in general, it was more common for them to be in favor of legalization (a positive perception of legalization was most common; see General Views on Legalization).

Tableau 4. – Intersection of Views on Legalization and Views on Cannabis Use

		Views on Legalization		
		Negative	Moderate	Positive
Views on Cannabis and Cannabis Use	Positive	0	2	6
	Moderate	0	3	3
	Negative	3	2	5

Many participants addressed both Views on Legalization and Views on Cannabis and Cannabis Use, with statements such as: ‘I don’t see it as a legal issue. I see it as a medical issue. I think by making drugs illegal, you’re actually making the [medical] problem worse’ (C5, addiction medicine), or ‘There are long-term effects, probably, to consume pot, but it’s not a reason not to legalize it’ (P6, 70 years old). No clinician had an overall positive view of cannabis and cannabis use. In fact, most of them had a negative view of the substance, although they were equally susceptible to feel positively, negatively, or to be neutral/ambivalent toward legalization. Participants whose opinions fell at the intersection of negative/negative were more likely to be clinicians, whereas those who fell at the intersection of positive/positive were more likely to be people with lived experience of addiction with addictions to multiple substances. Finally, there was no notable pattern in the correspondence of opinions toward legalization and toward cannabis and cannabis use for the members of the public.

Discussion

Our study aimed to explore stakeholders’ opinions, experiences and values on the legalization of cannabis in Canada. This is one of few studies explicitly targeting values and engaging stakeholders in open discussion on their views on cannabis and cannabis policy since much of the literature has focused on attitudes of acceptance more narrowly (Kvillemo, Strandberg, & Gripenberg, 2022). Opening up research to values and moral reasoning is important to understand relationship between drug policy, public health and democracy in keeping with the view that democracy is an experience and a way of life (Pappas, 2008; Dewey, 2012). For example, our results showed that in all groups (lived experience of addiction, public and clinicians), participants tended to be in favor of legalization, but a great diversity of arguments stood out

among them. Specifically, clinicians considered the way legalization would affect an individual's health and its potential for increasing rates of addiction on a larger scale. People with lived experience of addiction cited personal autonomy more than other groups and stressed the need to have access to quality information to make truly informed decisions. Alternatively, members of the public considered legalization positive or negative in light of whether one's addiction affected others. The diversity of values and interests at hand lead us to discuss two questions related to our findings: (1) how does scientific evidence about drug use impact values related to drug use and (2) how and what role can different arguments play in democratic debates about legalization.

Drug Use-Related Values, Scientific Evidence and Public Debate

Our findings on differences of opinion and values between stakeholder groups illustrate the challenge of fostering informed and rational public discussion on drug use, a highly stigmatized subject and behavior. This is important, since stakeholder groups, and what they consider to be the shortcomings and benefits of legalization, can have lasting effects on policy development and revision (Haines-Saah & Fischer, 2021). There is considerable complexity in fostering constructive and inclusive public dialogue around drug legalization policy. One of the main issues is the use and interpretation of scientific evidence around drug use and its connection to values and moral standpoints. Often, different stakeholders in drug policy debates tend to see their own view as evidence-based (i.e. morally neutral) and others' as morally driven, artificially separating scientific evidence from morality, beliefs and political goals (Zampini, 2018). For example, in our study, drug use normalization was often seen in a good light by people with lived experience of addiction, who welcomed an increased social tolerance toward drug use and imagined it as alleviating tension for people who use drugs, given that it allows them to be more open about their addiction and more easily seek help if need be. Oppositely, clinicians were more resistant to normalization and stated that it complicated their role of protecting patients' health. Unlike the findings of an Australian study with people who use drugs (Greer & Ritter, 2020), participants with lived experience of addiction in our study rarely expressed skepticism over the government ensuring the control and regulation of drugs. However, one participant questioned the role of the government in providing appropriate and balanced health information related to drug use to the

population, and another, the double role of selling one substance to people who use drugs and incriminating them for using other substances. These observations suggest that supporting public debates on drug legalization involves complex and situated issues in the use of scientific evidence, whose interpretation can be subject to significant biases and conflicts of interests based on one's experiential and occupational standings (Brown & Goodin, 2021). Again, the issue is less about claiming evidence than recognizing that there is no pure scientific evidence devoid of interpretation, a process where values are crucial in understanding the social problems that need addressing and the relevant and appropriate policy solutions.

Another important limitation in supporting public debate on drug legalization is that morality is often attributed to substances and to substance users with limited understanding of the social and political history shaping those opinions and values. Generally, drug use in countries like Canada has been extensively stigmatized as shown in public media coverage of FASD (Bell, et al., 2016; Sattler, Escande, Racine, & Göritz, 2017). Importantly, views on drugs and toward specific drugs are shaped by socially constructed understandings such that common attitude toward drugs may be discrepant with the actual risks they pose (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007). In Canada, the prohibitive laws surrounding cannabis (and other drugs) – originate in specific moral beliefs steeped with racism (Wohlbold & Moore, 2019; Owusu-Bempah & Luscombe, 2021) and colonial ideologies (Courtwright, *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World*, 2001). Furthermore, an ambiguous moral identity is often attributed to psychoactive substances, that is, they are praised when they have potential medical benefit and vilified when they are subject to misuse (Buchman, Leece, & Orkin, 2017) or are heavily used by particular communities (e.g., the racist social reactions to and criminalization of Black mothers who used crack cocaine during the 1980 crack epidemic in the USA (Besharov, 1989; Metzl & Roberts, 2014)). Although we cannot delve into this extensively discussed latter example, it serves as a caution of more contemporary intersections of drug policy discussions and racism and supports the need for 'spaces for critical perspectives and interpretations' (Kiepek, Van de Ven, Dunn, & Forlini, 2019).

Despite the apparent openness of Canadian cannabis policy to provide greater freedom and welcoming different values and opinions, which we acknowledge as a welcomed progress, there

is still room for further questioning to reveal how attitudes toward drugs are socially shaped. For example, new evidence points to the possibility of cannabis decriminalization reducing racial disparity in the cannabis possession arrests rates in the USA (Gunadi & Shi, 2022), although other factors of racial disparity remain largely unaddressed, even within progressive drug policy movements like the harm-reduction movement (Godkhindi, Nussey, & O'Shea, 2022). Participants in our study did not directly speak about these issues, which could be as a result of broader limitations regarding recruitment/who we spoke to and/or broader hesitation to comment on the topic. However, the silence in this area speaks volumes. The latter could be partly explained by the larger social context of Canadian policing and governing authorities that consistently fail to acknowledge past and ongoing racial injustices stemming from drug prohibition and regulation (Khenti, 2014; Owusu-Bempah & Luscombe, 2021). Still, the ongoing lack of attention to the disproportionate amount of Black and Indigenous folks who are still serving sentences for use or possession of cannabis as well as the structural obstacles faced when trying to access safe and equitable healthcare is another area where current values supporting policies needs to be challenged. Opening drug policies to revision and questioning is a first step that could make headway in this direction. One of the main issues here is to recognize that values and knowledge are interwoven such that what was discussed and what is not discussed reflects the position of individuals, the values associated with specific substances and the stigma associated with specific groups of people.

The Diversity of Expertise in a Democratic Public Health

We discussed how current values and attitudes toward cannabis are partly informed by scientific evidence, and that sorting what evidence is and which evidence counts are questions that directly concern the democratic nature of debates about drug policies. Our findings highlighted that clinicians envisioned a strong role of health authorities in evidencing and policing drug use. In a democratic public health system, the vitality of the political system depends on its engagement with its citizenry (Massé, 2003), but healthcare professionals, especially the medical body, have great influence on public policy (Foucault, 1994).

Interestingly, clinicians in our study generally supported legalization, but those who spoke about the characteristics of cannabis as a psychoactive substance expressed greater concern than other groups over the consequences of cannabis on the health of individuals. They also claimed prevention efforts would be complicated by the fact that it is impossible to foresee who will be most impacted by the policy change and who will be most susceptible to developing substance use disorders. Their views and concerns were aligned with the role that the influential Canadian Medical Association (CMA) played in the deliberations conducted by the Canadian government's Task Force on Cannabis Legalization and Regulation. Although the CMA supported the legalization of cannabis in Canada, it also advised the government to prioritize a public health approach and a 'comprehensive national strategy to address the harms associated with psychoactive drugs' (Canadian Medical Association, 2018). Incidentally, clinicians in our study expressed having the impression that the public was excited by the benefits of cannabis while neglecting to acknowledge its potential dangers. This resonates with findings in the literature showing that clinicians are cautious about supporting both the legalization of recreational (Brooks, Gundersen, Flynn, Brooks-Russell, & Bull, 2017; Wolf, Perhats, Clark, Frankenberger, & Moon, 2020) or medical cannabis (Jones & Hathaway, 2008). In other studies, providers have admitted to a knowledge deficit regarding the benefits and risks of cannabis (Brooks, Gundersen, Flynn, Brooks-Russell, & Bull, 2017; Ng, Gilotra, Usman, Chang, & Busse, 2021). This was not the case for the clinicians in our study, suggesting that the voice and the potential democratic roles of clinicians specializing in addiction might be distinct from those of other healthcare providers. Similarly, the Canadian Centre on Substance Abuse (now called the Canadian Centre on Substance Use and Addiction), mandated by the Canadian Government to provide national leadership on drug policy, identified the goals for healthcare workers in the substance use fields as to 'delay, reduce or eliminate drug use', to 'de-normalize substance use' and to 'reduce stigma and discrimination against people who use' (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014).

The compatibility of this harm-reduction public health framework and the de-normalization of drug use, coupled with the aim of reducing stigma against people who use drugs, is questionable and raises questions about the role of scientific and clinical expertise in democracy. Can clinicians simultaneously promote cannabis use de-normalization while not also engaging in the use of

stigma as a public health tool (Bayer & Stuber, 2006; Fong, Hammond, & Hitchman, 2009; Bell, Salmon, Bowers, Bell, & McCullough, 2010), as was the case on the path of de-normalizing (decreasing social tolerance toward) cigarette use in Canada? It is unclear how a drug use de-normalization goal could be achieved without negatively affecting people who use drugs, especially when it comes to reducing stigma and encouraging trust in healthcare providers. This tension between anti-stigmatization and de-normalization has also been shown to have serious social and health implications in the context of FASD and schizophrenia. In the first context, the stigmatization of mothers who drink alcohol during pregnancy or give birth to children with FASD in Canada (Aspler, Zizzo, Di Pietro, & Racine, 2018) causes fear which makes it harder for them to access health services (e.g., appropriate pre- and postnatal care, mental health (Eggerston, 2013)). In the latter, cannabis use among people living with schizophrenia or at risk of developing it is the target of numerous public health prevention efforts, yet when the patients themselves are asked, they report therapeutic benefits of cannabis use that help them cope with their symptoms and help them find a sense of normalcy with their condition (Costain, 2008).

Such differences of opinion and values between clinicians and other stakeholder groups call into question clinicians' role in democratic discourse. What role should medical experts play in fostering public debate about drug policy? Is this matter only for medical experts to delve into? Should lay citizens have a say in shaping policies that impact them? Importantly, because of the stigma associated with drug use, the stigmatized identities of people who use drugs can act as an obstacle not only to proactively manage their own health, but also to their opportunities for civic participation in public health democracy. The diverse viewpoints shared by people with lived experience in our study point toward more liberal ideologies around drug use and the need to let people make their own decisions, discover experiences for themselves and see whether drug use is right for them. This stands in tension with clinicians' harm-reduction orientation calling for more drug use prevention and less drug use normalization. Opening up public health debates to participants typically considered non-experts (e.g., lived experience and expertise), such as what we did at a small and experimental scale, could be valuable in the future given that legalization, with a pragmatic public health approach, must consider those most intimately affected, and the potential for everyone alike to lead healthy lives and thrive in society. Doing so could help

supplement traditional expertise (e.g. content expertise) with other forms of knowledge. Further, understanding the subtlety of the variations in the opinions of participants alongside the breadth of factors directly and indirectly associated with legalization is important for science communicators and policy makers in preparing eventual public debates on and messaging around drug policy changes (Lancaster, Ritter, & Stafford, 2013; Vann, 2022). Assuming single arguments or single narratives regarding drug policies— and assuming the existence of a single public with monolithic interest—may lead those who disagree to feel alienated from public debate and public policy, especially since voices in the medical field tend to be heard strongly, potentially to the detriment of the diversity of opinions and experiences in marginalized communities.

Limitations

We acknowledge that voluntary convenience sampling and snowballing recruitment methods created sample bias. The scale of our sample (n=48) and the geographic extent of our data help mitigate this risk although imperfectly. Our data analysis implicated multiple coders and rounds of revision, which strengthened the observations made. That said, it is worth noting that in the time since the data were collected, edibles and other forms of cannabis products have been legalized in parts of Canada (although still subject to provincial and territorial regulations or prohibitions), something which our study did not account for. Likewise, given that the data for our study were collected in 2019, it is impossible for us to speak to whether the opinions of these stakeholder groups shifted between data collection and time of publication. No matter, our results hold relevance as they shed light on the state of stakeholders' views as they were shortly after the drug policy change, a time from which there is much to learn in projecting potential avenues toward the decriminalization or legalization of other psychoactive substances in Canada and elsewhere.

Conclusion

This study explored stakeholders' views on the legalization of cannabis. It sheds light on the relationship between the perceptions of cannabis as harmful for individual health, its risk to public safety, and reasons for supporting the legalization of cannabis. Our study showed a great diversity of potentially conflicting reasons for supporting the legalization of cannabis. While clinicians held

rather well to a harm-reduction framework, this was not the case for those with lived experience of addiction and members of the general public. The former often stated personal autonomy and informed choice as strong rationales for the policy, while members of the public cited public interest and safety. In a democracy, complete public agreement cannot be expected on such complex matters but processes where the experiences of various stakeholders are heard can be implemented. Broadening the understanding of the democratic public sphere to be inclusive of various experiences would be a welcomed step for further policy discussions. Likewise, although opening drug policy to rational discussion is an important milestone, there is still much to be done to bring greater rationality to the understanding of drug risks. Within such efforts, clinicians, researchers and biomedical scientists have an important role to play but they also bring their own value frameworks (e.g. harm-reduction and de-normalization) which are not always entirely compatible with democratic ideals since de-normalization can fuel stigmatization processes.

Chapitre 4 – Dépendance aux drogues et prise de décision volontaire

Accord des coauteurs

Université  de Montréal Faculté des études supérieures et postdoctorales

ACCORD DES COAUTEURS D'UN ARTICLE INCLUS DANS UN MÉMOIRE DE MAÎTRISE OU UNE THÈSE DE DOCTORAT

Lorsqu'un étudiant n'est pas le seul auteur d'un article qu'il veut inclure dans son mémoire ou dans sa thèse, il doit obtenir l'accord de tous les coauteurs. De plus, le nom de tous les coauteurs doit apparaître dans le manuscrit pour chacun des articles. L'étudiant doit s'assurer qu'il détient les autorisations requises. Pour toute information complémentaire, consultez le Guide de présentation et d'évaluation des mémoires et des thèses disponible sous l'option Publications de la section Cheminement et encadrement du site www.fesp.umontreal.ca.

1. Identification

Nom Rochette	Prénom Marianne	Matricule [REDACTED]
Grade M.Sc.	Programme 2-484-1-0	

2. Description de l'article

Auteurs Marianne Rochette, Matthew Valiquette, Claudia Barned, Eric Racine	
Titre Decision-making in the context of drug addiction: An empirical exploration of the philosophical underpinnings of volition	
État actuel de l'article <input type="checkbox"/> publié <input type="checkbox"/> soumis pour publication <input checked="" type="checkbox"/> en préparation	
Revue / journal *	
* Si l'article est en phase finale de préparation ou a été soumis pour publication, veuillez fournir tous les détails disponibles.	

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, j'autorise : Marianne Rochette
 à inclure cet article dans son mémoire de maîtrise sa thèse de doctorat
 qui a pour titre Comprendre les défis éthiques entourant la prise de décision en contexte de dépendance aux drogues: Analyse qualitative du discours de parties prenantes

Matthew Valiquette	[REDACTED]	24/03/2022
Coauteur	Signature	Date
Claudia Barned	[REDACTED]	March 23 2022
Coauteur	Signature	Date
Eric Racine	[REDACTED]	21/03/2022
Coauteur	Signature	Date
Coauteur	Signature	Date

FESP / formulaire accord des coauteurs mémoire ou thèse par articles / août 2012

Imprimer

Effacer tout

Statut de publication

Au moment de soumettre ce mémoire, cet article a été publié au journal *Neuroethics* (Oxford University Press) et est disponible en ligne : <https://doi.org/10.1007/s12152-023-09530-5>.

Auteurs et affiliations

Marianne Rochette^{1,2}, Matthew Valiquette¹, Eric Racine^{*1,3,4,5}, Claudia Barsed^{1,6,7,8}

¹Unité de recherche en éthique pragmatique de la santé, Institut de recherches cliniques de Montréal, Montréal, QC, Canada

²Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

³Division of Experimental Medicine, McGill University, Montréal, QC, Canada

⁴Department of Neurology and Neurosurgery, McGill University, Montréal, QC, Canada

⁵Department of Medicine and Department of Social and Preventive Medicine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

⁶Bioethics Program, University Health Network, Toronto, ON, Canada

⁷The Institute for Education Research, University Health Network, Toronto, ON, Canada

⁸Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

* Auteur de correspondance :

Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)

110 avenue des Pins Ouest, Montréal, QC H2W 1R7

Tel: (514) 987-5723

Fax: (514) 987-5763

Email: eric.racine@ircm.qc.ca

Article 2: “Addiction and volitional abilities: Stakeholders’ understandings and their ethical and practical implications”

Abstract

Addiction is a common condition affecting millions of people worldwide of which only a small proportion receives treatment. The development and use of healthcare services is influenced by how addiction is understood (e.g., a condition to treat, a shameful condition to stigmatize), notably with respect to how volition is impacted (e.g., addiction as a choice or a disease beyond one’s control). Through semi-structured qualitative interviews, we explore the implicit views and understandings of addiction and volition across three stakeholder groups: people with lived experience of addiction, clinicians with experience treating addiction, and members of the public without lived experience of addiction. We notably examine whether three paradigms, i.e., three philosophical sets of understandings about the nature of reality and knowledge (realism, relativism, pragmatism) reflect how stakeholders envision addiction and volition and an assessment of the coherence of beliefs about these matters. Our findings demonstrate that few participants relied on a single epistemic paradigm when describing their views. Furthermore, there were notable differences in understandings of volition between the clinician group, who were more oriented toward pragmatism, and people with lived experience of addiction, who were less oriented toward realism. Despite its limitations, our study suggests that a greater appreciation for the complexity of views held by different stakeholders about addiction and volition could help critically assess the search for coherence expressed in academic and policy debates.

Keywords

Addiction, substance use disorder, ethics, free will, volition, qualitative research

Introduction

Drug addiction⁶ is a common condition estimated to affect 35 million people worldwide who require treatment while only one out of seven receives treatment (United Nations, 2019). In Canada, addiction affects one in five persons in their lifetime (Statistics Canada, 2014). Yet, despite this high prevalence, which can vary according to definitions and diagnostic criteria used, people who use drugs (PWUD), and most specifically people who misuse drugs or develop substance use disorders, remain among the most discriminated and structurally vulnerable populations in healthcare (Muncan, Walters, Ezell, & Ompad, 2020; Marsh, Cao, Guerrero, & Shin, 2009; Brondani, Alan, & Donnelly, 2017; Farrell & Glyn, 1990; Room, Rehm, Trotter, Paglia, & Üstün, 2001). There are well-known physical barriers to treatment for PWUD, such as geographical distance, issues of anonymity/registration requirements, and fear of criminalization (Baca, Alverson, Manuel, & Blackwell, 2007; Stone, 2015). Moreover, even when services are tailored to the needs of the most structurally vulnerable users and aim to lower the effects of these physical barriers, issues surrounding trust and competence have been identified as greatly limiting access to these services (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Related to these issues are important questions of how disordered drug use is understood, notably with respect to how volition is impacted in addiction (Vohs & Baumeister, 2009).

The lack of trust and understanding toward PWUD is considered to have many roots, one of which concerns the philosophy – or the “hidden arguments” – of clinicians (Treloar & Holt, 2006; Fox, 1999). Clinicians’ hidden arguments undeniably affect their practice, yet they are difficult to capture due to their implicit nature. Further, explicit and implicit understandings of the experience of struggling with disordered drug use are influenced by each person’s own

⁶ In this paper, we use the word addiction as minimally as possible, referring instead to disordered drug use, which we characterize as drug use that feels abnormal to the person, whether or not they qualify to or even seek a medical diagnosis of substance use disorder. Still, since at the time of conducting our research project, we focused on addiction, we must acknowledge that our research speaks to the stakeholders’ understandings of addiction and refer to this term when referencing participants’ understandings or experiences.

background and relationship to the phenomenon. For example, the disease framing of substance use disorders may encourage viewing it as an individual issue and carry assumptions about the role for volition in the context of disordered drug use – typically, that the brain is “hijacked” such that the person in question cannot make decisions of their own volition (Hall, Carter, & Forlini, 2015; Racine, Bell, Zizzo, & Green, 2015; Racine & Rousseau-Lesage, 2017). However, there could be different ways to internalize this framing according to one own’s relationship to disordered drug use which entail different implicit understandings of the volitional abilities of PWUD. Drew (1986) addressed this possibility by evoking the behaviours this belief could entail for PWUD and for clinicians. Namely, “[t]he disease concept introduces the danger that persons who are said to have the disease will abdicate personal responsibility, both for their behaviour and for their recovery, and that those who make the diagnosis will expect that they should be able to impose an effective cure.” (p.264). Such implicit and rather philosophical assumptions about the nature and characteristics of disordered drug use and related understandings about volition and responsibility in this context have important practical implications. For example, as discussed earlier, viewing disordered drug use as a medical disease tends to lead to framing PWUD’s decisions as purely compulsive, without providing full insight into the low retention rates of participants in clinical trials who receive a substitute for their substance of choice for free (Kleinman, Lukoff, & Kail, 1977; Klimas, et al., 2021) although other factors are likely at stake since methadone and buprenorphine are likely not the drug of choice. Conversely, viewing disordered drug use as a choice (e.g., (Foddy & Savulescu, 2006)) is often criticized for limiting the possibility to engage with important observations about the neurobiology of substance use disorders (Perring, 2011; Volkow & Li, 2004). Furthermore, as indicated earlier, the use of drugs and access to services and support for problematic drug use is socially-shaped such that attribution of drug use to mere choice does not render justice to the significant impact of social determinants of health on PWUD (Levy, 2019). Thus, the framing of disordered drug use (e.g., as disease, as a choice, as being socially shaped by social determinants of health) has potential impacts on health policy and public understandings of drug use more broadly.

In this paper, we explore the implicit views and understandings of addiction, drug use and volition through the analysis of qualitative interviews with three stakeholder groups: people with lived

experience of addiction (PwLEA)⁷, clinicians, and members of the public without lived experience of addiction. The inclusion of groups with different relationships to drugs is intended to allow comparisons in views held between groups and understand how different life experiences shape discourse about addiction and volition in the context of drug use. We also explore whether three paradigms, i.e., three sets of understandings about the nature of reality and knowledge (realism, relativism, pragmatism) (Seller, 1988; Slevitch, 2011; Proctor, 1998) can reflect stakeholders' understandings of disordered drug use and volition. To simplify (see Tableau 5 in methods for greater elaboration), *realism (or objectivism)* admits that things exist independently of epistemic agents, such that objective knowledge about things is both achievable and accessible (Miller, 2019; Maxwell, 2012). *Relativism (or subjectivism)* holds that knowledge about the world is accessed through subjective experiences, where as humans, our views are shaped by our relative environment (Baghrarian & Carter, 2020). *Pragmatism (or interactionism)* posits that the world is constituted by interactions and that understanding these interactions (e.g., through intersubjective analysis) allows us to understand the effect that our interactions with the environment has on us and vice-versa (Legg & Hookway, 2021; Biesta, 2015).

Importantly, although philosophical reflection on paradigms and assumptions about drug misuse and substance use disorders is active and ongoing (Pickard & Ahmed, 2019), few studies have tackled how disordered drug use is conceptualized at a more philosophical level by taking into account natural discourse, particularly the experience and first-person accounts of PWUD (for a rare exception, see (Stillman, Baumeister, & Mele, 2011)). Likewise, the role of volition in further understanding disordered drug use and related behaviours has seldom been explored qualitatively. It has been more common to measure concepts describing volition, such as free will and control, through quantitative scales (Nahmias, Shepard, & Reuter, 2014; Heather, 2017b). However, personal understandings of volitional abilities, and more generally the way they relate

⁷ During recruitment, participants self-identified as having lived experience of addiction to a drug, with or without a medical diagnosis of substance use disorder. Hence, in this paper, we use the terminology people with lived experience of addiction (PwLEA). We recognize that terminology has evolved and therefore only use the term when referring to the participants in our study to respect how they chose to identify at that time.

to views of the world, are important to gather, as they could bring new perspectives to ongoing discussions about PWUD and how drug policy focused on harm reduction ought to be developed with perspectives of PWUD integrated into ethical deliberations. This latter claim presumes an account of ethics (e.g., hermeneutical, pragmatist) that recognizes that a better understanding of human and social realities helps make sense of situations as they are experienced and such understandings help enrich and nurture creative reflection on possible scenarios to surmount ethical challenges (Abma, Baur, Molewijk, & Widdershoven, 2010; Widdershoven, Abma, & Molewijk, 2009). Within such a view, the traditional tension or dichotomy drawn between is and ought is reformulated as a tension between lived experience (current and past lived experience) and aspired or projected experience. In short it resituates the tension as a temporal tension within the existence and experience of people (Racine & Cascio, 2020). Also, because this ethical orientation brings attention to human growth and flourishing which tap into intrinsic motivations and personal narratives, it is of crucial importance to involve those concerned by situations to participate in sharing experiences about them and participate in the imagination of response to those situations (Rydenfelt, 2023; Racine, et al., 2022; Racine, 2024). This study is a modest step in this direction.

Methods

Study design and interviews

A qualitative study based on semi-structured interviews was conducted to provide insight into how disordered drug use (*addiction*) and volitional abilities are perceived. From a methodological standpoint, we did not pull from standard social science paradigms (as introduced by Guba and Lincoln (2005)) because of the limitations of paradigm-based social science from the standpoint of hermeneutic and pragmatist scholarship which advocate for more open-ended use of empirical ethics research methods (Feilzer, 2010; Biesta, 2015). Also, we felt that this more open and simpler orientation helped avoid confusion between epistemic paradigms about addiction and volition in addiction, and social science paradigms.

The protocol and study materials were approved by the Institut de recherches cliniques de Montréal ethics review board to ensure consistency with provincial and federal research ethics

policies. An interview guide using open-ended questions was developed by CB and ER. The interview guide was also translated to French by MV and reviewed by ER. The interview questions aimed to capture participants' understandings of addiction, i.e., how they understood the nature of addiction; whether they agreed with and knew of existing models of addiction; and what factors impacted addiction and drug use-related behaviours. The questions also targeted participants' understandings of volition: whether or when PWUD demonstrated volitional abilities in decision-making; whether there was a difference between different concepts describing volition (e.g., free will, willpower); and whether volition was necessary for treating addiction. A total of 48 interviews were conducted between April and August 2019; 44 in English and four in French. The interviews were transcribed either by a professional transcription service ($n=45$) or by a research team member ($n=3$). French interviews ($n=4$) were transcribed in the original language, then translated by a team member. All material was anonymized.

Selection and recruitment

Stakeholders were selected based on the relationship they had with addiction: PwLEA, clinicians with professional expertise in the field of substance use disorder, and members of the public, without any personal experience of addiction. Recruitment was undertaken via advertisements posted online targeting people living in or in the vicinities of Toronto, Vancouver, and Montreal, as well as snowball sampling. The postings were made on a common Canadian online multi-purpose community platform (Kijiji). For clinicians, we recruited additionally through peer networks.

Participants

Sixteen members of each group were recruited, for a total of 48 interviews averaging 60 min each. The interviews were done over the phone and in person (as possible given the location of participants). Clinicians had anywhere from eight to 44 years of practice in addiction ($n=14$; mean=19.07; SD=10.64). Their specializations were the following: addiction counselling ($n=4$), family medicine ($n=3$), addiction medicine ($n=2$), addiction psychiatry ($n=2$), clinical psychology ($n=2$), nursing ($n=2$), and infectious diseases ($n=1$). Members of the public were between 23 and 70 years of age ($n=16$; mean=40.25; SD=16.15). PwLEA were between 22 and 55 years old ($n=15$;

mean=36.53; SD=10.34) and described having a past or present addiction to the following drugs: alcohol ($n=7$), cannabis ($n=7$), prescription drugs ($n=3$), cocaine ($n=3$), crack cocaine ($n=2$), nicotine ($n=2$), hallucinogens ($n=1$), cough syrup ($n=1$), ketamine ($n=1$) and amphetamine ($n=1$). Almost half of the PwLEA group reported having current or past problems with more than one substance ($n=7$).

Coding and Analysis

Thematic content analysis

Transcripts were imported into MAXQDA software for coding. An inductive and iterative method of thematic analysis (as outlined in (Braun & Clark, 2006) but with some accommodation to describe quantitatively some patterns of data, see note below) was applied to the transcripts to capture the more explicit content related to the nature of addiction and volitional abilities therein. After a first read-through of the transcripts, MV and MR produced preliminary themes to initiate the coding process. Then, additional themes were piloted by MV using a sample of the coded segments for each theme and submitted to MR and ER for review against the dataset. This step allowed for revisions of the coding guide to better fit the data and ensure rigour in the process. Moreover, 10 percent of all coded segments were reviewed by MR for accuracy and coherence with the coding guide. ER also reviewed all coding: once halfway through, and once at the end of the coding process. As a final step, MV produced and refined definitions of the themes (addiction and drug use; concepts describing volition) and related subthemes. Addiction/drug use was divided into four sub-themes: (1) the nature of addiction/drug use; (2) evaluations of addiction; (3) the impact of addiction/drug use; and (4) the morality of addiction/drug use. Content related to volition was divided into 2 sub-themes: (1) the nature of the concept describing volition; and (2) evaluations of whether persons displayed or possessed volition.

Interpretative content analysis

Additionally, a more interpretive content analysis (as used for example by (Bracken-Roche, Bell, Macdonald, & Racine, 2017)) was conducted, consisting in an iterative process of articulating the specific aspects of epistemic paradigms in the context of addiction. This content was more implicit and required greater interpretation and contextualization on behalf of the coders. First, three

paradigms were selected by MR, MV and ER for relevancy on the topics of addiction and volition: realism, relativism and pragmatism. Definitions were elaborated by MR and MV based on philosophical content from journal articles and the Stanford Encyclopedia of Philosophy (Miller A. , 2019; Maxwell, 2012; Baghrmian & Carter, 2020; Legg & Hookway, 2021; Biesta, 2015; Guba & Lincoln, 2005; Racine, 2008). These definitions were then further detailed to capture how the themes identified in the previous step related to the sub-themes of addiction and volition (see Tableau 5. – Overview of Paradigms used in Interpretive Content Analysis). The paradigms used serve as Weberian ideal types to help bring coherence to the data, notably the relationships between sub-themes. We recognize that these paradigms are simplified accounts of the positions they express and are used only to help organize and interpret the data from an empirical research standpoint. Their virtue is chiefly to help characterize views about addiction and volition and assess whether participants hold a coherent view on these matters. They do not serve a justificatory function in a broader philosophical sense.

We compiled the number of segments from each participant in every theme/sub-theme and every paradigm to explore whether the paradigms could represent an individual's opinion on addiction or on volition. After piloting with one quarter of the participants, it was convened that participants' views on addiction and/or volition were well represented by one paradigm when most of the views they expressed on a given topic were associated to this paradigm. The use of quantification was limited to helping in creating this categorization, which is mobilized in the results section in discussing the internal coherence of participants' adherence to paradigms as well as group patterns. When no single paradigm represented participants' views well for a given theme, the category of "mixed views" was attributed. When the participants conveyed a coherent line of thought that did not align with any of the three paradigms, the category of "other" was assigned. When no paradigm could be attributed and no coherent line of content would be identified, coding was inconclusive and suspended (this occurred only once for participant P13 with respect to theme 1, views on addiction).

Data Presentation

Tables with citations are used to illustrate specific aspects of the thematic content analysis while qualitative text syntheses are used to report observations stemming from the interpretive content analysis and observations made thereon, notably with respect to paradigms. Quantification is used sparingly given the qualitative nature of the study such as in the description of patterns of alignment of participants with the three epistemic paradigms. In this respect, we depart slightly from a focus on purely qualitative ways of presenting data as suggested by Braun & Clark's (2006) standard thematic analysis. For the epistemic paradigms, we report on salient content in each paradigm and give a sense of the coherence of the sub-themes within paradigms. Given that no participants would explicitly call upon these paradigms, we use expressions such as "content aligning with paradigm 1, 2, 3" and "views corresponding to", but these should be interpreted with the current data analysis strategy in mind. We use acronyms representing their stakeholder group (C for clinician, P for public, PwLEA for people with lived experience of addiction) and a specific number to identify each participant. Addiction and drug use are considered two different concepts as participants often drew a distinction between them. Where the terms "addiction & drug use" is used, the reader should understand that we mean the statement in question concerns both concepts. Although separate citations for the four sub-themes of addiction and drug use as well as the two sub-themes of the concepts describing volition are provided, this is a simplification, since participants' views on these sub-themes were intricately related, and most participants addressed many sub-themes simultaneously. Definitions for the more specific sub-themes are provided in the results section of this paper (in Tableau 6 for addiction and in Tableau 7 for volition; the full coding guide is also available as supplementary material).

Tableau 5. – Overview of Paradigms used in Interpretive Content Analysis

	Pragmatism	Relativism	Realism	Other	Inconclusive
Addiction & Drug Use	<p>Addiction is dynamic; it is a process which fluctuates and changes over time</p> <p>Drug use has a moral value according to the transactional interactions that individuals share with their environment</p> <p>Addiction is an intersubjective experience shaped by the interactions between individuals and their environment</p> <p>Drug use can hinder or help individuals maintain or build relationships</p> <p>The impacts of addiction and drug use are relational and intersubjective</p> <p>Addiction can be treated through dialogical approaches which engage those affected by drug use</p>	<p>Addiction and drug use are (or should be) construed relative to a social or scientific framework or according to subjective differences among individuals</p> <p>Drug use has a moral value according to social, scientific or political contexts (e.g., legality, medical prescription)</p> <p>Determinations of addiction (and whether it is problematic) are made relative to contextual and social factors (e.g., culture, legality, social acceptance, etc.)</p> <p>The impacts and effects of drug use are relative to social, cultural or individual factors</p>	<p>Addiction is a static and discrete condition (all or nothing, the same across all individuals)</p> <p>The morality of drug use is either wholly right or wrong for all individuals</p> <p>Determinations of an addiction can be made via algorithmic, objective judgments</p> <p>Addiction can be treated according to one model applied to all individuals with addiction</p> <p>Addiction is rooted in unchanging factors common to all persons with addiction</p> <p>The impacts and effects of drug use are similar for all individuals, rooted in unchanging factors</p>	---	---
Inclusion	<p>Addiction progressively affects the social network or relationships of individuals</p> <p>Addiction impairs people’s ability to be emotionally connected to others</p> <p>Addiction and drug use involve transactional interactions between environmental and personal factors (e.g., divorce, family relations, mental health)</p>	<p>Addiction and drug use should be understood according to what is socially preferable (e.g., teaching addiction as a brain disease to reduce stigma)</p> <p>Addiction and drug use differ in impact and effect according to the substance of choice</p> <p>Addiction and drug use are encouraged by and involve society as a whole</p>	<p>Addiction makes people act the same way to obtain drugs even if some drugs involve different physical effects</p> <p>Addiction boils down to meeting certain criteria used in R&R</p> <p>All forms of addiction stem from emotional problems, not being able to manage difficult experiences</p> <p>Anyone is at risk of developing an addiction</p>	<p>Answers convey a coherent line of thought that does not align with any of the three paradigms</p>	<p>Answers are either <i>incomplete</i> (too short or lacking in depth), <i>vague</i> (detailed yet too ambiguous to interpret), or <i>implicit</i> (information that only implicitly responds to the question)</p>

<i>Exclusion</i>	Addiction boils down to the same condition in every person, even if some drugs are more harmful than others Addiction can be understood apart from the transactional experiences of individuals	Addiction and drug use involve the same impacts and consequences for all substance (ab)users Addiction is compulsive, whereas recreational drug use is not; both are clearly differentiable from one another	Drug use is situationally morally acceptable depending on whether it does harm to others Addiction varies in degree of severity and is multifaceted; it begins with a choice that gets progressively eroded	Answers align with one of the three paradigms	Answers align with one of the three paradigms or fits in the “other” category
Concepts Describing Volition	Concepts are co-constructed through transactional interactions Concepts are dynamic and fluctuate according to the time, situation and the relationships at play Concepts are tools which help or hinder individuals in maintaining or building relationships	Concepts are relative to social, cultural or individual factors (e.g., age, social group, impulsivity, level of intoxication, personality, mental health, etc.) Concepts are ultimately subjective; they vary from one person to the next	Concepts are discrete, either wholly applying to individuals’ experiences or not (see P4) Concepts are static and fixed—they do not change over time or according to social/individual factors Concepts are ultimately objective	---	---
<i>Inclusion</i>	Concepts involve a bi-directional interaction between personal and environmental factors Concepts are inscribed in and understood through intersubjective experiences Concepts are relational and operates on a continuum (not discrete)	Concepts (e.g., willpower) vary from one person to the next (based on vulnerability) Concepts (e.g., consent) are influenced by social, legal and individual factors (e.g., social standings, personality, level of intoxication)	There is no difference between concepts (e.g., free-will and willpower) Concepts differentiate recreational use from compulsive drug use Concepts do not relate to addiction whatsoever (e.g., addiction is not a question of willpower)	Answers convey a coherent line of thought that does not align with any of the three paradigms	Answers are either <i>incomplete</i> (too short or lacking in depth), <i>vague</i> (detailed yet too ambiguous to interpret), or <i>implicit</i> (information that only implicitly responds to the question)
<i>Exclusion</i>	Concepts are particular to each and every individual apart from environmental interactions (e.g., free-will or willpower affected by level of impulsivity)	Concepts operate on a continuum and fluctuate There is no difference between certain concepts Concepts do not apply to a person’s experiences	Concepts vary according to drug of choice, stage of addiction, age, etc. Concepts fluctuate and/or operate on a continuum	Answers align with one of the three paradigms	Answers align with one of the three paradigms or fits in the “other” category

Results

Understandings of Addiction & Drug Use

Overall, some participants expressed views about addiction that aligned with realism (N=3; 1C/2P), relativism (N=8; 3PwLEA/2C/3P), and pragmatism (N=7; 3PwLEA/3C/1P), however, the vast majority had mixed views (N=26; 10PwLEA/9C/7P), some held other views (N=3; 1C/2P) and one was inconclusive (P13).

Tableau 6. – Views on Addiction and Drug Use with Respect to Three Epistemic Paradigms reports content for the four sub-themes of addiction & drug use as they are associated with each paradigm and example citations. The nature of addiction (sub-theme 1) and the impacts of addiction (sub-theme 3) were most extensively discussed by the participants. They were also often tied together in participants’ views. For example, in the following description of addiction: ‘*addiction is losing control*’, the nature of addiction is tied to a perceived impact (sub-theme 3). In general, neither the morality of addiction nor the morality of drug use (sub-theme 4) was as closely connected to other sub-themes. Most often, addiction was considered as neither the person’s choice nor something for which they should be blamed. Only one participant claimed that addiction was morally wrong. Importantly, only in the context of this sub-theme were drug use and addiction always distinguished.

Tableau 6. – Views on Addiction and Drug Use with Respect to Three Epistemic Paradigms

	Realism	Relativism	Pragmatism
Sub-theme 1: Nature of addiction/ drug use	Addiction/drug use is a static and generalizable state, rooted in unchanging factors, wholly applying (or not) to persons’ experiences	Addiction/drug use is, or should be, construed relative to a social or scientific framework, or to perceived differences among individuals	Addiction/drug use is dynamic, operates on a spectrum, and can be understood via dialogical, participative approaches
Illustrative citations	‘I’ve seen my addiction present itself in other ways, not just in the use of drugs. You know, I’ve seen it present itself in the spending of money, I guess, poor, impulsive decision-making. So, I think that the drug does	‘Personally, I feel that it’s more of habits, but according to what I’m hearing now from doctors and other people, people seem to be preferring to refer to it as a brain disease, so I’m kind of	‘I think it’s true that the substance itself has some influence on the brain functioning so that the salience of drug gets higher so that the patient ☐...☐ has some kind of crooked perception of advantages and disadvantages related to

	play a role. Just physiologically, the drug definitely varies. But when it comes to addiction, I think addiction is addiction, you know?' (PwLEA3)	willing to go along with that.' (PwLEA11)	the drug. But at the same time, it's also true that there is a lot of other influences, the social influences in the environment, and also even the personality of the person, and the support system she might have.' (C2)
Sub-theme 2: Evaluations of addiction	Evaluations of whether drug use is problematic can be made via algorithmic, objective judgments	Evaluations of whether drug use is problematic are made relative to contextual and social factors	Evaluations of whether drug use is problematic involve interactions
Illustrative citations	'But to me, an alcoholic is just filling up the list that they have in specialized rehab centres. They have like five questions. Has it affected your life, your family life, your professional life? Have you tried to stop drinking and not been able to? Have you lost relationships because of it? Have you had drinks in the morning? You know, that is an alcoholic.' (PwLEA12)	'I guess it's more recreational ☐...☐ as long as ☐...☐ there's not harm to them or others. I think that's the thing, is like, you know, they're not harming themselves or others. Now, that's a very broad thing, and that harm can come in many ways, but I think the idea, insomuch as use of a substance doesn't lead to harm ☐...☐, I'm not going to be hung up on just because it's a drug and somebody gets high.' (C5)	'A drug impacts the welfare of a community, the resources of a community. Drugs influence families. So, certainly that impacts... The addict isn't in isolation, and behaviour isn't in isolation, so therefore, it becomes problematic. And I think when the user's behaviour impacts detrimentally to his or her community, then we have a problem that has to be addressed.' (P12)
Sub-theme 3: Impacts of addiction/drug use	The impacts of addiction/drug use are similar for all individuals, whether some drugs are more addictive than others or not	The impacts of addiction/drug use are judged relative to social, cultural, or individual factors	The impacts of addiction/drug use are inscribed in context and shaped by the environmental settings of an individual
Illustrative citations	'It's not as simple as making a choice. There's biochemistry at play that makes it challenging ☐...☐. People have a biological illness, and that illness is impacting their ability to make a decision. So, medicines are required ☐...☐ to help people	'So much of what's harmful about addiction is how other people perceive you. And that's less of a choice ☐or☐ a willpower thing. That's more just how society is sort of structured.' (PwLEA8)	'If I bump into someone on the street that I know, and they offer me some drugs, it's very easy for me to just say no and walk away. But, if I'm hanging out at someone's house, and it's a comfortable setting, in four walls, nobody else is there, it's very difficult for me to

make certain decisions around drug use.’ (C16)	walk away from that situation.’ (PwLEA4)
--	--

Sub-theme 4: Addiction/ drug use morality	The value of addiction/drug use is objective and applies to everyone	The value of addiction/drug use is determined relative to social, scientific, or political contexts	The value of addiction/drug use involves transactional experiences
Illustrative citations	‘If I [had] the power, I would just take that out of the street, especially cannabis, because [...] when people take [drugs], they don’t know what they’re doing. They kill. They do kind of crazy stuff.’ (P7)	‘I would say “morality” is not part of how I view substance use. What I would be more moved is certainly the consequences and how society reacts to substance use and addiction and people with addiction. That I would be probably reacting more from a moral standpoint but not necessarily towards people who actually use but more about how society reacts to those people.’ (C7)	‘I don’t think “drug use” is morally wrong in and of itself. Like, I think sometimes it can become a moral choice when it’s affecting other people and when other people are telling the person that it’s having a negative effect on them.’ (P4)

Realism: Content related to realist sub-themes tended to be interconnected. For example, participants who identified the nature of addiction (sub-theme 1) as independent from social and personal factors often also considered that evaluations of addiction (sub-theme 2) could be premised on objective and tangible criteria (See PwLEA12, Tableau 6: sub-theme 2/realism). Similarly, a realist understanding about the impacts of addiction (sub-theme 3) was commonly paired with statements which ascribed a fixed nature to addiction (sub-theme 1) while endorsing objective, standard criteria for evaluating addiction (sub-theme 2). There were also connections between a realist view on the nature of addiction and participants’ judgments of the morality of addiction. This was represented by statements such as: ‘I definitely don’t see it as morally wrong. I see it as you may do some very amoral and immoral things while under the influence, but it’s an

illness.’ (C3). Overall, the realist paradigm was most often associated with considering addiction/drug use as morally neutral.

Relativism: For views related to relativism, the nature of addiction (sub-theme 1) tended to be more concretely described. Likewise, the evaluation of addiction (sub-theme 2) was made based more on subjective experience and whether it impacted others. The impacts of addiction (sub-theme 3) varied based on a person’s social environment and accepted social norms. Interestingly, there was less cohesion between the three sub-themes as compared to realism. This is also evidenced by the fact that relativist view on sub-themes of addiction could more easily coexist with other paradigms. Within relativist views, the impacts (sub-theme 3) and morality (sub-theme 4) of addiction were seen as highly contingent on individual, social, or political determinants, and not as being based on objective, universal criteria. Relativism was the most widely used paradigm when addressing features of drug use morality (sub-theme 4). Participants in all groups commonly framed their moral views of addiction and drug use as contingent on certain behaviours deviating from social norms. For example, drug use was considered morally neutral, unless the person using drugs stopped taking their parental responsibilities seriously or started stealing to obtain their drugs (i.e., drug use is morally wrong if it affects others).

Pragmatism: Participants whose views were consistent with pragmatism recognized not only an influence from but an interaction between personal and social factors as constitutive of the nature of addiction (sub-theme 1). When participants described the nature of addiction (sub-theme 1) as inherently dynamic and contextual, their conception of evaluations of addiction (sub-theme 2) tended to be equally rooted in dynamic and contextual factors. Such a relationship was not as evident between the other sub-themes. Only a small proportion of participants viewed evaluations of addiction (sub-theme 2) and drug use morality (sub-theme 4) as aligned with a pragmatic paradigm. Within pragmatic views, the impacts of addiction (sub-theme 3) were described as dynamic and different from one person to the next, not because PwLEA passively received pressures from the environment, but because they interacted with these factors – time, willpower, capacity to reach out for support, discomfort, impulsivity, ability to cope, desire for the drugs are all everchanging factors that the person juggles with, has power to act upon, etc. As such, the nature of an addiction (sub-theme 1) was here best disclosed by engaging in dialogue

with those concerned. Relatedly, pragmatic views on addiction were different from both the realist and relativist views insofar as multiple perspectives were considered. One way the interactionist characteristics of pragmatism revealed themselves in people’s personal and relational autonomy, in terms of how participants interpreted, lived, and coped with the pressures of their environment, their behaviour, and the impacts of drug use, while considering their own active role in it.

Understandings of Concepts Describing Volition

Overall, with respect to views about volition, participants aligned with realism (N=10; 3PwLEA/1C/6P), relativism (N=7; 4PwLEA/1C/2P), but again the vast majority had mixed views (N=28; 8PwLEA/13C/7P) and some held other views (N=3; 1PwLEA/1C/1P). No participant’s views were predominantly aligned with the paradigm of pragmatism.

Tableau 7. – Views on Concepts Describing Volition with Respect to Three Epistemic Paradigms

	Realism	Relativism	Pragmatism
Sub-theme 1: Nature of concepts	Concepts are static and fixed; they never change	Concepts are relative to social, cultural, or individual factors	Concepts are dynamic and fluctuate according to the time, situation, and relationships at play
Illustrative citations	“I think if you’re addicted, you don’t have free will *. No matter what your addiction is, at one point you’re going to hit rock bottom.” (PwLEA3)	“There are as many possibilities within control as there are addicts. In the sense that it depends where they’re at [...], [if] they’re heavily using. Especially like for example, what I notice, is the youngest. They’re harder to help achieve control [because] they’re in the here-and-now.” (C12)	“I would say there’s times when I feel myself to be very strong willed and there’s times when I feel myself to be very weak willed and it’s really fluid and can oscillate between the two extremes pretty heavily. [...] [I attribute my] will to return to a nourishing mind state partially [to] my body and my brain wanting to survive and partially [to] a relationship with my environment where I’ve been fortunate to be surrounded by resilience influencers.” (PwLEA2)
Sub-theme 2: Evaluation of concepts	Concepts are objective; they discretely apply to persons’ experiences	Concepts are subjective; they apply differently from one person to the next	Concepts are intersubjective; they are tools, which are co-constructed through interactions

Illustrative citations	“If they would do some decisions that are based on control , they would probably [...] decide to ask for help. So, they don’t control . And they can’t control .” (P6)	“Everyone’s choices are limited to varying degrees, and we don’t have a perfectly ‘free’ will ever. I think everyone is constrained in certain areas and then free in others.” (P3)	“I would not go as far as saying as soon as they are using regularly [...], they lose their capacity to choose . I wouldn’t go there – that’s too far. I think there’s also, again, an interaction with their mental health [...], so, when do they lose their capacity in that continuum? I don’t know if I have the answer.” (C2)
------------------------	---	---	--

*Words in bold characters call attention to which concept describing volition are called upon in the corresponding citations

Participants tended to consider PwLEA as having volition but had different ideas about how and whether different concepts describing volition played a role in addiction (Tableau 7). For instance, some considered that PwLEA had free will but could not act on it because of their compulsions. They also claimed that PwLEA had the capacity for choice, but lack of control over their drug use prevented them from enacting it. For others, free will and willpower were always available to PwLEA, but these individuals consistently made the choice not to cease their drug use – even if this choice might not have been free from external influences. There was limited overall consistency in the adherence to a single paradigm with respect to the nature of one concept describing volition (sub-theme 1) and the evaluation of the same concept (sub-theme 2). Across all three paradigms and concepts describing volition, several factors were identified and agreed upon as affecting negatively volitional abilities: withdrawal/physical dependence, intoxication, changes in brain circuitry, personal resources (e.g., intellectual, financial, psychological), and social pressures (e.g., peer pressure, social/cultural expectations and norms, pressure of performance).

Realism: Views aligned with the realist paradigm described concepts of volition as rather static and fixed, and as applying discretely to persons’ experiences. Personal factors, such as physical dependence to drugs, were sometimes acknowledged but did not profoundly affect respondents’ views of whether PwLEA could possess volition. For example, a member of the public stated: “I think that people have the ability to choose to do other things, like even if they are addicted to a drug. People always have the ability to choose to do otherwise.” (P4) The two realist sub-themes were more often coupled together in participants’ views. For example, P4’s reasoning cited above speaks to the unwavering nature of choice (sub-theme 1), which could prompt one to say that

choice can always be evaluated by a third party (sub-theme 2). Other participants holding realist views on concepts of volition could also advance the opposite; that PwLEA never have the ability to make free choices as long as they continue using drugs (see Tableau 7: nature of concepts/realism). Finally, invoking a realist account of the nature of free will (sub-theme 1) was frequent. Participants specifically attributed a fixed, all-or-nothing nature to the concept of free will, often noting that it was an illusion. This view, namely that “free will” inherently requires absolute or unobstructed “free” will, was reflected by some participants and how they denied that the concept exists at all (e.g., “I think we have a certain amount of control but certainly not the way people talk about free will, like if you want it bad enough you can just do it. I don’t think that’s possible”, PwLEA6).

Relativism: Content aligned with the paradigm of relativism described volition as relative to social, cultural, or individual factors. Physical dependence was often identified as a factor limiting PwLEA’s volition (i.e., more physically dependent PwLEA have more constrained volition). Another limiting factor was the subjective feelings of PwLEA in dealing with physical dependence. Illustratively, one participant with lived experience highlighted that: “We tend to gravitate towards behaviours that we perceive to be of benefit to us ☐...☐, so I believe we make decisions based on what we perceive to be in our own best interest, and the trick is ‘what we perceive’” (PwLEA8). On the whole, participants with relativist views recognized minimal agency for persons in interacting with and modifying their environment, alternatively viewing individuals more as a product of their circumstances and recipients of rather unilateral influences.

Pragmatism: Content aligned with the paradigm of pragmatism described volition concepts as dynamic and fluctuating according to the time, situation, and relationships at play. For example, one clinician mentioned how for PwLEA, “☐Decision-making is☐ compromised in that they make the decision to come; they don’t come; they cancel; they have three days sober with good determination to continue; they pass a bar; and it’s over. The decision is compromised. There’s triggers that will definitely... Even many years into sobriety, there are still triggers.” (C3) In this case, the nature of volitional abilities (sub-theme 1) was situated in an environment and in time (volition can affect the decisions made, and the decisions made can affect volition); hence, the evaluation of volitional abilities (sub-theme 2) as compromised was heavily influenced by a

dynamic, fluctuating context. As was the case for the topic of addiction and drug use, participants' pragmatic views on concepts describing volition were the most heterogeneous out of the three paradigms. Participants expressing pragmatic views on volition were the most likely to have overall mixed views.

Coherence of Participants' Views within Paradigms: The interpretive content analysis of paradigm-related content undertaken could suggest that respondents held philosophically coherent ideas about sub-themes consistent with a single paradigm. However, less than half of participants had views associated with a clear, dominant paradigm, in either of the two main themes (understandings of addiction/drug use, and understandings of volition). In particular, the numerous participants with mixed views on addiction or mixed views on volition, conceived of these topics in ways that drew on characteristics of multiple paradigms (see Tableau 8). Tableau 8 illustrates how single participants held such mixed views pulling from different epistemic paradigms to describe both addiction and volition therein. For example, a clinician (see Tableau 8, C13; nature of addiction) thought simultaneously that addiction has a fixed nature in that it is the same for everyone (characteristic of realism) but that there is room for substances to affect in determined ways the shape that addiction takes in someone's life (characteristic of relativism), and that the way people and their genetic predispositions interact with their environment can also affect what addiction looks like (characteristic of pragmatism).

Tableau 1. – Illustrations of Pluralism in Use of Three Paradigms

	Realism	Relativism	Pragmatism
	Nature of addiction		
Participant	Addiction is a static and generalizable state, rooted in unchanging factors, wholly applying (or not) to persons' experiences	Addiction is, or should be, construed relative to a social or scientific framework, or to perceived differences among individuals	Addiction is dynamic, operates on a spectrum, and can be understood via dialogical, participative approaches

C13	‘I think if you talk to anybody who has an addiction, they will talk about stuff that happened to them [...]. Addiction’s an escape, you know, it’s a medicate, and it’s a way not to stay in reality; it’s a way to escape from the reality; it’s a way to numb out.’	‘For some, the person, you know, it’s not saying one drug is better than the other. We all say they’re all equally as destructive. I’m just saying something like crack/cocaine is so powerful that the minute someone... is in their system, they’re gone. Alcohol, it’s more gradual [...], it’s usually a progression of getting addicted.’	‘Exposure, early exposure is a big thing. You know, family history, you know it’s a genetic piece, is very powerful. The research shows maybe 70 percent have addicts in their family [...] but it’s like being predisposed to diabetes or heart disease. You know, it isn’t necessarily going to manifest. But if it’s in the environment, you know, it’s also going to amplify, yeah. So, I think there’s a combination.’
PwLEA2	N/A	‘Because ketamine is a harder drug and it’s not normalized, I have to... when I decide to do it or not, the choice is a lot more mindful as opposed to just having a glass of wine at work. I’m really enjoying that. It’s really a lot less normalized. It’s not chill. It’s not chill in mainstream society to abuse these drugs in the same way as alcohol, and that’s what I like. My intention is not to use drugs as casually as alcohol.’	‘I definitely stole from friends. I was staying with a friend who had some codeine in his cupboard, and I remember taking some of that. And [...] I realized that [...] other people have left over prescriptions from surgeries they’ve had or something and they just have them in their house. And I remember being like “That’s crazy to have this... If I had this, it would be gone in two weeks of course. I would never last”.’
Nature of concepts			
Participants	Concepts are static and fixed, they never change	Concepts are relative to social, cultural, or individual factors	Concepts are dynamic and fluctuate according to the time, situation, and relationships at play
P4	‘Even if they aren’t quitting, they have the option to [...] seek support that could lead to them quitting or seek information about quitting. So, I think free will is always involved.’	‘If people drink to the point of [...] not even necessarily blacking out but just like being really drunk, or [do] some other drugs [...], I would say people have less control when they’re on them because sometimes they’re not even really	‘People who have [naturally] more willpower , if they made the decision that they wanted to quit doing whatever drug they were addicted to, they would find it easier to just make that decision and then act on it. Whereas, people who have less willpower , maybe would need more in

aware of what they're doing.'

terms of like seeking medical support or medical programs or having social support. I guess it kind of goes both ways, though, because having social support I think makes it easier to have **willpower**.'

C13	'Addiction changes the brain, impacts the brain. So, willpower really isn't there when you're in the midst of this. I mean, that's why people put themselves down so much [with] 'I should have', [...] you know, 'I'm going to control this'. And we tell: 'No, you need to surrender to this. It's not about trying to control this. You've tried to control it, and it hasn't worked'.'	'In their addiction, no, I don't think they're capable of... depending of course on their drug of choice. You know, somebody who's on crack cocaine is in <i>la-la-land</i> [...]. There's no choice point, I believe, once you're in it. But maybe there are some choices before you get into it.'	'I talk very clearly with clients around 'neurons that fire together wire together' [...] So you're walking down a familiar street where perhaps you would get your drug of choice and pick up a prostitute. So, the neurons are all firing: going down the street – firing, firing, firing. So, you can go down another street, that's your choice , right? [Or] you make a choice to do something different. You make a phone call: 'Oh my goodness. I'm finding myself in this area of town where I used to get into a lot of trouble', and you call somebody. So, there are choice points along the way.'
-----	--	---	---

Further contextualizing Tableau 8, it was rare for participants to pull on resources from different paradigms to explain their views on the same sub-themes of addiction and drug use. A common line of reasoning invoked by some participants across all groups was that the nature of addiction is fixed (sub-theme 1/realism), but that the ways addiction impacts people depend on the individual's society and what it considers 'normal' functioning (sub-theme 3/relativism). The appeal to characteristics of the different paradigms was especially evident within concepts describing volition, with participants attributing a fluctuating, dynamic nature to one concept (characteristic of pragmatism) and an all-or-nothing view to another (characteristic of realism), resulting in a 'mixed' viewpoint when considering the entirety of concepts describing volition.

Although general coherence was limited, so was local incoherence, with very few clear contradictions for a given sub-theme for each participant.

Stakeholder Trends Across Paradigms

There were various combinations of paradigms across each participant from each stakeholder group, but there were also distinctive patterns in how the views of the members of each group coalesced with paradigms. PwLEA were the least cohesive with respect to all four sub-themes of addiction. PwLEA were the only group where no participant's view of addiction and drug use was well represented by a realist paradigm. Additionally, PwLEAs were the only group that thoroughly explored the importance of the concept of autonomy as attached to decision-making in the context of addiction, whereas other groups talked more about control over addiction.

Clinicians' views were more aligned with relativism when describing the nature of addiction/drug use (sub-theme 1 of addiction/drug use) and the impacts of addiction/drug use (sub-theme 3 of addiction/drug use), as being relative to people's substance of choice (characteristic of relativism). Clinicians also tended to express more than other groups that the nature of addiction is very complex, and more often rejected the idea that adopting any one account of addiction alone is sufficient for understanding it. Clinicians were also more likely to explain the nature of addiction/drug use (sub-theme 1 of addiction/drug use) in ways aligned with pragmatism (without falling fully and squarely within that paradigm). They were also the group with the most homogenous conceptualization of addiction/drug use morality (sub-theme 4 of addiction/drug use), holding the view that drug use and addiction do not have moral aspects whatsoever, except for one participant. However, many added that drug-use-related behaviours can be immoral. Last, clinicians' understandings of volitional abilities aligned more often than other groups with a realist paradigm, being most contrasted with the PwLEA's interpretation of these concepts (for example, see Tableau 8, C13; evaluation of concepts/realism). Clinicians often collapsed concepts describing volition onto issues of consent for both features of concepts (nature and evaluation).

Members of the public had the most distinctive patterns as compared with the two other groups. Almost half of participants belonging to this group had views that featured characteristics of realism (without necessarily exhibiting a dominant for that paradigm). At the same time, they had

extremely varied views on drug use morality, viewing the morality of drug use as relative to, for example, the identity and age of the user, the effects of drug use, its frequency, purpose, consequences, and causes.

Discussion

This article examined how addiction and volitional abilities were described by three stakeholder groups (PwLEA, clinicians, and members of the public) and how their views related to three broad epistemic paradigms (realism, relativism and pragmatism). Our results show that the three paradigms only partially described how different stakeholders view addiction/drug use and volitional abilities. Importantly, only a portion of the participants' understandings of addiction/drug use and volition were well explained by a single paradigm: most participants' understandings aligned with multiple paradigms. Further, the groups of stakeholders exhibited different patterns of engagement across the different paradigms, where clinicians and members of the public held the most contrasting views. Many participants reported having never considered whether the concept of free will is relevant to understanding volitional abilities in the context of addiction. They frequently employed other concepts such as control and choice, as found in other qualitative studies exploring addiction (Morphett, Partridge, Gartner, Carter, & Hall, 2015; Triandafilidis, Ussher, Perz, & Huppertz, 2018; Kime, 2018). We discuss our findings in light of: (1) the ethical implications generated by the pluralism manifest between different stakeholders' views, and (2) the challenges of pursuing greater coherence with respect to views about addiction and volitional abilities as sometimes implied in academic literature and public policy.

Pluralism between stakeholders

Our results – showing how understandings of addiction and volitional abilities therein are multifaceted – help explain the complexity of discussions surrounding ethical aspects of clinical care, research, and policy on disordered drug use. Numerous debates have surfaced in the literature with respect to the nature of addiction, notably the volitional abilities of people who use drugs (Vohs & Baumeister, 2009). For example, the ability to freely consent has been discussed with respect to clinical trials of drugs prescriptions (Charland, 2002). Likewise, policy

debates about appropriate descriptions of addiction as a brain disease have surfaced, given that descriptions of addiction have been claimed to exacerbate and engender stigma by implying that people who use drugs cannot control themselves (Hall, Carter, & Forlini, 2015; Meurk, Carter, Hall, & Lucke, 2014; Gartner, Carter, & Partridge, 2012). Our findings show that this debate, when parsed out in terms of how different groups envision addiction, as alongside volitional abilities within addiction, involve substantial pluralism and lack of coherence, specifically when coherence is operationalized in terms of broader epistemic paradigms. There were notable differences between the clinician group (more oriented toward pragmatism, with a narrower understanding of volitional abilities viewed mostly in terms of consent) and the PwLEA group (less oriented toward realism, broader understanding of volitional abilities in terms of autonomy). It is easy to imagine how concrete and even more complex practical decisions (e.g., specific treatment decisions) generate misunderstandings. Our findings speak to challenges for drug policymaking, where the diversity and complexity across stakeholders' views of addiction and volitional abilities complicates communication and public policy debates. This can be seen with Canada's legalization of cannabis, in how debates concerning changes to drug policy were subject to considerable complexity across stakeholders' views (Rochette, Valiquette, Barned, & Racine, 2023). Consider how other potential changes such as the decriminalization of other illicit substances, and programmes such as safe injection sites, raise even more controversy (Zampini, 2018). Acknowledging how much diversity there is across the views of only three small groups of participants helps lend appreciation to the difficulty of creating open, rational public debate on public policy changes.

One response to these observations could be to reinforce more top-down policymaking to eliminate pluralism and not attend to the experiential connection between people's experience with drug and disordered drug use and policy. This has very much been part of the tendency to criminalize various drugs based on the views of policymakers, often based on prejudice and racism rather than on evidence (Courtwright, 2001; Earp, Lewis, & Hart, 2021). There is also a possibility that legalization of drugs borrows from similar authoritarian reflexes, namely that policymakers adopt, for example a liberal stance, which does not take heed of the experiences of users, including those who struggle to use responsibly and keep a balanced life. For example, the

legalization of cannabis in Canada, although officially motivated by a risk-mitigation philosophy, has tended to side with a liberal and commercial view which does not really provide substantial additional education or support to those with disordered drug use or tackle specific ongoing and emerging issues (e.g., regulation for dosage, increase in usage, online marketing, interprovincial inconsistency in minimal legal age) (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022; Racine, 2022; Pappas, 2008). An alternative in keeping with the hermeneutic and pragmatist orientation of this study is to see policymaking – at least within a democratic regime – as an exercise in liberating human experience from the shackles of authoritarianism and dogma (Racine, 2022; Pappas, 2008), including both the human desire to explore psychoactive substances (Courtwright, 2001) and the risks that these substances pose to those who have been rendered vulnerable due to the shortcomings of our societies (Earp, Lewis, & Hart, 2021). In this respect, exposing the experiential embeddedness of discourse and implicit ideas (such as ideas about volition with respect to drug use) is part of an effort to bridge current lived experiences with experiences which are aspired to at the policy and regulatory levels. Such a process may not be well captured through the traditional description of an is-ought tension or dichotomy (and the hurdles it tends to create for empirical ethics) but perhaps more as a social and political process by which the complexity of human experience, including those of drug use and disordered use is used to think more openly and creatively about desired futures, in keeping with insights from hermeneutical and pragmatist ethics (Alexander, 1993; Racine, 2024) as well as advances in social studies of science (Jasanoff & Kim, 2015).

Paradigmatic coherence with respect to addiction and volitional abilities

It is important to note that paradigmatic coherence, as idealized in the form previously outlined in assessing the logical coherence between different aspects of addiction and volitional abilities, does not fully reflect how people perceive addiction and volitional abilities related to addiction/drug use. Although we did not presume such coherence, wanting only to investigate the question openly, our results clearly show that participants frequently pulled from characteristics of multiple paradigms in describing their views on addiction and volition. Few participants held highly coherent views – from the standpoint of a single epistemic paradigm – on

the relationship between, for example, the nature of addiction/drug use, evaluations of addiction, the impacts of addiction/drug use, and the morality of addiction/drug use.

These findings are interesting insofar as they bear on debates surrounding “models” of addiction, such as the brain disease model, which tends to preclude volitional abilities (Leshner, 1997), or alternate models stressing the importance of choice (Heyman, 2009) (see also (Foddy & Savulescu, 2006; Levy, 2006)). This debate also pervades the public sphere. In a study sampling American news media, researchers found that writers tended to present addiction and willpower as mutually exclusive, and to equate addiction with biology, and willpower with moral character (Dingel, Ostergren, McCormick, Hammer, & Koenig, 2015). Our findings suggest that the kind of philosophical coherence encountered in the literature does not correspond to the rather fluid perspective of stakeholders engaged in the current study. This could help explain why, despite heated academic debates on different models of addiction, their impact on actual behaviours and on stigma appear rather limited. For example, an experimental large-scale survey found that providing neuroscientific explanations of addiction as a brain disease did not significantly change people’s attributions of responsibility and free will (Racine, Sattler, & Escande, 2017). Likewise, quantitative and qualitative studies reviewed in (Barnett, Hall, Fry, Dikes-Frayne, & Carter, 2018), showed that clinicians adopted brain disease models concurrently with volitional models in order to suit complex clinical realities. Our study comes in support of others (e.g., (Nahmias, Shepard, & Reuter, 2014)) in showcasing that participants did not ordinarily see an incompatibility between the existence of neurobiological components of addiction, or descriptions of addiction as a disease, and the possibility of accounting for people’s volitional abilities. It also lends evidence to findings which emphasize the limitations of simplified models of addiction and volition and their impact on people with addictions (Hall, Carter, & Forlini, 2015; Racine, Bell, Zizzo, & Green, 2015; Epstein, 2020). For example, it is not uncommon for treatment centres to use statements suggesting lack of volition, making claims such as “The domino effect of addiction begins once [...] chemicals begin to alter brain processing and bodily functions, creating an uncontrollable pattern of compulsive use. No amount of willpower can completely combat this result” (Kelley, 2020). Centring addiction discourse around PwLEA’s inability to combat addiction is a simplification, and one which fails to recognize the large proportion of PwLEA who successfully learn to regulate

behaviours on their own (Morphett, Partridge, Gartner, Carter, & Hall, 2015; Chapman & MacKenzie, 2010).

Limitations

This qualitative study intended to better understand perspectives on addiction and volition in addiction within three groups of stakeholders: clinicians, PwLEA, and those without experiences of addiction. Given the study design and nature of the study, we are unable to draw generalizations between these three groups, but the results help investigate whether different experiences relayed (as a PwLEA, a clinician who takes care of people of PwLEA, or being a member of the general public) shape opinions and discourse. In this study, the use of epistemic paradigms helps identify trends which could lend themselves to more experimental and quantitative investigation (e.g., identify whether dominant paradigms are validated within larger groups of participants; assess more experimentally the impact of the uptake of a specific paradigm on other beliefs or behaviours such as the use of health services, adherence to treatment, or communication processes).

Also, the current study alludes to stigma in the context of addiction as one background social phenomenon that motivates the study notably because certain models or accounts of addiction and volition therein have claimed a potential to destigmatize addiction. The current study was not intended to investigate stigma and tackles more directly perspectives on addiction and volition. However, the lack of clear coherence between different ideas about addiction and about volitional abilities in addiction cast doubts on the ability of certain promulgated ideas (e.g., a brain-based model of addiction as a strategy to reduce attribution of volition and thereby reduce attribution of blame and stigma) to really have a powerful role in practice to destigmatize. This has been further supported by previous research (Racine, Sattler, & Escande, 2017; Barnett, Hall, Fry, Dikes-Frayne, & Carter, 2018).

Finally, having different backgrounds, the participants of the three groups can be presumed to have different abilities to express ideas about addiction and volition in addiction. Whenever participants have less familiarity with a topic or have less education or training about a topic, there is a risk that they might struggle to articulate the ideas they would like to express. At the

same time, this is very much the reality we live in and, in this sense, understanding implicit views or ordinary ways of understanding addiction and volition provides insight into how people make sense of their own agency and their own freedom. Granted that our own sense making is recognized as being important and potentially at cause in actual behaviors as suggested by some studies (e.g., as to whether we are free or not, see (Vohs & Schooler, 2008)), then this complexity is something to factor in. In short, one's own understanding of the concepts describing volition is part of acting freely and voluntarily. We also factored this challenge into our interviewing process in a sense since our probing questions pulled at or invited further elaboration. These opportunities provided moments for the participant to delve deeper into what was shared to provide further clarity. But in the end, the responses gathered are those that participants could offer in the context of the interviews, given their past experiences and current abilities. Thus, differences in experiences, and differences in expression about experience are interconnected such that we tackled these as being part of a bundle with which we wanted to work because it is part of reality itself.

Conclusion

Addiction is a prevalent and impactful condition worldwide, and the role of volitional abilities therein is subject to considerable debate. Little is known about how stakeholders actually make sense of addiction and of its impact on volition, even though this question is central to treatment and policy matters. In light of this, we undertook a qualitative study to explore stakeholders' views. We found that few participants held views highly consistent with three, broad epistemic paradigms (realism/relativism/pragmatism), but that nonetheless, these paradigms helped identify salient differences and incoherence across participants' views. Addiction – and sub-themes associated with addiction – were understood in many different forms, sometimes standing in tension with one another. The same goes for volitional abilities in the context of addiction. There were also differences between stakeholder groups such as clinicians' views leaning towards relativism, while there was greater alignment with realism for members of the public and limited alignment with realism for PwLEA. These initial observations warrant further validation and investigation, but they suggest that the relationship between different life experiences and views on addiction and volition therein merit more attention and integration in

debates about drug policies. Despite its limitations, our study suggests that a greater appreciation of the complexity of the views held by different stakeholders could help critically assess the search for coherence expressed in academic and policy debates.

Chapitre 5 – Discussion et conclusion

Ce projet de recherche visait à explorer les dimensions morales sous-tendant le discours de parties prenantes sur divers sujets liés à l'expérience de la dépendance aux drogues. L'identification de dimensions morales implicites partagées à travers le discours de parties prenantes est un repère essentiel pour l'éthique clinique. En effet, des problèmes et des dilemmes menant à des consultations avec l'éthique clinique peuvent émerger de diverses sources d'incompréhension telles des hypothèses fallacieuses impliquant les autres personnes impliquées ou des tensions irrésolubles entre deux devoirs incompatibles (Malherbe, 1999; Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). Par exemple, dans les consultations impliquant des PVVDD, la reconnaissance des enjeux liés à leur identité morale, souvent fragilisée par les interactions sociales et cliniques, peut informer les choix de l'éthicien dans son intervention et ouvrir des pistes de réflexion utiles dans la résolution du problème éthique.

L'éthique pragmatiste inspirée de Dewey a orienté l'élaboration du projet ainsi que l'analyse des données, résultant en deux groupes de données exclusifs qui ont mené chacun à la rédaction d'un article. L'objectif du projet s'est ainsi articulé en deux sous-objectifs distincts à la lumière des données obtenues, en cohérence avec une méthodologie pragmatiste itérative. Le premier article rapporte les opinions et les valeurs des participants par rapport à la légalisation du cannabis au Canada. Le deuxième article présente les conceptions concrètes et philosophiques qu'ont les participants de la dépendance aux drogues et de la prise de décision dans ce contexte. Les dimensions morales qui sont identifiées et interprétées dans les articles alimentent la discussion composant le présent chapitre, qui se déclinera en trois parties. D'abord, seront discutés les dimensions morales en lien avec l'article sur la légalisation du cannabis au Canada (article 1) et des défis éthiques envisageables. Ensuite, seront abordés les dimensions morales liées à la variété des conceptions philosophiques de la dépendance aux drogues et de la prise de décision volontaire (article 2) et de potentiels défis éthiques associés à ces dimensions. Pour terminer, la pertinence des données des deux articles pour la pratique de l'éthique clinique sera décrite.

Défis éthiques liés aux opinions sur la légalisation du cannabis au Canada

L'article intitulé *Drug legalization, democracy and public health: Canadian stakeholders' opinions and values with respect to the legalization of cannabis* rapporte les réponses de trois groupes de participants (PVVDD, cliniciens et public) par rapport à la question suivante: « Quelles sont vos pensées par rapport à la récente légalisation du cannabis au Canada? ». Des données recueillies, deux groupes d'informations (thèmes) distincts mais interreliés se sont distingués : les opinions liées à la légalisation du cannabis et les opinions liées à la consommation du cannabis. Dans chacun des thèmes, nous avons classé les opinions des participants afin de distinguer les opinions exprimées de façon pure (*true positive/true negative*), les opinions exprimées de façon relative ou conditionnelle à un facteur (*relative positive/relative negative*) et les opinions neutres ou partagées (*neutral/mixed*). Nous avons découvert que très peu de participants avaient une opinion purement ou relativement négative de la légalisation du cannabis au Canada. Parmi ceux ayant une opinion négative de la légalisation, tous avaient également une opinion négative du cannabis en tant que substance. Parmi les participants ayant une opinion purement ou relativement positive de la légalisation, on retrouvait toutes les opinions sur le cannabis (positive, négative ou neutre/partagée). Ces participants étaient plus susceptibles de recourir à des arguments de niveau sociétal qu'individuel pour soutenir leur opinion. Ainsi, les valeurs et les priorités des participants exerçaient une forte influence sur leur opinion par rapport à la légalisation du cannabis. Avec l'analyse de la cooccurrence des opinions sur la légalisation (thème 1) et sur le cannabis et sa consommation (thème 2), nous en avons appris plus sur la priorisation des enjeux des trois groupes qui affectent directement ou indirectement leurs jugements moraux.

La priorisation des enjeux

La critique de la légalisation qui a été la plus récurrente chez les participants concernait son processus; la légalisation était considérée par plusieurs comme ayant été mal gérée ou mal préparée. Notamment, au moment des entrevues, le fait qu'il n'y avait aucun test valide disponible pour dépister la présence de drogues autres que l'alcool dans le système des

conducteurs automobiles a été nommé à plusieurs reprises comme une faille majeure entourant la légalisation du cannabis, autant chez des participants appuyant que ceux opposant la légalisation. Dans un sondage mené aux États-Unis, la sécurité routière avait aussi été identifiée comme une inquiétude importante pour le public par rapport à la légalisation du cannabis (Resko, et al., 2021). Par contre, les préoccupations y étant les plus couramment endossées (c'est-à-dire la sécurité au travail et le nombre de visites à l'urgence) ont été peu nommées dans notre étude. Cela pourrait s'expliquer partiellement par la différence entre notre approche ouverte (*open-ended*) et une méthode de sondage qui élargit le champ d'investigation. En effet, notre méthode (voir chapitre 2) se démarque par l'identification de facteurs auxquels les gens accordent une grande importance ou qui sont plus rapprochés de leurs préoccupations quotidiennes, mais en ne permettant pas d'explorer d'autres facteurs qu'ils endosseraient peut-être dans un sondage mais qui leur sont moins préoccupants. Dans une démarche d'éthique pragmatiste, la connaissance des facteurs nommés spontanément par les parties prenantes est utile, car elle nous renseigne sur ce que les personnes concernées priorisent. Effectivement, dans le cas d'un changement de loi affectant les facteurs les plus préoccupants pour les personnes concernées, les visions contradictoires de ce qui est désirable en société risquent de s'entrechoquer et de mettre en péril le bien-être des parties prenantes.

La façon dont les parties prenantes expriment leurs opinions sur les enjeux de santé publique liés à la gouvernance du cannabis nous informent sur leurs valeurs et leurs priorités. À partir de ces connaissances, nous pouvons évaluer ce qui influencerait leurs interactions dans une situation de problème éthique en clinique. Dans notre étude, les malaises les plus importants qui sont ressortis chez les personnes ayant une opinion partagée ou positive de la légalisation du cannabis étaient en lien avec les enjeux de sécurité routière, de protection de la jeunesse et de criminalisation. Cela suggère que ces enjeux pourraient être particulièrement porteurs d'inconforts en milieu clinique et pourraient éclairer les interactions en en soulignant certains arguments cachés entre les personnes impliquées. Par exemple, un jeune adulte délinquant consommant du cannabis serait à risque d'être moins pris au sérieux, de faire face à des approches plus paternalistes ou d'entrer dans des traitements inadaptés à ses besoins si les cliniciens avec qui il interagissait portaient des jugements moraux sur son identité et ses

comportements (Cho, et al., 2022; Rocelli, Sdrubolini, Romania, & Faccio, 2023). Dans notre étude, une participante a d'ailleurs souligné l'hypocrisie liée aux approches qui visent l'adoucissement, voire la libération, des conséquences négatives liées à la consommation dans un système où les PVVDD ont été surveillées et criminalisées depuis des décennies, ce qui affecte négativement leur capacité à s'affranchir de plusieurs facteurs de marginalisation interreliés tels le statut socio-économique, l'accès à l'emploi, l'hygiène, l'accès à un domicile, etc. Ceci dit, les participants de notre étude soulevant ces malaises face à la légalisation du cannabis, étaient tout de même en faveur de la légalisation. Pour les participants ayant une opinion négative de la légalisation, un manque de confiance envers le gouvernement était un dénominateur commun. En effet, plusieurs participants ont exprimé percevoir un désalignement entre les intérêts fondant les décisions des instances publiques et les intérêts de la population générale par rapport à leur santé globale (particulièrement par rapport à l'accès à l'emploi, à l'appartenance sociale et à l'autonomie). Cela laisse présager que les malaises ressentis face aux enjeux de santé publique ne sont pas les facteurs les plus centraux à l'évaluation d'une politique de gouvernance des drogues.

La transparence et l'imputabilité du gouvernement sur l'utilisation des fonds provenant de la vente de cannabis pourrait être déterminante dans l'évolution de la confiance des parties prenantes, en plus, à terme, de promouvoir l'équité en matière de santé (Hammonds, Hanefeld, & Ooms, 2019). À cet égard, pour quelques PVVDD dans notre échantillon, ces gains devaient absolument être investis dans la santé des personnes consommant régulièrement du cannabis pour leur offrir des soins adaptés et spécialisés qui les soutiennent dans leur cheminement. Cette position reflète également le plaidoyer d'un collectif de chercheurs québécois pour l'investissement des fonds des ventes d'alcool et de cannabis régies par le gouvernement dans des initiatives de recherche qui permettraient de développer de meilleures interventions et d'approfondir la notion de réduction des méfaits dans ce contexte (Bertrand, Tremblay, Nadeau, & Brochu, 2021). Sans cet effort, le gouvernement risquerait d'aliéner les PVVDD, qui pourraient se sentir exploitées et contrôlées par les mesures qui les concernent (Greer & Ritter, 2020). Évidemment, la gouvernance des drogues n'a rien de simple, mais ses enjeux et ses effets sur la

santé et le bien-être de la population, en particulier celle des groupes historiquement marginalisés (Earp, Lewis, & Hart, 2021), requièrent une plus grande attention.

Les visions du bien-être

Au niveau gouvernemental, il est indispensable d'évaluer l'alignement entre les valeurs et les priorités des Canadiens et celles véhiculées dans les politiques, car celles-ci peuvent perpétuer des injustices (Sullivan, 2017; Earp, Lewis, & Hart, 2021; Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021). Les injustices sociales liées à la gouvernance des drogues sont multiples et peuvent affecter la qualité de vie des personnes concernées, notamment lorsque les lois interfèrent avec des processus d'identification sociale, des pratiques culturelles ou des liens communautaires (Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021; Center for Substance Abuse Treatment, 2014). De plus, les jugements moraux sur les décisions de tous les jours des PVVDD sont affectés par les courants sociaux et les messages véhiculés par les agents ayant le plus de pouvoir épistémique – considérés comme plus crédibles (Sullivan, 2017; MacQuarrie & Brunelle, 2022). À travers le prisme de l'éthique pragmatiste, lorsqu'un agent est forcé à la réflexivité par l'expérience d'un malaise dans une situation, ses contextes politique, culturel et familial interagissent avec ses valeurs et ses priorités pour former sa propre vision du bien-être (Racine, 2024; Racine, 2022) ou, autrement, sa finalité désirée (Dewey, 1988[1939]c). Dans le système de santé, l'agent risque d'être en interaction avec des visions du bien-être compétitives à la sienne (comme celle de l'absence de maladies au niveau médical ou celle de la protection du public par la prohibition au niveau gouvernemental), ce qui peut limiter sa capacité à exercer son agentivité librement.

Dans une perspective pragmatiste, il est impensable d'implémenter des transitions sociales impliquant autant de dimensions morales liées à la gouvernance des drogues sans impliquer les agents concernés; l'entreprise-même de l'enquête éthique (la recherche de solutions concrètes) étant fondée sur l'interprétation intersubjective du problème (Racine, 2016; Racine, et al., 2022). Lorsque les visions du bien-être des PVVDD entrent en conflit avec celles d'autres agents dans le système de santé, le choix des valeurs à prioriser pour la conduite de l'enquête devra être discuté en fonction du portrait global de la situation précise d'où émerge le problème éthique. En pratique, les valeurs peuvent aussi être les mais s'articuler de façon opposée : une personne dont

les actions sont fondées sur la bienveillance peut prioriser la lentille de la santé physique ou de la santé globale des individus, ce qui entraînerait une grande différence aux approches choisies et devrait être fait avec prudence à travers un dialogue (Miller, Fins, & Bacchetta, 1996; Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). Par exemple, nous pouvons considérer le cas hypothétique d'une PVVDD qui informe son médecin de son besoin d'obtenir du soulagement pour sa douleur et ses tremblements. Sa vision du bien-être est centrée sur sa relation avec son fils, qui est son seul lien social, mais qui refuse de la voir lorsqu'elle est visiblement affectée par ses symptômes. De son côté, le clinicien ne souhaite pas prescrire la dose suffisante pour soulager sa douleur parce que les doses aussi élevées sont très risquées pour sa santé physique et il ressent un malaise à l'idée d'émettre une prescription qu'il juge dangereuse. Ce clinicien doit tenter de départager les besoins réels des demandes manipulatoires, lequel jugement peut être grandement influencé d'une part par ses jugements moraux sur l'identité et les comportements de la dame et d'autre part par sa relation de confiance avec elle (Cho, et al., 2022). Nos données démontrent que la santé physique est un enjeu déterminant dans la justification d'opinions et d'actions chez les cliniciens interrogés, ce qui pourrait les entraîner à discréditer l'importance d'autres enjeux pertinents à la santé globale des PVVDD dans leurs interventions. Dans de telles situations, les cliniciens peuvent se sentir impuissants ou mal outillés pour soutenir les PVVDD à travers leur santé globale, ou au contraire surestimer leur compréhension des enjeux dans toutes les sphères de la vie de la PVVDD et refuser de chercher des compromis au-delà de leur conduite habituelle (Racine, 2016). Ces sentiments peuvent exacerber la tension entre leurs actions habituelles, la délimitation de leurs rôles professionnels et la vision du bien-être de la personne qu'ils doivent soigner dans la situation actuelle (Zask, 2008). En retour, la PVVDD peut ressentir de la détresse face au manque d'aide qu'elle perçoit de la part du clinicien et ne pas saisir l'ampleur de la tension sous laquelle il se trouve. Un dialogue informé par leurs visions du bien-être, leurs valeurs et leurs priorités, peut-être médiée par un éthicien au besoin, pourrait représenter une solution permettant de choisir la lentille la mieux adaptée à cette situation précise.

Bien qu'il soit recommandé de favoriser le dialogue entre les différentes parties et de travailler à la construction d'une confiance fonctionnelle par l'élaboration intersubjective de solutions

(Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019; Racine, et al., 2022), dans une démocratie, il est impossible de tenir compte des intérêts individuels et de l'expérience vécue de chacun des membres la constituant. Cependant, face à l'évidence de méfaits des modes de gouvernance actuels pour plusieurs groupes ayant des identités marginalisées (Earp, Lewis, & Hart, 2021; Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021), la réflexivité éthique s'impose. À partir des résultats de notre étude, nous avons pu constater que les valeurs et les priorités des groupes impliqués sont différentes, tout comme le sont leurs impacts sur la formation d'opinions concernant la gouvernance. Tous les participants imaginaient la gouvernance en fonction d'une valeur de bienveillance, mais nous avons trouvé une distinction dans l'incarnation de cette valeur entre les groupes de participants. Les membres du public l'articulaient plutôt par une lentille de bien commun et accordaient beaucoup d'importance à la sécurité et à la justice à l'échelle de la population; les cliniciens l'articulaient plutôt dans une perspective de protection des PVVDD des symptômes et répercussions de la dépendance; et les PVVDD l'articulaient à travers l'éducation et l'autonomisation des PVVDD par rapport à leur propre situation. Dans notre étude, la priorisation des préoccupations au niveau de la santé publique était compatible avec une opinion positive de la légalisation, alors que la priorisation des préoccupations au niveau de la santé physique des PVVDD ne l'était pas, c'est-à-dire que les participants identifiant la santé physique comme une finalité désirée, surtout des cliniciens, étaient portés à considérer la légalisation comme néfaste au bien-être dans la société. Ces priorités liées à la gouvernance ne sont pas irréconciliables et ne se traduisent peut-être pas linéairement aux différentes perceptions du bien dans des interactions précises en milieu clinique, mais cette différence peint un tableau démontrant une grande complexité dans l'effort de développer une compréhension intersubjective du bien-être.

Ainsi, un mouvement de santé publique informé par les données probantes provenant autant de la recherche qualitative que quantitative, en accord avec l'éthique pragmatiste inspirée de Dewey et la réduction des méfaits, inclurait des réflexions sur la santé physique, mais aussi sur les conditions de vie, les causes et les structures impliquées dans l'émergence de la consommation et du développement des dépendances aux drogues, la satisfaction et le bien-être des agents impliqués (Fallu & Brisson, 2013; Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021). Pour y arriver, une

piste de solutions serait d'éviter la médicalisation systématique des dépendances et d'intégrer les motivations personnelles pour la consommation dans les processus de prise de décision (Bryant, et al., 2022; Lancaster, Ritter, & Stafford, 2013). Certains de nos participants ont d'ailleurs souligné leur insatisfaction envers la cohérence des choix du gouvernement à ce propos et questionnaient la légitimité de légaliser une drogue et d'en criminaliser d'autres, ce qui envoie un message asymétrique sur les PVVDD qui méritent d'être distancées du marché noir et à qui fournir des produits sécuritaires à grande échelle. En effet, si les lois et les règles émises dans un tel mouvement avaient la promotion de l'agentivité des agents comme finalité désirée, les agents ayant le plus de pouvoir épistémique (par exemple, les politiciens, les scientifiques, les médecins) devraient valoriser les éléments qui aident ou qui empêchent toutes les personnes concernées (pas seulement les PVVDD) d'exercer leur agentivité dans leur vie quotidienne (Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021), incluant les définitions fonctionnelles et les trajectoires de soin.

Ainsi, un dialogue serait pertinent entre les parties prenantes concernant la décentralisation de la médicalisation de la dépendance et une possible réorientation vers les approches de santé globale contextuelles et personnalisées. Il est possible que la vision du bien-être d'une personne s'exprime par des refus de soins, et que son évaluation de la volition nécessite une considération au-delà de l'appréciation du consentement clinique. Au final, les approches cliniques et les politiques flexibles et s'adaptant aux valeurs des parties prenantes s'inscrivent dans le mouvement de réduction des méfaits informé par les données probantes si l'on reconnaît la validité et l'importance des voix des parties prenantes (Bertrand, Tremblay, Nadeau, & Brochu, 2021; Lancaster, Ritter, & Stafford, 2013; Rochette, Ewusi-Boisvert, & Racine, 2021). Les enjeux de santé publique, de confiance et de balance des pouvoirs soulevés dans l'article sur la légalisation du cannabis mettent en lumière des valeurs et des points de tension pouvant informer les interventions dans des problèmes éthiques impliquant des PVVDD.

Défis éthiques liés à la prise de décision volontaire en contexte de dépendance

L'article intitulé *Addiction and volitional abilities: Stakeholders' understandings and their ethical and practical implications* se penche sur la compréhension qu'ont les participants des trois

groupes de ce qu'est la dépendance aux drogues et de ce que sont les concepts liés à la volition dans ce contexte (par exemple, le contrôle, l'autonomie, le libre arbitre). Pour chacun de ces thèmes, les caractéristiques philosophiques pragmatistes, réalistes et relativistes implicitement partagées dans le discours des parties prenantes ont été relevées. Les trois paradigmes philosophiques identifiés impliquent l'acceptation de différentes conclusions, parfois contradictoires, concernant l'attribution de blâme et de jugements moraux envers les PVVDD.

Dans notre étude, les paradigmes sont instrumentalisés en tant que « représentations utiles d'une certaine sorte de réalité, construites pour nous aider à nous orienter dans le monde. » (traduction libre de (Guinebert, 2020, p. 282)). Cet article nous permet d'inférer les représentations, parfois implicites, que les parties prenantes trouvent utiles selon leur expérience avec les notions étudiées. De plus, il nous permet de mieux cerner les associations d'idées dans leurs activités réflexives naturelles. Les données recueillies mettent en lumière les conclusions auxquelles arrivaient les participants ayant des schèmes de pensée cohérents avec le réalisme. Comprenant la dépendance aux drogues comme une idée statique désincarnée, ces participants mobilisaient cette idée pour établir en retour un caractère statique à sa valeur morale ainsi qu'aux façons de la reconnaître, de la diagnostiquer et de la soigner. Les participants ayant des schèmes de pensée cohérents avec le relativisme ne voyaient pas ces aspects comme statiques, mais leurs idées véhiculaient plus souvent un déterminisme affectant les notions de volition en contexte de dépendance. Les participants ayant une pensée cohérente avec le pragmatisme n'associaient pas la dépendance à un concept statique ni déterminé, et cela pouvait se refléter dans leur vision de la volition. Ceci dit, plusieurs PVVDD avaient des perceptions différentes de l'attribution de volition aux PVVDD, certaines trouvant cela libérateur, voire autonomisant (*empowering*) et d'autres, stigmatisant.

Les conceptions de prendre soin

La question éthique concernant la bonne façon de prendre soin de soi et des autres dans les relations de soins est l'entreprise principale de l'éthique clinique (Miller, Fins, & Bacchetta, 1996). Dans notre étude, beaucoup de cliniciens affirmaient travailler à partir de la conception purement médicale de la toxicomanie telle que définie dans le DSM-V (American Psychiatric Association,

2013), et la plupart œuvrait dans des relations de soins à long-terme (à l'opposé de soins en contexte aigu) avec des PVVDD. Ils avaient recours en majorité à des traitements axés sur l'abstinence ou sur la substitution pharmacologique et à appliquer ces traitements dans tous leurs cas. Ce profil représente bien les cliniciens les plus directement concernés par les enjeux de traitements de la dépendance sur son cours puisque ces derniers perdurent en moyenne 17 ans (Fleury, et al., 2016). Cependant, l'ensemble des cliniciens pouvant être interpellés à interagir périodiquement avec les PVVDD est beaucoup plus large puisque celles-ci tendent à avoir des historiques de consultations répétitives à l'urgence, et ce, même après avoir entamé des traitements de la dépendance (Huynh, Ferland, Blanchette-Martin, Ménard, & Fleury, 2016). Ainsi, les données obtenues dans notre étude risquent de mieux refléter les problèmes éthiques rencontrés dans le contexte de relations de soins continues que ceux sous-tendant les interactions ponctuelles entre des PVVDD et des cliniciens dont l'expertise principale n'est pas la dépendance aux drogues (par exemple, les médecins d'urgence).

Les cliniciens de notre étude interpellaient des préceptes de plusieurs modèles de la dépendance dans leur compréhension courante des enjeux et des concepts entourant la dépendance et la prise de décision. Cette utilisation complexe et nuancée de plusieurs modèles avait été également observée dans un échantillon de cliniciens de l'Australie, du Royaume-Uni et des États-Unis (Barnett, Hall, Fry, Dikes-Frayne, & Carter, 2018). De même, l'utilisation des paradigmes philosophiques différait d'une personne à l'autre et, chez une même personne, d'une situation à l'autre. Reprenant la proposition de Guinebert (2020) que les paradigmes correspondent à des « représentations utiles d'une certaine sorte de réalité » (p. 282), nous pouvons avancer que les participants à notre étude se sont approprié ces représentations et les ont intégrées à leur propre conception du monde en fonction de l'utilité des paradigmes selon leurs expériences. Cette intégration des représentations dans les croyances et connaissances du public expliquerait au moins partiellement l'hétéroclisme du recours aux diverses représentations.

À cet effet, Patton (1985) a argumenté contre la nécessité de chercher une cohérence parfaite ou une singularité dans l'interprétation de ce qui nous entoure. Il défend, de façon très pragmatiste, la pertinence du recours à ce qui est utile dans un contexte. En effet, il avance que de recourir

aux représentations les plus utiles selon l'interprétation des facteurs en jeu est la façon la plus adaptée pour les cliniciens de s'approprier des concepts :

'The belief that evaluators must be true to only one paradigm or the other in any given situation is an extremely narrow and limiting perspective that underestimates the human capacity for handling ambiguity, duality, and mind- shifts. In short, I'm suggesting that evaluators would do better to worry about understanding and being sensitive to the world views and evaluation needs of their clients than in maintaining allegiance to or working within one perspective.' (Patton, 1985, p. 308)

En effet, la compréhension des gens des enjeux liés à la consommation et à la dépendance aux drogues varie beaucoup selon le contexte dans lequel ces enjeux sont évalués, ce qui peut créer des inconsistances dans leur évaluation à travers divers contextes (Hammer, et al., 2013). Par exemple, dans notre étude, plusieurs cliniciens, indépendamment de la nature qu'ils attribuaient à la dépendance (médicale, neuroscientifique, sociale), ont souligné que la présence de déclencheurs (*triggers*) dans l'environnement (un concept lié aux théories neuropsychologiques de l'apprentissage et du conditionnement) jouait un rôle très important dans les capacités de prise de décision volontaire des PVVDD. C'était aussi une déclaration commune chez les PVVDD interrogées, peu importe qu'elles aient considéré avoir pris des décisions volontaires au cours de leur dépendance ou non. Le stress et l'exposition aux déclencheurs ont été fortement associés au désir de consommer chez les PVVDD (Preston & Epstein, 2011), ce qui laisse présager que leurs capacités décisionnelles ont des aspects temporels et contextuels, que le désir de consommer se traduise par une consommation réelle ou non. Néanmoins, nos données suggèrent que les membres du public envisagent plutôt les capacités décisionnelles des PVVDD comme statiques et liées à l'état de la maladie (incapables de prendre des décisions libres sous l'emprise de la maladie, capables de prendre des décisions libres après une rémission), soulevant des contradictions claires avec les perspectives des autres groupes.

Des perceptions aussi variées de la dépendance et de la prise de décision pourraient avoir une influence sur les jugements moraux associés aux décisions prises et à la persévérance (ou non) des PVVDD par rapport à ces décisions (Racine & Rousseau-Lesage, 2017) et créer un clivage dans les relations de soins. D'un côté, les perceptions de la dépendance comme un problème d'habitudes (et non une maladie chronique) tendent à augmenter le sentiment d'efficacité des PVVDD face aux prises de décision et à leur mise en œuvre, ce qui peut être associé à une

réduction de consommation à court-terme (Miller, Westerberrf, Harris, & Tonigan, 1996; Satre, et al., 2016). D'un autre côté, chez les cliniciens et les membres du public, les jugements moraux sur les capacités décisionnelles des PVVDD peuvent se transposer en jugements sur leur identité morale, c'est-à-dire en jugements sur le fait qu'ils soient de « bonnes » ou de « mauvaises » personnes (Earp, Skorburg, Everett, & Savulescu, 2019; Meurk, Carter, Hall, & Lucke, 2014). Cela ne serait pas volontaire et peut-être même pas toujours conscient. Il a d'ailleurs été suggéré dans une étude australienne que les cliniciens valorisent entre autres le modèle de la dépendance comme maladie cérébrale pour sa capacité à considérer la maladie « mauvaise » tout en n'attribuant aucun jugement à la personne vivant avec cette maladie, lui rendant un pouvoir déstigmatisant. Malgré tout, parmi les PVVDD interrogées dans notre étude, peu partageaient cette perspective, et certaines interprétaient même ce détachement entre leur consommation et leur personne de façon déshumanisante et brimant leur autonomie. Cette information met en lumière l'importance de s'adapter pour prendre soin de chaque PVVDD d'une façon qui colle à ses besoins, à ses connaissances et à sa réalité.

Effectivement, en réponse à la stigmatisation de leur identité ou de leurs comportements, les PVVDD peuvent développer des stratégies pour prendre soin de soi en dehors du système de santé et retarder significativement leur recours au système pour des problèmes graves et urgents comme des endocardites liées à la consommation (Bearnot, Mitton, Hayden, & Park, 2019). En particulier, chez les personnes consommant des drogues injectables non contrôlées (*street drugs*), les stratégies d'autosoins comprennent leur alimentation, l'activité physique, la gestion de leurs inconforts physiques, la gestion de leur consommation et la sécurité sexuelle (Drumm, McBride, Metsch, Neufeld, & Sawatsky, 2005). Pour pouvoir implémenter ces stratégies de façon informée, par contre, il est important que les PVVDD aient accès à de l'information adaptée et fiable et d'évoluer dans des relations de soins avec des approches compatibles avec leurs valeurs et leurs priorités. En exerçant leur agentivité et en prenant soin d'elles-mêmes de façon informée, les PVVDD pourraient être menées à modifier certains comportements qui les mettraient à risque en alignement avec leur propre compréhension de prendre soin de soi. Pour diverses personnes interrogées, cela s'articulait différemment. Par exemple, un clinicien a fait valoir que, dans certains cas, la meilleure façon de prendre soin d'une PVVDD et de la soutenir à prendre soin

d'elle-même était le recours à la prescription de leur drogue ou d'agonistes pour les opioïdes, ce qui était selon lui une façon de leur offrir la liberté de se détacher des activités dangereuses liées à la recherche de drogues (le contact avec les revendeurs et le crime organisé, la prostitution, etc.) et de leur permettre d'avoir du temps et de l'énergie pour des activités qui s'alignent avec leurs objectifs de traitement. Une PVVDD a, quant à elle, avancé que l'accès à de l'information fiable et limpide était le meilleur moyen de prendre soin de soi et de pouvoir consentir à ses soins, une capacité qui n'est pas toujours reconnue chez les PVVDD.

La prise de décision volontaire contextualisée et informée

Les activités de réflexivité et de prise de décision ne se produisent pas en silo. Les compréhensions ordinaires (non typiquement considérées « expertes ») de ce qu'est la dépendance aux drogues font partie d'un phénomène de co-construction sociale de sens dans lequel le public, les scientifiques et les médias interagissent (Winter, 2016). D'ailleurs, les membres du public incluent souvent les perspectives neuroscientifiques véhiculées dans les médias dans leur compréhension de la dépendance et de la prise de décision dans ce contexte (Meurk, Carter, Hall, & Lucke, 2014). Selon ces recherches et en cohérence avec la notion d'intersubjectivité en éthique pragmatiste, les expériences vécues des parties prenantes influencent la façon dont ils intègrent de nouvelles informations. En conséquence, de nouvelles informations, aussi fiables soient-elles, ne seront probablement pas, ou peu, intégrées aux compréhensions ordinaires de la population si elles entrent en contradiction avec leurs croyances et leurs connaissances actuelles (Winter, 2016). Notre étude a relevé un contre-exemple de ce phénomène, alors qu'une PVVDD a déclaré avoir accepté de considérer la dépendance comme une maladie à la suite du contact avec de nombreux messages dans les médias et par le gouvernement, malgré que son expérience personnelle lui ait appris que sa dépendance était un problème d'habitudes. Cette co-construction se module donc différemment selon les expériences, les valeurs et les priorités des personnes impliquées, de sorte que la nature de la dépendance devienne très personnelle et ambiguë. Ainsi, dans le cheminement vers une approche pragmatiste de la santé et l'ouverture de dialogues pertinents à la résolution d'un problème éthique, notre étude soutient l'idée que les représentations qui sont les plus utiles dans le contexte varient entre les différentes parties prenantes, notamment

au niveau des dimensions morales qui leur sont les plus préoccupantes, mais aussi au niveau de la compréhension plus globale de la dépendance aux drogues.

Les compréhensions philosophiques de la dépendance et de la volition sont des exemples de représentations qui ont des implications concrètes au niveau des hypothèses et des conclusions auxquelles les parties prenantes arrivent sur la prise de décision volontaire (Racine & Rousseau-Lesage, 2017; Karasaki, Fraser, Moore, & Dietze, 2013). Les données de notre étude contribuent à une réflexion collective portant sur les différents aspects de la prise de décision volontaire en contexte de dépendance aux drogues, incluant la liberté relative associée à la décision, les obstacles contextuels à sa mise en œuvre, ses possibles répercussions dans différentes circonstances, le sentiment d'efficacité des PVVDD envers leurs décisions liées à la santé, la confiance en leur entourage, leurs soignants, le système de valeurs les entourant, etc. Une PVVDD interrogée dans notre étude a mentionné qu'elle était plus en mesure de comprendre, rétrospectivement, comment ses choix étaient affectés par la consommation de sa substance de choix (hallucinogènes), alors qu'elle n'avait jamais eu accès à ce type d'information pour se comprendre elle-même pendant sa dépendance active. L'expérience vécue de cette personne souligne l'importance d'avoir plusieurs canaux de communication avec les PVVDD puisqu'elles n'ont pas tous de contacts avec le réseau de la santé où les soignants peuvent faire (et font) ce travail d'éducation.

Notre étude, en impliquant des personnes consommant des drogues légales et illégales, s'inscrit dans une démarche pragmatiste de réduction des méfaits en promouvant l'implication concrète des personnes les plus concernées dans la génération de connaissances par rapport aux opinions et aux valeurs du public sur la légalisation du cannabis (Fallu & Brisson, 2013). Leurs perspectives, leurs opinions, leurs priorités et leurs valeurs s'ajoutent à celles d'autres parties prenantes pour nourrir la construction intersubjective des enjeux qui les touchent. En effet, les PVVDD ne forment pas un groupe homogène qui s'oppose toujours à la médicalisation de la dépendance aux drogues ou aux approches qui nécessitent l'abandon de son agentivité. Cette diversité s'est reflétée dans notre étude, alors que certaines PVVDD ont témoigné du soulagement qu'elles ont ressenti face à la conceptualisation de la dépendance comme une maladie, qui fixait concrètement leur identité comme celle d'une personne malade que l'on devait aider. Pour d'autres PVVDD

interrogées, cette conceptualisation était quelque chose qui les avait repoussées, et que cela leur avait fait perdre confiance en leur soignant, voire perdre espoir en la possibilité d'améliorer leur qualité de vie. Une autre personne même a témoigné que sa consommation l'aidait à se sentir apte à prendre une décision et que ses moments de sobriété n'étaient pas toujours des moments de lucidité par rapport à qui elle était et ce qu'il y avait de mieux pour elle. Particulièrement, les personnes épuisées, dépressives, les personnes ayant des expériences sociales négatives et une déconnexion par rapport à leur propre agentivité dans la prise de décision en santé pourraient préférer d'emblée une approche de prise de décision centrée sur le soignant (Resnicow, Catley, Goggin, Hawley, & Williams, 2022), alors que l'établissement dans le temps de relations de confiance avec leurs soignants pourrait à terme promouvoir leur agentivité (Cho, et al., 2022). Ainsi, il est important d'être sensible aux identités et aux capacités fluides des PVVDD afin d'établir un environnement de prise de décision flexible avec un équilibre dynamique et situé des prises de décision entre les agents en fonction de l'appréciation intersubjective des devoirs et des rôles de chacun dans l'interaction (Resnicow, Catley, Goggin, Hawley, & Williams, 2022; Miller, Fins, & Bacchetta, 1996).

Il peut être difficile de trouver la façon de bien agir dans un problème éthique impliquant un questionnement sur les capacités décisionnelles des PVVDD. Notamment, la complexité des enjeux détaillés ci-haut peut créer de l'incertitude dans l'appréciation des faits utiles dans le contexte et la recherche de pistes de solution (Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). Qu'est-ce qui devrait donc informer la prise de décision? Le modèle de la prise de décision partagée s'impose comme une méthode fiable permettant de promouvoir l'agentivité des parties prenantes dans l'identification des faits et des solutions. (Joosten, de Weert, Sensky, van der Staak, & de Jong, 2008). Dans le contexte de soins impliquant des PVVDD, la prise de décision partagée est complexifiée par les croyances de toutes les parties prenantes, explicites ou implicites, par rapport à la volition et, plus généralement, par rapport aux valeurs et aux motivations de chaque personne dans la relation de soins (Rocelli, Sdrubolini, Romania, & Faccio, 2023). Dans notre étude, presque tous les participants accordaient une capacité de volition aux PVVDD, mais l'aspect temporel (Quand sont-elles capables ou non d'agir de leur propre volonté?) et les conditions permettant la prise de décision (De l'absence ou de la présence de quoi ont-elles

besoin pour prendre des décisions éclairées?) étaient grandement variables. De plus, les paradigmes philosophiques sur lesquels ces réflexions reposaient variaient. Par exemple, un participant a fait prévaloir que l'âge était un facteur influençant la prise de décision puisque les plus jeunes ont tendance à favoriser les plaisirs instantanés et moins réfléchir au long-terme (relativisme) alors qu'un autre a avancé que le contrôle qu'une personne a sur sa vie peut lui être dissimulé par les normes sociales, le désir de plaire, mais aussi les pulsions et les habitudes (pragmatisme). Ces données s'inscrivent dans une discussion plus large sur les façons de favoriser leur bien-être et leur agentivité en santé. La prise de décision volontaire ne repose pas sur l'hypothèse d'une capacité continue et persistante, mais bien sur celle d'une capacité fluide et contextuelle informée par les compréhensions ordinaires et incarnées des parties prenantes (Racine & Rousseau-Lesage, 2017; Treloar & Holt, 2006; Karasaki, Fraser, Moore, & Dietze, 2013). Ce mémoire a mis en lumière quelques facteurs influençant concrètement la volition fluide et contextuelle des PVVDD. Notamment, les conceptions de la dépendance, du soin, du bien-être et de la santé sont grandement variés d'une personne à l'autre. La lentille pragmatiste avec laquelle ces facteurs ont été explorés souligne l'importance de les interpréter contextuellement et de façon intersubjective pour solidifier la relation de soins et prévenir des problèmes éthiques découlant d'hypothèses différentes de part et d'autre. La prise de décision dans une situation clinique où les visions du bien-être des parties prenantes entrent en conflit pourrait aussi soulever des émotions vives qui nuisent au dialogue (Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). Dans un tel cas, la consultation d'un éthicien serait intéressante en ce sens où l'enquête éthique peut lui permettre de déceler des aspirations ou des valeurs communes à rallier dans la formulation intersubjective d'une solution créative, hors des conduites habituelles qui ne fonctionnent pas dans cette situation.

Intégration des dimensions morales identifiées dans la pratique de l'éthique clinique

Les résultats du projet de recherche ont soulevé des enjeux liés aux dimensions morales de la légalisation du cannabis, de la consommation de drogues et de la prise de décision dans le contexte de dépendance aux drogues. Ces dimensions morales ont été discutées pour leurs

possibles points de tension d'où pourraient émerger des défis éthiques. Un acteur pertinent à la navigation de ces tensions et à la recherche de solutions pratiques dont le rôle n'a pas été spécifiquement développé jusqu'à présent est l'éthicien clinique.

D'abord, l'éthicien clinique est utile dans les contextes de consultation et de médiation qui émergent d'interactions cliniques avec des PVVDD. L'aspect évolutif de la présentation des PVVDD peut compliquer les relations de soins en continu (Esquibel & Borkan, 2014; Rocelli, Sdrubolini, Romania, & Faccio, 2023), d'où découle une incertitude sur la façon de bien agir en contexte (Aiguier, 2018). Par l'identification des valeurs et des principes qui sont partagés par les parties prenantes auquel l'éthicien est très attentif, il peut orienter le dialogue et l'exploration de sujets sensibles et profondément personnels tels les visions du prendre soin et de la santé, et des sujets plutôt reliés au contexte comme les obligations, les droits et les devoirs (Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). Entre autres, la discussion offerte plus haut concernant l'interaction entre des parties prenantes ayant des priorités alignées avec la santé publique (protection d'autrui) et d'autres avec des priorités alignées avec la santé physique (protection de l'individu) éclaire les éléments particuliers au contexte de la dépendance aux drogues. En effet, les tensions entre la protection d'autrui et de l'individu ne sont pas uniques à ce contexte, mais sont uniquement teintées d'enjeux comme l'accès, la stigmatisation multiple des PVVDD (leurs comportements, leurs interactions et leur identité peuvent être jugés moralement), le pouvoir épistémique, les stratégies pour éviter le recours au système de santé, etc. Pour résoudre ces tensions conscrrites contextuellement et auxquelles l'éthicien ne peut pas appliquer ses propres valeurs et priorités (sans non plus pouvoir s'en dissocier), celui-ci peut avoir recours à la créativité (Racine, et al., 2022).

La créativité et la co-construction de sens par l'intersubjectivité sont des guides essentiels de l'éthique pragmatiste (Racine, et al., 2022), auxquels l'éthicien peut recourir pour choisir sa posture dans le contexte. En effet, la créativité en éthique peut être instrumentalisée dans le cadre de la recherche de solutions qui sortent les agents de leurs réflexes et leur conduites habituelles sans nécessiter d'entente a priori sur des préceptes moraux (Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019). Cette démarche peut servir à déstabiliser les habitudes des participants pour faciliter la remise en question de ces habitudes-mêmes. La créativité peut aussi

se refléter dans d'autres étapes de l'enquête éthique. Particulièrement, certaines situations d'incompatibilité entre les visions de la prise de décision en contexte de dépendance aux drogues pourraient se retrouver en impasse par une approche uniquement fondée sur la réflexivité passive. Des approches différentes peuvent être explorées par l'éthicien grâce aux connaissances des paradigmes philosophiques et des théories éthiques; par exemple, l'adoption du rôle de l'avocat du diable peut permettre de déstabiliser les habitudes des parties prenantes en poussant leurs réflexions habituelles jusqu'à des conclusions extrêmes ou en testant leur intuition sur le sujet (Magelssen, Pedersen, & Førde, 2016). Le jugement critique sur l'utilisation de tels outils pour explorer les tensions entre les parties prenantes dans la pratique revient à l'éthicien clinique et à son équipe.

Les problèmes éthiques liés aux relations de soins avec des PVVDD peuvent aussi bénéficier de l'approche de la réduction des méfaits puisqu'il s'agit d'un sujet que les parties prenantes peuvent interpréter différemment tout en s'entendant sur le principe. En accord avec une perspective pragmatiste, l'adaptivité des méthodes et des processus de prise de décision est un élément essentiel à privilégier dans une approche de réduction des méfaits qui inclut les valeurs et les priorités des parties prenantes. Si les parties prenantes s'entendent sur un principe sans pouvoir en générer de solution utile au problème éthique, la réflexion peut s'orienter vers les meilleures façons d'actualiser, ou d'incarner, le principe dans le contexte présent où les habitudes amplifient les tensions (Racine, 2022).

Notre étude a souligné la grande variation des idées et des attitudes des parties prenantes tant au niveau des compréhensions des modes de gouvernance et des impératifs de protection du public qu'au niveau des compréhensions de la nature de la dépendance et de ses répercussions sur la volition. Puisque les cliniciens sont souvent en interaction avec des PVVDD, ils sont déjà habitués à une certaine fenêtre de flexibilité pour s'adapter aux personnes qu'ils soignent. Cependant, leurs habitudes peuvent se traduire par l'inclusion ou l'exclusion de conduites dépendant de leur perception des impacts. Pour les PVVDD, les habitudes peuvent aussi être fortes et elles pourraient, par exemple, privilégier certains comportements qui les ont aidés dans leurs interactions passées mais qui sont totalement inadéquates dans leurs interactions présentes. Les problèmes éthiques peuvent donc survenir d'inconforts de part et d'autre lorsque

la personne qui leur fait face n'agit pas de façon cohérente avec leurs attentes envers cette personne. Par exemple, la peur du stéréotype du « patient difficile » peut freiner l'honnêteté des PVVDD à échapper à certains jugements, mais le manque d'honnêteté peut en retour briser la confiance des cliniciens (Esquibel & Borkan, 2014). Avec une évaluation intersubjective des valeurs, des priorités, des expériences et des besoins de chacun, l'éthicien peut participer à la réduction des méfaits indépendamment de la solution générée en fin de processus, car il a un impact concret sur le bien-être des parties prenantes en leur fournissant un espace de discussion sécuritaire et humain. En effet, une étude a relevé qu'au cours des délibérations éthiques, les hypothèses sur l'état psychologique des patients étaient presque aussi prévalentes que les faits observables (Svantesson, Silén, & James, 2018). Il semble ainsi important pour toutes les parties prenantes d'approcher les relations de soins avec humilité et de poser le plus de questions possible afin de diminuer la place que les hypothèses prennent dans la construction de solutions concrètes au problème éthique. Nos données ont recensé plusieurs exemples où les compréhensions des parties prenantes découlaient de hypothèses sur l'état d'une PVVDD ou sa capacité à s'auto-réguler qui ne correspondaient pas aux expériences vécues des PVVDD. La variation et les nuances contextuelles qui étaient aussi très généralisées soulignent l'importance d'approches tout aussi flexibles et nuancées dans la recherche de solutions aux problèmes éthiques impliquant des PVVDD. En intégrant les connaissances et les valeurs des parties prenantes dans un problème précis, l'éthicien peut soutenir des réflexions éthiques riches et contextuelles. Un environnement de soins plus humain favorise la confiance, qui elle peut améliorer le sentiment d'efficacité des parties prenantes par rapport à leur rôle respectif dans la résolution de problème éthique. Ultimement, le travail d'intersubjectivité lié au problème favorise le progrès moral de toutes les parties prenantes impliquées, incluant l'éthicien.

Conclusion

Les défis éthiques les plus importants dans les cas impliquant des PVVDD et l'apport des délibérations éthiques pour favoriser la santé et le bien-être des parties prenantes sont peu identifiés dans la littérature. Ce mémoire repose sur des données d'entrevues qualitatives qui ont été réalisées entre les mois de mai et août 2019 auprès de trois groupes de parties prenantes :

des PVVDD, des cliniciens travaillant auprès de PVVDD et de membres du public. Les données ont été analysées par des méthodes qualitatives dont le choix et l'application ont été influencés par l'éthique pragmatiste de Dewey. L'exploration des enjeux liés à la gouvernance des drogues au Canada a fait ressortir la sécurité routière, la protection de la jeunesse et la criminalisation des consommateurs comme des facteurs-clés. Les enjeux liés à la compréhension des parties prenantes de la dépendance aux drogues et de la prise de décision volontaire en contexte de dépendance résidaient dans l'ambiguïté des concepts. De plus, les différentes compréhensions comportent des hypothèses et des conclusions divergentes concrètes affectant les notions de santé et de bien-être en contexte de dépendance. Des pistes de réflexion sont offertes quant à l'intégration des perspectives des parties prenantes dans les processus démocratiques et dans les relations de soin. Pour la consultation en éthique clinique alignée avec une approche pragmatiste (Inguaggiato, Metselaar, Porz, & Widdershoven, 2019; Racine, 2022), ces pistes de réflexion et leur application au contexte particulier de la consultation soulignent l'importance d'une posture d'humilité et d'ouverture face aux expériences vécues des agents ayant un pouvoir épistémique inégal dans une relation de soin. De plus, la lentille pragmatiste dévoile l'intérêt de la construction intersubjective de sens pour déchiffrer les représentations utiles dans le contexte. Pour approfondir l'impact de ces connaissances sur la pratique de l'éthique clinique, une recherche visant à observer et décrire l'ampleur que prennent les dimensions morales dans des délibérations éthiques impliquant des PVVDD serait nécessaire. Ce mémoire explorant les compréhensions explicites et implicites de la dépendance et de la notion de volition dans ce contexte est un pas dans la direction de l'élargissement des compréhensions des facteurs influençant la santé globale des PVVDD. Les résultats de notre étude ont une implication pour les notions de volition et de consentement chez les PVVDD et soulignent la difficulté et l'ambiguïté imprégnant les interactions avec elles et les efforts d'éducation publique. Les résultats ont ainsi un intérêt marqué pour les éthiciens, les gestionnaires et les chercheurs s'intéressant aux enjeux de prise de décision volontaire en contexte de dépendance aux drogues. Les données peuvent aussi informer les décideurs politiques sur l'interprétation de la santé en contexte de dépendance, notamment dans le développement de politiques de gouvernance de la santé et dans le choix des priorités scientifiques.

Références bibliographiques

- Abma, T. A., Baur, V. E., Molewijk, B., & Widdershoven, G. A. (2010). Inter-ethics: Towards an interactive and interdependent bioethics. *Bioethics*, 24(5), 242-255. doi:10.1111/j.1467-8519.2010.01810.x
- Aiguier, G. (2018). Former à l'éthique dans une perspective émancipatoire et démocratique: Une approche pragmatiste. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 1(61), 163-175. doi:10.3917/spir.061.0163
- Alexander, T. M. (1993). John Dewey and the moral imagination: Beyond Putnam and Rorty toward a postmodern ethics. *Transactions of the Charles S. Peirce Society*, 29(3), 369-400. Récupéré sur: <http://www.jstor.org/stable/40320424>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, E. (2023, Janvier 28). *Dewey's Moral Philosophy*. (E. N. Zalta, & U. Nodelman, Éditeurs) Récupéré le 1 Juillet 2023, sur The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/dewey-moral/>
- Aspler, J., Zizzo, N., Di Pietro, N., & Racine, E. (2018). Stereotyping and stigmatising disability: A content analysis of Canadian print news media about fetal alcohol spectrum disorder. *Canadian Journal of Disability Studies*, 7(3), 89-121.
- Baca, C. T., Alverson, D. C., Manuel, J. K., & Blackwell, G. L. (2007). Telecounseling in rural areas for alcohol problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(4), 31-45. doi:10.1300/J020v25n04_03
- Baghrarian, M., & Carter, A. (2020, September 15). *Relativism*. Récupéré sur The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/entries/relativism/>
- Bailey, J. (2008). First steps in qualitative data analysis: Transcribing. *Family Practice*, 25(2), 127-131. doi:10.1093/fampra/cmn003

- Barnett, A., Hall, W., Fry, C., Dikes-Frayne, E., & Carter, A. (2018). Drug and alcohol treatment providers' views about the disease model of addiction and its impact on clinical practice: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 37*(6), 697-720. doi:10.1111/dar.12632
- Bayer, R., & Stuber, J. (2006). Tobacco control, stigma, and public health. *American Journal of Public Health, 96*(1), 47-50.
- Bearnot, B., Mitton, J., Hayden, M., & Park, E. R. (2019). Experiences of care among individuals with opioid use disorder-associated endocarditis and their healthcare providers: Results from a qualitative study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 102*, 16-22. doi: 10.1016/j.jsat.2019.04.008.
- Bell, E., Andrew, G., Di Pietro, N., Chudley, A. E., Reynolds, J. N., & Racine, E. (2016). It's a shame! Stigma against fetal alcohol spectrum disorder: Examining the ethical implications for public health practices and policies. *Public Health Ethics, 9*(1), 65-77.
- Bell, K., & Salmon, A. (2009). Pain, physical dependence and pseudoaddiction: Redefining addiction for 'nice' people? *International Journal of Drug Policy, 20*, 170-178. doi: 10.1016/j.drugpo.2008.06.002.
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science & Medicine, 70*(6), 800-801.
- Bertrand, K., Tremblay, J., Nadeau, L., & Brochu, S. (2021). *Les visages de la dépendance: Pour une société inclusive, diversifiée et innovante*. Mémoire Collectif.
- Besharov, D. J. (1989). Crack babies: The worst threat is mom herself. *The Washington Post*.
- Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., . . . Bazzi, A. R. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and Alcohol Dependence, 198*, 80-86. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037.

- Biesta, G. (2015). Pragmatism and the philosophical foundations of mixed methods research. Dans A. Tashakkori, & C. Teddlie, *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp. 95-118). SAGE Publications, Inc. doi:10.4135/9781506335193
- Blachman, M. J., & Sharpe, K. E. (1989). War on drugs: American democracy under assault. *World Policy Journal*, 7(1), 135-163. Récupéré sur <https://www.jstor.org/stable/40209141>
- Bottorff, J. L., Bissell, L. J., Balneaves, L. G., Oliffe, J. L., Capler, N. R., & Buxton, J. (2013). Perceptions of cannabis as a stigmatized medicine: A qualitative descriptive study. *Harm Reduction Journal*, 10(2). Récupéré sur: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-10-2>
- Bracken-Roche, D., Bell, E., Macdonald, M. E., & Racine, E. (2017). The concept of 'vulnerability' in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 8. doi:10.1186/s12961-016-0164-6
- Braun, V., & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brondani, M., Alan, R., & Donnelly, L. (2017). Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients' experiences in dental settings. *PLoS ONE*, 12(5). doi:10.1371/journal.pone.0177388
- Brooks, E., Gundersen, D. C., Flynn, E., Brooks-Russell, A., & Bull, S. (2017). The clinical implications of legalizing marijuana: Are physician and non-physician providers prepared? *Addictive Behaviors*, 72, 1-7.
- Brown, J. D., & Goodin, A. J. (2021). Evidence in context: High risk of bias in medical cannabis and cannabinoid clinical trials dictates the need for cautious interpretation. *Medical Cannabis and Cannabinoids*, 4(1), 63-66.
- Bryant, J., Caluzzi, G., Bruun, A., Sundbery, J., Ferry, M., Skattebol, J., . . . MacLean, S. (2022). The problem of over-medicalisation: How AOD disease models perpetuate inequity for young people with multiple disadvantage. *International Journal of Drug Policy*, 103(103631), doi: 10.1016/j.drugpo.2022.103631.

- Buchman, D. Z., Leece, P., & Orkin, A. (2017). The epidemic as stigma: The bioethics of opioids. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(4), 607-620.
- Burns, S. L., & Peyrot, M. (2003). Tough love: Nurturing and coercing responsibility and recovery in California drug courts. *Social Problems*, 50(3), 416-438. doi: 10.1525/sp.2003.50.3.416.
- CAMH. (s.d.). *Toxicomanie*. Récupéré sur Centre de toxicomanie et de santé mentale: <http://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/toxicomanie>
- Canadian Centre on Substance Abuse. (2014). *Substance Use Prevention and Health Promotion*. Récupéré sur Canadian Centre on Substance Abuse: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-Prevention-Health-Promotion-Toolkit-2014-en.pdf>
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2019). *Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice*. Récupéré sur: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-in-Short-2014-en.pdf>
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2022). *A Public Health Perspective on Cannabis Legalization and Regulation in Canada*. CCSA Submission Brief. Récupéré sur: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Cannabis_Act_Legislative_review_update_l_en.pdf
- Canadian Medical Association. (2018). *Cannabis*. Récupéré sur CMA Ongoing Health Advocacy: <https://www.cma.ca/cannabis>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2014). Culturally responsive evaluation and treatment plan. Dans Center for Substance Abuse Treatment, *Improving Cultural Competence*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Chapman, S., & MacKenzie, R. (2010). The global research neglect of unassisted smoking cessation: Causes and consequences. *PLoS Medicine*, 7(2), e1000216. doi:10.1371/journal.pmed.1000216

- Charland, L. C. (2002). Cynthia's dilemma: consenting to heroin prescription. *American Journal of Bioethics*, 2(2), 37-47. doi:10.1162/152651602317533686
- Cho, H. E., Billig, J. I., Byrnes, M. E., Haase, S. C., Waljee, J. F., & Chung, K. C. (2022). Trust and distrust in opioid decision-making: A qualitative assessment of patient-doctor relationship. *Journal of Hand Surgery*, 47(2), 151-159. doi:10.1016/j.jhsa.2021.10.013
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Visla, A. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early perception of treatment credibility and their poostreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 486-495. doi: 10.1037/pst0000168
- Costain, W. F. (2008). The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: Patient perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(4), 227-235.
- Cotkin, G. (1994). Middle-ground pragmatists: The popularization of philosophy in American culture. *Journal of the History of Ideas*, 55(2), 283-302. doi:10.2307/2709900
- Courtwright, D. T. (2001). *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cox, C. (2018). The Canadian Cannabis Act legalizes and regulates recreational cannabis use in 2018. *Health Policy*, 122(3), 205-209.
- Davies, R., Ives, J., & Dunn, M. (2015). A systematic review of empirical bioethics methodologies. *BMC Medical Ethics*, 16(15), 1-13. doi:10.1186/s12910-015-0010-3
- DeVillier, M. (2019). Cannabis legalization in Canada: The public health approach we did not get. *Canadian Journal of Addiction*, 10(3), 51-59.
- Dewey, J. (1903). Democracy in education. *Elementary School Teacher*, 4(4), 193-204.
- Dewey, J. (1906). Beliefs and realities. *The Philosophical Review*, 15(2), 113-129. doi:10.2307/2177731
- Dewey, J. (1910). The analysis of a complete act of thought. Dans J. Dewey, *How We Think* (pp. 68-78). Lexington, MA: DC Health.

- Dewey, J. (1917). The need for a recovery of philosophy. Dans B. H. Bode, H. Chapman Brown, J. Dewey, H. M. Kallen, G. H. Mead, A. W. Moore, . . . J. H. Tufts, *Creative Intelligence: Essays in the Pragmatic Attitude* (pp. 3-69). New York: Henry Holt and Company.
- Dewey, J. (1988[1939]a). *The Later Works, 1925-1953* (Vol. 13: 1938-1939). (J. A. Boydston, Éd.) Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Dewey, J. (1988[1939]b). Democracy and human nature. Dans J. A. Boydston (Éd.), *The Later Works, 1925-1953* (Vol. 13: 1938-1939, pp. 136-155). Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Dewey, J. (1988[1939]c). Theory of valuation. Dans J. A. Boydston (Éd.), *The Later Works, 1925-1953* (Vol. 13: 1938-1939, pp. 191-251). Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Dewey, J. (1996[1908]). *Theory of the Moral Life*. (A. Isenberg, Éd.) New York: Irvington Publishers.
- Dewey, J. (2012). *The public and its problems: An essay in political inquiry*. University Park: Pennsylvania State University Press.
- Dewey, J. (2012). *The Public and its Problems: An Essay in Political Inquiry*. Récupéré le 12 juillet 2023 sur: <https://www.gutenberg.org/cache/epub/71000/pg71000.txt>. University Park: Pennsylvania State University Press.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., . . . Wood, C. (2022). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 397-403.
- Dingel, M. J., Ostergren, J., McCormick, J. B., Hammer, R., & Koenig, B. A. (2015). The media and behavioral genetics: Alternatives coexisting with addiction genetics. *Science, Technology & Human Values*, 40(4), 459-486. doi:10.1177/0162243914558491
- Donnan, J., Shogan, O., Bishop, L., & Najafizada, M. (2022). Drivers of purchase decisions for cannabis products among consumers in a legalized market: A qualitative study. *BMC Public Health*, 22(368). doi:10.1186/s12889-021-12399-9

- Drew, L. R. (1986). Beyond the disease concept of addiction: Drug use as a way of life leading to predicaments. *Journal of Drug Issues, 16*(2), 263-274. doi:10.1177/002204268601600212
- Drumm, R. D., McBride, D., Metsch, L., Neufeld, M., & Sawatsky, A. (2005). "I'm a health nut!" Street drug users' accounts of self-care strategies. *Journal of Drug Issues, 35*(3), 607-629. doi:10.1177/002204260503500311
- Earp, B. D., Lewis, J., & Hart, C. L. (2021). Racial justice requires ending the War on drugs. *The American Journal of Bioethics, 21*(4), 4-19.
- Earp, B. D., Skorburg, J. A., Everett, J. A., & Savulescu, J. (2019). Addiction, identity, morality. *AJOB Empirical Bioethics*, doi: 10.1080/23294515.2019.1590480.
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy, 24*(3), 257-264. doi:10.1016/j.drugpo.2012.08.002
- Eggerston, L. (2013). Stigma a major barrier to treatment for pregnant women with addictions. *Canadian Medical Association Journal, 185*(18), 1562.
- Elliott, J., DeJean, D., Potter, B. K., Coyle, D., Clifford, T., McCoy, B., & Wells, G. A. (2020). Barriers in accessing medical cannabis for children with drug-resistant epilepsy in Canada: A qualitative study. *Epilepsy & Behavior, 111*(107120). doi:10.1016/j.yebeh.2020.107120
- Epstein, D. (2020). Let's disagree to agree: A comment on Hogarth (2020), with a plea for not-so-competing theories of addiction. *Neuropsychopharmacology, 45*, 715-716. doi:10.1038/s41386-020-0618-y
- Fallu, J.-S., & Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues: Historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Massé, & I. Mondou, *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique: Enjeux éthiques et politiques* (pp. 105-127). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Farrell, M., & Glyn, L. (1990). Discrimination on the grounds of diagnosis. *British Journal of Addiction, 85*(7), 883-890. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb03718.x

- Feilzer, Y. M. (2010). Doing mixed methods research pragmatically: Implications for the rediscovery of pragmatism as a research paradigm. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(1), 6-16. doi:10.1177/1558689809349691
- Fernandez, T., Godwin, A., Doyle, J., Verdin, D., Boone, H., Kirn, A., . . . Potvin, G. (2016). More comprehensive and inclusive approaches to demographic data collection. *Educational Research and Methods*, 1-23. doi:10.18260/p.25751
- Festenstein, M. (2008). John Dewey: Inquiry, ethics and democracy. Dans C. Misak, *The Oxford Companion to American Philosophy* (pp. 87-109). Oxford: Oxford University Press.
- Fischer, B., Rehm, J., & Crépault, J.-F. (2016). Realistically furthering the goals of public health by cannabis legalization with strict regulation: Response to Kalant. *International Journal of Drug Policy*, 34, 11-16.
- Fisher, A. M., Teesson, M., & Marel, C. (2021). Shared decision-making among people with problematic alcohol/other drug use and co-occurring mental health conditions: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 40, 307-324. doi: 10.1111/daar.13149.
- Fleury, M.-J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M., & Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 293-306. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625
- Fleury, M.-J., Cao, Z., Grenier, G., & Huynh, C. (2023). Profiles of patients with substance-related disorders who dropped out or not from addiction treatment. *Psychiatry Research*, 329(115532). doi: 10.1016/j.psychres.2023.115532
- Foddy, B., & Savulescu, J. (2006). Addiction and autonomy: Can addicted people consent to the prescription of their drug of addiction? *Bioethics*, 20(1), 1-15. doi:10.1111/j.1467-8519.2006.00470.x
- Fong, T., Hammond, D., & Hitchman, S. C. (2009). The impact of pictures on the effectiveness of tobacco warnings. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(8), 565-644.

- Foucault, M. (1994). La naissance de la médecine sociale. Dans D. Defert, & F. Ewald (Éd.), *Dits et Écrits 1954-1988* (Vol. III: 1976-1979, pp. 207-228). Paris: Éditions Gallimard.
- Fox, K. (1999). Ideological implications of addiction theories and treatment. *Deviant Behavior*, 20(3), 209-232. doi:10.1080/016396299266470
- Gartner, C. E., Carter, A., & Partridge, B. (2012). What Are the Public Policy Implications of a Neurobiological View of Addiction? *Addiction*, 107(7), 1199-1200. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03812.x
- Ghelani, A. (2021). Cannabis use among mental health professionals: A qualitative study of cannabis-related risk perceptions. *Journal of Drug Issues*, 51(4), 679-689. doi:10.1177/00220426211032558
- Gibbard, M., Mount, D., Rassekh, S. R., & Hal Siden, H. (2021). Family attitudes about and experiences with medical cannabis in children with cancer or epilepsy: An exploratory qualitative study. *CMAJ Open*, 9(2), E563-E569. doi:10.9778/cmajo.20200212
- Glassman, M., & Patton, R. (2014). Capability through participatory democracy: Sen, Freire, and Dewey. *Educational Philosophy and Theory*, 46(12), 1353-1365. doi:10.1080/00131857.2013.828582
- Godkhindi, P., Nussey, L., & O'Shea, T. (2022). "They're causing more harm than good": A qualitative study exploring racism in harm reduction through the experiences of racialized people who use drugs. *Political Science, Pre-print*.
- Gouvernement du Canada. (2018, août 13). *Pillars of the Canadian drugs and substances strategy*. Consulté le février 2023, sur Canada.ca: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/pillars-canadian-drugs-substances-strategy.html>
- Gouvernement du Canada. (2020, Janvier). *Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante*. Consulté le mai 12, 2023, sur Canada.ca: [139](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/parler-</p></div><div data-bbox=)

consommation-substances-maniere-humaniste-securitaire-non-stigmatisante-2019.html#_5

Gouvernement du Canada. (2022, mai 31). *Stigmatisation de la consommation de drogues*. Consulté le mars 6, 2023, sur Canada.ca: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html>

Government of Canada. (2018). *Cannabis Act S.C. 2018, c. 16*. Récupéré sur Justice Laws Website: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-24.5/fulltext.html>

Greer, A., & Ritter, A. (2020). The legal regulation of drugs and role of government: Perspectives from people who use drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 206.

Griffith, L. E., Cook, D. J., Guyatt, G. H., & Charles, C. A. (1999). Comparison of open and closed questionnaire format in obtaining demographic information from Canadian general internists. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(10), 997-1005.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 191-215).

Guinebert, S. (2020). How do moral theories stand to each other? Some moral metatheoretical thoughts on a longstanding rivalry. *Zeitschrift für Ethik und Moralphilosophie*, 3, 279-299. doi:10.1007/s42048-020-00077-1

Gunadi, C., & Shi, Y. (2022). Cannabis decriminalization and racial disparity in arrests for cannabis possession. *Social Science & Medicine*, 293(114672).

Gunning, M., & Illes, J. (2021). Coverage of medical cannabis by Canadian news media: Ethics, access, and policy. *International Journal on Drug Policy*, 97(103361). doi:10.1016/j.drugpo.2021.103361

Gunning, M., Rotenberg, A. D., Kelly, L. E., Crooks, B., Oberoi, S., Rapoport, A. L., . . . Illes, J. (2022). Clinician views on and ethics priorities for authorizing medical cannabis in the care of

children and youth in Canada: A qualitative study. *CMAJ Open*, 10(1), E196-E202.
doi:10.9778/cmajo.20210239

Hadland, S. E., Wharam, F., Schuster, M. A., Zhang, F., Samet, J. H., & Larochelle, M. R. (2017). Trends in receipt of buprenorphine and naltrexone for opioid use disorder among adolescents and young adults. *JAMA Pediatrics*, 171(8), 747-755. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.0745.

Haines-Saah, R., & Fischer, B. (2021). Youth Cannabis use and Legalization in Canada - Reconsidering the Fears, Myths and Facts Three Years In. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 191-196.

Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110. doi:10.1016/S2215-0366(14)00126-6

Hammer, R., Dingel, M., Ostergren, J., Partridge, B., McCormick, J., & Koenig, B. A. (2013). Addiction: Current criticism of the brain disease paradigm. *AJOB Neuroscience*, 4(3), 27-32. doi: 10.1080/21507740.2013.796328.

Hammonds, R., Hanefeld, J., & Ooms, G. (2019). *Accountability as a driver of health equity*. Copenhagen: World Health Organization.

Hassan, A. N., Bozinoff, N., Jutras-Aswad, D., Socias, E., Stewart, S. H., Lim, R., & Le Foll, B. (2023). Patient satisfaction with standard methadone and flexible buprenorphine/naloxone models of care: Results from a pragmatic randomized controlled clinical trial. *Journal of Addiction Medicine*, 17(1), e49-e56. doi:10.1097/ADM.0000000000001048

Health Canada. (2018, March 19). *Proposed Approach to the Regulation of Cannabis: Summary of Comments Received During the Public Consultation*. Récupéré sur Canada.ca: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-health-products/summary-comments-public-consultation-regulation-cannabis.html#1.2>

Heather, N. (2017a). Q: Is addiction a brain disease or a moral failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10, 115-124. doi: 10.1007/s12152-016-9289-0

- Heather, N. (2017b). Is the concept of compulsion useful in the explanation or description of addictive behaviour and experience. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 15-38. doi:10.1016/j.abrep.2017.05.002
- Heyman, G. M. (2009). *Addiction: A Disorder of Choice*. Cambridge, MA: Harvard university Press. doi:10.2307/j.ctvjf9xd9
- Hodgins, D. C., Budd, M., Czukar, G., Dubreucq, S., Jackson, L. A., Rush, B., Quilty, L. C., Adams, D., & Wild, T. C. (2022). Treatment of opioid use disorder in Canadian psychosocial addiction programs: A national survey of policy, attitudes, and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(8), 648-647. doi: 10.1177/07067437221082858
- Holton, R., & Berridge, K. (2013). Addiction between compulsion and choice. Dans N. Levy, *Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience* (pp. 239-268). New York: Oxford University Press.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2002). *The Qualitative Researcher's Companion*. London: SAGE Publications.
- Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50, 999-1022. doi: 10.1093/bjc/azq038
- Huynh, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Ménard, J.-M., & Fleury, M.-J. (2016). Factors influencing the frequency of emergency department utilization by individuals with substance use disorders. *Psychiatric Quarterly*, 87, 713-728.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2011, août). *Canada's strategy for patient-oriented research: Improving health outcomes through evidence-informed care*. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.
- Inguaggiato, G., Metselaar, S., Porz, R., & Widdershoven, G. (2019). A pragmatist approach to clinical ethics support: Overcoming the perils of ethical pluralism. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22, 427-438. doi:10.1007/s11019-018-09882-3

- Jasanoff, S., & Kim, S.-H. (2015). *Dreamscapes of Modernity: Sociotechnical Imaginaries and the Fabrication of Power*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jennings, B. (1990). Bioethics and Democracy. *The Centennial Review*, 34(2), 207-225.
- Jones, C., & Hathaway, A. D. (2008). Marijuana medicine and Canadian physicians: Challenges to meaningful drug policy reform. *Contemporary Justice Review*, 11(2), 165-175.
- Joosten, E., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P., & de Jong, C. A. (2008). Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient Preference and Adherence*, 2, 277-285. doi: 10.2147/ppa.s4149.
- Joosten, E., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P., & de Jong, C. A. (2009). Treatment goals in addiction healthcare: The perspectives of patients and clinicians. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(3), 263-276. doi: 10.1177/0020764009354835.
- Jutras-Aswad, D., Le Foll, B., Ahamad, K., Lim, R., Bruneau, J., Fischer, B., . . . Socias, E. (2022). Flexible buprenorphine/naloxone model of care for reducing opioid use in individuals with prescription-type opioid use disorder: An open-label, pragmatic, noninferiority randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 179(10), 726-739. doi: 10.1176/appi.ajp.21090964.
- Kalant, H. (2016). A critique of cannabis legalization proposals in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 34, 5-10.
- Karasaki, M., Fraser, S., Moore, D., & Dietze, P. (2013). The place of volition in addiction: Differing approaches and their implications for policy and service provision. *Drug and Alcohol Review*, 32, 195-204. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00501.x
- Kelley, T. L. (2020, October 21). *The myth of willpower and addiction*. Récupéré sur Twin Lakes Recovery Center: <https://twinlakesrecoverycenter.com/myth-willpower-addiction/>

- Kennet, J. (2013). Just say no? Addiction and the elements of self-control. Dans N. Levy, *Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience* (pp. 144-164). New York: Oxford University Press.
- Kerr, J. S. (1996). Two myths of addiction: The addictive personality and the issue of free choice. *Human Psychopharmacology*, 11, S9-S13. doi:10.1002/(SICI)1099-1077(199602)11:1+<S9::AID-HUP747>3.0.CO;2-6
- Khan, S. N. (2014) Qualitative research method - Phenomenology. *Asian Social Science*, 10(21). 298-310. doi: 10.5539/ass.v10n21p298
- Khenti, A. (2014). The Canadian war on drugs: Structural violence and unequal treatment of Black Canadians. *International Journal of Drug Policy*, 25, 190-195. doi:10.1016/j.drugpo.2013.12.001
- Kiepek, N., Van de Ven, K., Dunn, M., & Forlini, C. (2019). Seeking legitimacy for broad understandings of substance use. *International Journal of Drug Policy*, 73, 58-63. doi:10.1016/j.drugpo.2019.07.014
- Kime, K. G. (2018). Interpretive phenomenological analysis of the spirituality characteristics of recovery experiences in the context of the brain disease model of addiction. *Pastoral Psychology*, 67, 357-372. doi:10.1007/s11089-018-0816-2
- Kleinman, P. H., Lukoff, I. F., & Kail, B. L. (1977). The magix fix: A critical analysis of methadone maintenance treatment. *Social Problems*, 25(2), 208-214. doi:10.2307/800296
- Klimas, J., Hamilton, M.-A., Gorfinkel, L., Adam, A., Cullen, W., & Wood, E. (2021). Retention in opioid agonist treatment: A rapid review and meta-analysis comparing observational studies and randomized controlled trials. *Systematic Reviews*, 10(216). doi:10.1186/s13643-021-01764-9
- Koplan, J. P., Bond, C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

- Koutouki, K., & Lofts, K. (2019). Cannabis, reconciliation, and the rights of Indigenous peoples: Prospects and challenges for cannabis legalization in Canada. *Alberta Law Review*, 56(3), 709-727.
- Kushner, H. I. (2010). Toward a cultural biology of addiction. *BioSocieties*, 5, 8-24. doi: 10.1057/biosoc.2009.6.
- Kvillemo, P., Strandberg, A. K., & Gripenberg, J. (2022). Attitudes to cannabis use and public prevention information among young adults: A qualitative interview study with implications for prevention practice. *Frontiers in Public Health*, 10(830201). doi:10.3389/fpubh.2022.830201
- Lancaster, K. (2014). Social construction and the evidence-based drug policy endeavour. *International Journal of Drug Policy*, 25, 948-951. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.01.002.
- Lancaster, K., Ritter, A., & Stafford, J. (2013). Public opinion and drug policy in Australia: Engaging the 'affected community'. *Drug and Alcohol Review*, 32(1), 60-66.
- Legg, C., & Hookway, C. (2021, avril 6). *Pragmatism*. Récupéré sur Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/entries/pragmatism/>
- Leshner, A. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47. doi:10.1126/science.278.5335.45
- Levy, N. (2006). Addiction, autonomy and ego-depletion: a response to Bennett Foddy and Julian Savulescu. *Bioethics*, 20(1), 16-20. doi:10.1111/j.1467-8519.2006.00471.x
- Levy, N. (2019). Taking responsibility for responsibility. *Public Health Ethics*, 12(2), 103-113. doi:10.1093/phe/phz001
- Levy, S., Mountain-Ray, S., Reynolds, J., Mendes, S., & Bromberg, J. (2018). A novel approach to treating adolescents with opioid use disorder in pediatric primary care. *Substance Abuse*, 39(2), 173-181. doi: 10.1080/08897077.2018.1455165.

- MacQuarrie, A. L., & Brunelle, C. (2022). Emerging attitudes regarding decriminalization: Predictors of pro-drug decriminalization attitudes in Canada. *Journal of Drug Issues, 52*(1), 114-127. doi:10.1177/00220426211050030
- Madelrieux, S. (2016). *La philosophie de John Dewey: Repères*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Magelssen, M., Pedersen, R., & Førde, R. (2016). Four roles of ethical theory in clinical ethics consultation. *The American Journal of Bioethics, 16*(9), 26-33. doi: 10.1080/15265161.2016.1196254.
- Malherbe, J.-F. (1999). *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique*. Anjou: Les Éditions Fides.
- Marsh, J., Cao, D., Guerrero, E., & Shin, H.-C. (2009). Need-service matching in substance abuse treatment: Racial/ethnic differences. *Evaluation and Program Planning, 32*(1), 43-51. doi:10.1016/j.evalprogplan.2008.09.003
- Martela, F. (2015). Pragmatism as an attitude. Dans U. Zackariasson, *Action, Belief and Inquiry - Pragmatist Perspectives on Science, Society and Religion* (Vol. Nordic Studies in Pragmatism 3, pp. 187-207). Nordic Pragmatism Network.
- Martela, F. (2017). Moral philosophers as ethical engineers: Limits of moral philosophy and a pragmatist alternative. *Metaphilosophy, 48*(1-2), 58-78. doi:10.1111/meta.12229
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Maxwell, J. A. (2012). What is realism and why should qualitative researchers care? In J. A. Maxwell, *A Realist Approach for Qualitative Research* (Vol. 61, pp. 3-14). London, UK: SAGE.
- McCready, G., Glenn, N. M., & Frohlich, K. L. (2019). "Don't smoke in public, you look like trash": An exploratory study about women's experiences of smoking-related stigmatisation and the connection to neighbourhood-level deprivation. *Health & Place, 58*(102142), doi: 10.1016/j.healthplace.2019.05.020.

- McTaggart-Cowan, H., Bentley, C., Raymakers, A., Metcalfe, R., Hawley, P., & Peacock, S. (2020). Understanding cancer survivors' reasons to medicate with cannabis: A qualitative study based on the theory of planned behavior. *Cancer Medicine*, *10*(1), 396-404. doi:10.1002/cam4.3536
- Metzl, J. M., & Roberts, D. E. (2014). Structural competency meets structural racism: Race, politics, and the structure of medical knowledge. *American Medical Association Journal of Ethics*, *16*(9), 674-690.
- Meurk, C., Carter, A., Hall, W., & Lucke, J. (2014). Public understandings of addiction: Where do neurobiological explanations fit? *Neuroethics*, *7*(51), 51-62. doi:10.1007/s12152-013-9180-1
- Meurk, C., Carter, A., Hall, W., & Lucke, J. (2014). Public understandings of addiction: Where do neurobiological explanations fit? *Neuroethics*, *7*(51), 51-62. doi:10.1007/s12152-013-9180-1
- Miller, A. (2019, December 13). *Realism*. Récupéré sur The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/entries/realism/>
- Miller, F. G., Fins, J. J., & Bacchetta, M. D. (1996). Clinical pragmatism: John Dewey and clinical ethics. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, *13*(1), 27-52. Récupéré sur <https://scholarship.law.edu/jchlp/vol13/iss1/6>
- Miller, W. R., Westerberrf, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, *91*(Supplement), S155-S171.
- Molewijk, B., & Widdershoven, G. A. (2012). Don't solve the issues! A plea for ambiguity within empirical ethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *21*(4), 448-456. doi:10.1017/S0963180112000229
- Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research. *Qualitative Inquiry*, *20*(8), 1045-1053. doi:10.1177/1077800413513733

- Morphett, K., Partridge, B., Gartner, C., Carter, A., & Hall, W. (2015). Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(6), 6591-6607. doi:10.3390/ijerph120606591
- Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., & Ompad, D. C. (2020). "They look at us like junkies": Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, *17*(53). doi:10.1186/s12954-020-00399-8
- Nahmias, E., Shepard, J., & Reuter, S. (2014). It's OK if 'my brain made me do it': People's intuitions about free will and neuroscientific prediction. *Cognition*, *133*(2), 502-516. doi:10.1016/j.cognition.2014.07.009
- Neale, J., Miller, P., & West, R. (2014). Reporting quantitative information in qualitative research: guidance for authors and reviewers. *Addiction*, *109*(2), 175-176. doi:10.1111/add.12408
- Ng, J. Y., Gilotra, K., Usman, S., Chang, Y., & Busse, J. W. (2021). Attitudes toward medical cannabis among family physicians practising in Ontario, Canada: A qualitative research study. *Canadian Medical Association Journal*, *9*(2), E342-E347.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, *369*(9566), 1047-1053.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats.*
- Ormerod, R. (2006). The history and ideas of pragmatism. *The Journal of the Operational Research Society*, *57*(8), 892-909.
- Owusu-Bempah, A., & Luscombe, A. (2021). Race, cannabis and the Canadian war on drugs: An examination of cannabis arrest data by race in five cities. *International Journal of Drug Policy*, *91*.

- Pappas, G. F. (2008). *John Dewey's Ethics: Democracy as Experience*. Bloomington: Indiana University Press.
- Patton, M. Q. (1985). Logical incompatibilities and pragmatism. *Evaluation and Program Planning*, 8, 307-308.
- People with Lived Expertise of Drug Use National Working Group. (2020). *(Re)Visualizing the Overdose Crisis: Stories from Across Canada by Activists with Lived Expertise of Drug Use*. Récupéré sur CRISM: <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/04/photovoice-project.pdf>
- People with Lived Expertise of Drug Use National Working Group, Tamar, & Boyd. (2021). Having a voice and saving lives: a qualitative survey on employment impacts of people with lived experience of drug use working in harm reduction. *Harm Reduction Journal*, 18(1), doi: 10.1186/s12954-020-00453-5.
- Perring, C. (2011). Bridging the gap between philosophers of mind and brain researchers: The example of addiction. *Mens Sana Monograph*, 9(1), 193-201. doi:10.4103/0973-1229.77435
- Pickard, H., & Ahmed, S. (2019). *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction*. New York: Routledge. doi:10.4324/9781315689197
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitative:. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pirès, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques* (pp. 173-209). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Preston, K. L., & Epstein, D. H. (2011). Stress in the daily lives of cocaine and heroin users: Relationship to mood, craving, relapse triggers, and cocaine use. *Psychopharmacology*, 218, 29-37. doi: 10.1007/s00213-011-2183-x.
- Proctor, J. D. (1998). The social construction of nature: Relativist accusations, pragmatist and critical realist responses. *Annals of the Association of American Geographers*, 88(3), 352-376. doi:10.1111/0004-5608.00105

- Racine, E. (2008). Which naturalism for bioethics? A defense of moderate (pragmatic) naturalism. *Bioethics*, 22(2), 92-100. doi:10.1111/j.1467-8519.2007.00604.x
- Racine, E. (2016). Can moral problems of everyday clinical practice ever be resolved? A proposal for integrative pragmatist approaches. Dans P. L. Rosenbaum, G. M. Ronen, D. Bernard, J. Johannesen, & E. Racine, *Ethics in Child Health: Principles and Cases in Neurodisability* (pp. 33-48). London, UK: Mac Keith Press.
- Racine, E. (2022). How ethics liberates experience: Insights from pragmatist theory and contemporary research. *The Journal of Speculative Philosophy*, 36(4), 517-536. doi:10.5325/jspecphil.36.4.0517
- Racine, E. (2024). *The Theory of Deliberative Wisdom*. Cambridge: MIT Press.
- Racine, E., & Cascio, M. A. (2020). The false dichotomy between empirical and normative bioethics. *AJOB Empirical Bioethics*, 11(1), 5-7. doi:10.1080/23294515.2019.1705429
- Racine, E., & Rousseau-Lesage, S. (2017). The voluntary nature of decision-making in addiction: Static metaphysical views versus epistemologically dynamic views. *Bioethics*, 31(5), 349-359. doi:10.1111/bioe.12356
- Racine, E., Bell, E., Zizzo, N., & Green, C. (2015). Public discourse on the biology of alcohol addiction: Implications for stigma, self-control, essentialism, and coercive policies in pregnancy. *Neuroethics*, 8, 177-186. doi:10.1007/s12152-014-9228-x
- Racine, E., Ji, S., Badro, V., Bogossian, A., Bourque, C. J., Bouthillier, M.-È., . . . al. (2022). Living Ethics: A stance and its implications in health ethics. *Preprint*. doi:10.21203/rs.3.rs-2155354/v1
- Racine, E., Sattler, S., & Escande, A. (2017). Free Will and the Brain Disease Model of Addiction: The Not So Seductive Allure of Neuroscience and Its Modest Impact on the Attribution of Free Will to People with an Addiction. *Frontiers in Psychology*, 8, 1850. doi:10.3389/fpsyg.2017.01850

- Resko, S. M., Szechy, K. A., Early, T. J., Ellis, J. D., Hicks, D., & Agius, E. (2021). Perceptions of public health consequences of marijuana legalization. *Addiction Research & Theory, 29*(3), 255-262. doi:10.1080/16066359.2020.1823971
- Resnicow, K., Catley, D., Goggin, K., Hawley, S., & Williams, G. C. (2022). Shared decision making in health care: Theoretical perspectives for why it works and for whom. *Medical Decision Making, 42*(6), 755-764. doi: 10.1177/0272989X211058068.
- Rocelli, M., Sdrubolini, F., Romania, V., & Faccio, E. (2023). 'Doctor, I'm not here to quit drugs!' Hidden goals that undermine shared decision-making during access to services by young people who use substances. *Addiction Research & Theory*, doi: 10.1080/16066359.2023.2210840.
- Rochette, M., Ewusi-Boisvert, E., & Racine, E. (2021). Legalization of drugs and human flourishing. *The American Journal of Bioethics, 21*(4), 23-26.
- Rochette, M., Valiquette, M., Barned, C., & Racine, E. (2023). Drug legalization, democracy, and public health: Canadian stakeholders' opinions and values with respect to the legalization of cannabis. *Public Health Ethics, 16*(2), 175-190. doi: 10.1093/phe/phad016.
- Room, R., Rehm, J., Trotter, R. T., Paglia, A., & Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma valuation parity and societal attitudes towards disability. In T. B. Üstün, S. Chatterji, J. E. Bickenbach, R. T. Trotter, R. Room, & J. S. Rehm, *Disability and Culture: Universalism and Diversity* (pp. 247-297). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Rydenfelt, H. (2023). Pragmatism and experimental bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 1*-11. doi:10.1017/S0963180123000282
- Ryff, C. D., & Burton, S. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 9*(1), 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0.
- Satre, D. D., Lebowitz, A., Sterling, S. A., Lu, Y., Travis, A., & Weisner, C. (2016). A randomized clinical trial of motivational interviewing to reduce alcohol and drug use among patients

- with depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 571-579. doi: 10.1037/ccp0000096.
- Sattler, S., Escande, A., Racine, E., & Göritz, A. S. (2017). Public stigma toward people with drug addiction: A factorial survey. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 415-425.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., . . . Kinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52, 1893-1907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8
- Seller, A. (1988). Realism versus relativism: Towards a politically adequate epistemology. In M. Griffiths, & M. Whitford, *Feminist Perspectives in Philosophy* (pp. 169-186). London: Palgrave Macmillan. doi:10.1007/978-1-349-19079-9_10
- Serra, J. P. (2010). What is and what should pragmatic ethics be? Some remarks on recent scholarship. *European Journal of Pragmatism and American Philosophy*, 2(2), 100-114.
- Slevitch, L. (2011). Qualitative and quantitative methodologies compared: Ontological and epistemological perspectives. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 12(1), 73-81. doi:10.1080/1528008X.2011.541810
- Sorensen, J. L., van Draanen, J., & Shingle, M. (2022). Legalization of cannabis in Canada - Local media analysis. *The American Journal on Addictions*.
- Statistics Canada. (2014, February 11). *Table 13-10-0465-01 Mental health indicators*. Récupéré sur: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310046501>
- Statistics Canada. (2023, June 28). *Canadian alcohol and drugs survey (CADS): Summary of results for 2019*. Récupéré sur: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey/2019-summary.html>
- Stillman, T. F., Baumeister, R. F., & Mele, A. R. (2011). Free will in everyday life: Autobiographical accounts of free and unfree actions. *Philosophical Psychology*, 24(3), 381-394. doi:10.1080/09515089.2011.556607

- Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice, 3*(2). doi:10.1186/s40352-015-0015-5
- Sullivan, S. (2017). On the harms of epistemic injustice: Pragmatism and transactional epistemology. Dans T. R. Injustice, Kidd, James I; Medina, Jose; Polhaus Jr, Gaile (pp. 205-212). New York: Routledge.
- Svantesson, M., Silén, M., & James, I. (2018). It's not all about moral reasoning: Understanding the content of Moral Case Deliberation. *Nursing Ethics, 25*(2), 212-229. doi:10.1177/0969733017700235
- Tattie, J. (2016, November). *Cannabis Legalization in Canada*. Récupéré sur The Canadian Encyclopedia: <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/marijuana-legalization-in-canada>
- Thompson, L., Pearce, J., & Barnett, R. (2009). Nomadic identities and socio-spatial competence: Making sense of post-smoking selves. *Social & Cultural Geography, 10*(5), 565-581. doi: 10.1080/14649360902974431.
- Thorne, S. (2020). On the use and abuse of verbatim quotations in qualitative research reports. *Nurse Author & Editor, 30*(3), 4-6. doi:10.1111/nae2.2
- Tikkinen, K. A., Rutanen, J., Frances, A., Perry, B. L., Dennis, B. B., Agarwal, A., . . . Guyatt, G. H. (2019). Public, health professional and legislator perspectives on the concept of psychiatric disease: A population-based survey. *BMJ Open, 9*(e024265). doi:10.1136/bmjopen-2018-024265
- Treloar, C., & Holt, M. (2006). Deficit models and divergent philosophies: Service providers' perspectives on barriers and incentives to drug treatment. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 13*(4), 367-382. doi:10.1080/09687630600761444
- Triandafilidis, Z., Ussher, J. M., Perz, J., & Huppertz, K. (2018). Young Australian women's accounts of smoking and quitting: A qualitative study using visual methods. *BMC Women's Health, 18*(5). doi:10.1186/s12905-017-0500-1

- Turuba, R., Amarasekera, A., Howard, A. M., Brockmann, V., Tallon, C., Irving, S., . . . Barbic, S. (2022). A qualitative study exploring how young people perceive and experience substance use services in British Columbia, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *17*(43). doi:10.1186/s13011-022-00456-4
- United Nations. (2019). *World Drug Report 2019: Executive Summary*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).
- van Draanen, J., Tao, H., Gupta, S., & Liu, S. (2020). Geographic differences in cannabis conversations on Twitter: Infodemiology Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, *6*(4).
- Vann, B. J. (2022). Direct democracy and the adoption of recreational marijuana legalization in the United States, 2012-2019. *International Journal of Drug Policy*, *102*.
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2009). Addiction and free will. *Addiction Research and Theory*, *17*(3), 231-235. doi:10.1080/16066350802567103
- Vohs, K. D., & Schooler, J. W. (2008). The value of believing in free will: Encouraging a belief in determinism increases cheating. *Psychological Science*, *19*(1), 49-54. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02045.x
- Volkow, N. D., & Li, T.-K. (2004). Drug addiction: The neurobiology of behaviour gone awry. *Nature Reviews Neuroscience*, *5*, 963-970. doi:10.1038/nrn1539
- Werschler, T., & Brennan, A. (2019). *Wastewater-based Estimates of Cannabis and Drug Use in Canada: Pilot test Detailed Results*. Statistics Canada. Consulté le mai 10, 2022, sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-621-m2019004-eng.htm>
- Widdershoven, G., Abma, T., & Molewijk, B. (2009). Empirical ethics as dialogical practice. *Bioethics*, *23*(4), 236-248. doi:10.1111/j.1467-8519.2009.01712.x
- Wild, T. C., Koziel, J., Anderson-Baron, J., Asbridge, M., Belle-Isle, L., Dell, C., Elliott, R., Hathaway, A., MacPherson, D., McBride, K., Pauly, B., Strike, C., Galovan, A., & Hyska, E. (2021). Public support for harm reduction: A population survey of Canadian adults, *PLoS ONE*, *16*(5). doi: 10.1371/journal/pone.0251860

- Winter, K. (2016). Coproduction of scientific addiction knowledge in everyday discourse. *Contemporary Drug Problems*, 43(1), 25-46. doi:10.1177/0091450916636896
- Wohlbold, E., & Moore, D. (2019). Benevolent whiteness in Canadian drug regulation. In K. Koram, *The War on Drugs and the Global Colour Line* (pp. 52-98). London: Pluto Press.
- Wolf, L. A., Perhats, C., Clark, P. R., Frankenberger, W. D., & Moon, M. D. (2020). The perceived impact of legalized cannabis on nursing workload in adult and pediatric emergency department visits: A qualitative exploratory study. *Public Health Nursing*, 37, 5-15.
- Zampini, G. F. (2018). Evidence and morality in harm-reduction debates: Can we use value-neutral arguments to achieve value-driven goals? *Palgrave Communications*, 4(1). doi:10.1057/s41599-018-0119-3
- Zask, J. (2008). Situation ou contexte? Une lecture de Dewey. *Revue internationale de philosophie*, 3(245), 313-328. doi:10.3917/rip.245.0313

Annexes

Annexe 1 : Approbation éthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal



Le 14 janvier 2019

Dr Eric Racine
IRCM
120, ave des Pins Ouest
Montréal, Qc, H2W 1R7

Objet	Évaluation éthique - Approbation finale (après conditionnelle)
	2019-962 Prise de décision dans le contexte des toxicomanies: une enquête narrative sur les expériences des patients et des cliniciens en toxicomanie

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) a évalué les réponses aux conditions et les documents modifiés pour le projet mentionné dans l'objet de cette lettre en comité restreint, le 14 janvier 2019.

Les réponses étant jugées satisfaisantes, il nous fait plaisir de confirmer l'approbation finale de votre projet.

Les formulaires d'information et de consentement approuvés ont été déposés dans le dossier du projet. Nous vous prions de vous servir de cette version des documents.

Tous les projets de recherche impliquant des participants humains doivent être réévalués au moins une fois par année. Cette approbation est en vigueur jusqu'au 14 janvier 2020. Il est de votre responsabilité de soumettre un rapport annuel et une demande de renouvellement avant la date d'expiration. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet et/ou de tout événement grave et inattendu susceptible d'augmenter le niveau de risque ou d'influer sur le bien-être du participant.

Veillez également noter que pour une collaboration avec un tiers impliquant des transferts de fonds ou de données/matériel biologique, une entente (contrat) est nécessaire. Celle-ci relève du Bureau des affaires corporatives et juridiques de l'IRCM.

La composition du Comité d'éthique de la recherche de l'IRCM est conforme aux exigences de la partie C, division 5, du Règlement sur les aliments et drogues de Santé Canada et exerce ses fonctions conformément aux exigences des Bonnes pratiques cliniques.

Le comité d'éthique de la recherche de l'IRCM a révisé et approuvé le protocole 1 daté du 20 septembre 2018 et le formulaire d'information et de consentement, version 8 janvier 2019, pour le projet de recherche mentionné en titre, qui sera réalisé à l'IRCM par le chercheur qualifié mentionné ci-dessus. Cette approbation et les exigences du comité d'éthique ont été documentées par écrit.

En vous souhaitant du succès dans la réalisation de votre projet,



Brigitte St-Pierre
B. Sc. Inf., M.A.S., D.E.S.S. bioéthique
Présidente du Comité d'éthique de la recherche
IRCM

NAGANO IRCM - Évaluation éthique - Approbation finale (après conditionnelle)
www.ircm.ca

1 / 2

Annexe 2 : Matériel de recrutement.

2.1. Recrutement sur internet des membres du public



Lived experiences of addiction: An exploratory investigation of the role of voluntariness in drug addiction.

Would you like to share your perspective on drug addiction?

We're interested in hearing your views on the role of free will in addiction.

Researchers at the Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) would like to hear your thoughts on addiction and drug-taking behaviour. This study, funded by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC), offers you the opportunity to share your perspectives on 1) addiction and free will, and 2) the role of voluntary decision-making in the context of addiction.

Who can participate?

- Members of the public who are NOT addicted to drugs and have NEVER been addicted to drugs
- Adults (18 years and older)

What does participation look like?

Participation in this study includes taking part in a 30 – 40 min interview **in English**. Interviews will be conducted with the researcher at a location that is convenient for you **or over the phone**.

Compensation?

You will be compensated for your time.

Benefits of participation?

There are no known benefits associated with participation in this study. However, many participants find it satisfying to share their personal experiences in the hope that it will help others.

How can I get involved?

If you feel that you meet the above criteria, please send an email to **Claudia Barned**, at claudia.barned@ircm.qc.ca or call (514) 987-5500 ext. 3327 for more information.

This study has been approved by the Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM).

2.2. Recrutement sur internet des personnes vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues



Lived experiences of addiction: An exploratory investigation of the role of voluntariness in drug addiction.

Would you like to share your experience with addiction?

We're interested in hearing your perspective on addiction and treatment approaches.

Researchers at the Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) would like to hear about your experience with addiction and its impact on your life. This study, funded by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC), offers you the opportunity to share your perspectives on addiction, and the role of voluntariness in decision-making.

Who can participate?

- Anyone with lived experience of drug addiction:
 - People who identify as addicted to a licit or illicit drug (e.g alcohol, cannabis, heroin etc.)
 - People who are currently using and consider themselves addicted to a drug
 - Peer support workers who have lived experience of addiction
 - People enrolled in addiction treatment/rehabilitation programs
 - People who are now sober but were once addicted to a substance

What does participation look like?

Participation in this study includes taking part in a 30 – 40 min interview **in English**. Interviews will be conducted with the researcher at a location that is convenient for you **or over the phone**.

Compensation?

You will be compensated for your time.

Benefits of participation?

There are no known benefits associated with participation in this study. However, many participants find it satisfying to share their personal experiences in the hope that it will help others.

How can I get involved?

If you feel that you meet the above criteria, please send an email to **Claudia Barned**, at claudia.barned@ircm.qc.ca or call 514) 987-5500 ext. 3327 for more information.

This study has been approved by the Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM).

Annexe 3 : Formulaire de consentement pour chaque groupe et consentement par téléphone

3.1. Consentement pour les membres du public

Study Title: Lived experiences of addiction: An exploratory investigation of the role of voluntariness in drug addiction.

Principal Investigator

Eric Racine, PhD, Director, Pragmatic Health Ethics Research Unit, Institut de recherches cliniques de Montréal. (eric.racine@ircm.qc.ca)

Co-Investigator Claudia Barned, PhD, Post-doctoral researcher, Pragmatic Health Ethics Research Unit, Institut de recherches cliniques de Montréal (claudia.barned@ircm.qc.ca)

Funding Source: Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC).

Project number: 2019-962

You are invited to participate in a study on addiction experiences. Before you consent to participate, it is important that you read the following information and ask as many questions as necessary to make sure you understand what your participation will involve. If there is anything about the project that you do not understand, please make sure to ask any member of the research team for more information.

PURPOSE AND OBJECTIVES: This study aims to explore: 1) public perceptions of addiction, and 2) the perceived role of volition and choice in drug-taking behavior. By examining the perspectives of members of the public, we hope to discover 1) the dominant discourses used when talking about addiction, and those living with an addiction 2) whether notions of choice and free will are taken up or resisted when talking about drug-taking behaviour, and 3) whether individual and contextual factors associated with people with an addiction impact attributions of free will. We hope to understand the role that individual and contextual factors play in how one views addiction.

This study seeks to answer the following questions:

1. How do members of the public talk about addiction and drug-taking behaviour? What are the dominant addiction discourses in circulation among members of the public?
2. What do members of the public understand by the term free will? How do they see it operating within the context of addiction? What role does it play?
3. How do members of the public perceive those with an addiction who are enrolled in rehabilitation programs? How are notions of choice, free will and compulsion taken up in discussions about this group?
4. How do members of the public view the decision-making capacities of those with an addiction? Is decision-making considered impaired for those with an addiction? How is it viewed?

STUDY PROCEDURES: You are invited to participate in a 30-40 minute semi-structured interview with a member of our research team. The interview will be held in a private office space at the Institut de recherches cliniques de Montréal, over the phone or at private location that is agreed upon by you and the researcher. If you choose to participate, the interview will explore your experiences, thoughts and perspectives on the role of free will in addiction.

RISKS: There are no known risks associated with participation in this study other than the unlikely event of a breach of confidentiality. The topic of discussion may cause you to feel some distress or discomfort during the interview. If this occurs, you are free to stop or pause the interview at any time or choose not to answer some questions.

BENEFITS: There are no known benefits to you associated with participation in this study. However, many participants find it satisfying to share their personal experiences in the hope that it will help others facing similar challenges. You may find the results of the research important and informative and so we will make the results of the research available by posting material on our website (www.pragmatichealthethics.ca).

CONFIDENTIALITY: The interview will be recorded using a digital audio recorder. After the interview, we will have the audio file transcribed (written in text) by a professional transcriptionist. Any potentially identifying information will be excluded. No information that discloses your identity will be released or published at any time. Names and identifying details will not be included during transcription, and will not appear in transcripts. Transcripts will be

assigned a unique identifier code and pseudonyms will be used instead of your name. Only the research team will have access to the list linking your name to this pseudonym. Any publication or presentation based on the results of this study will be reported in aggregate. Publications and presentations, or other products from this research will NOT contain details that would allow you to be identified personally. Only the investigators and their research personnel will have access to the study data. The original data will be kept in a locked filing cabinet and documents will be coded before analysis. Data analysis will be performed on a password-protected computer.

The data collected will only be used to respond to the objectives of this study, which are described in the first page of this document. All research data will be kept for at least 7 years and destroyed after completion of study. Dr. Eric Racine will be responsible for supervising the destruction of data from the study, including digital deletion of your audio recordings and shredding of your file. For quality assurance your research file may be reviewed by the quality assurance officer of the institutions, ethics committees, or funding agencies involved. All third parties from these organizations will be bound by strict confidentiality policies.

You have the right to review your research folder to verify the data collected and to correct them as needed as long as the PI of the project or the affiliated institution possess this information. However, to preserve the scientific integrity of the project, you may only have access to certain information once your participation has been terminated.

COMPENSATION: Each participant will be compensated \$50 for their participation.

SUBJECT'S RIGHTS: Participation in this study is voluntary. Decision not to participate, or to withdraw, will not result in negative consequences for you. If you decide to participate, you are free to withdraw your consent and stop your participation at any time, and withdraw all the data pertaining to you at any time before the publication of results. However, once results are published, you cannot withdraw your data. At any point in the study, you may refuse to answer any question or stop participating altogether.

If you have any questions about this research project, you can contact the researcher responsible for the project at the IRCM: Dr. Eric Racine at (514) 987-5723 or at eric.racine@ircm.qc.ca.

CONSENT: You should not feel obligated to agree to participate. Your questions should be answered clearly and to your satisfaction. You will be informed of any important new

information learned during the course of this research that might affect your willingness to continue participating in this study.

You do not waive any liability rights for personal injury by signing this form. If you have questions about your rights as a research participant, in this research project or for any complaint or comments you may contact the Local Complaints and Service Quality from the Hôtel-Dieu Hospital (CHUM) at 514-890- 8000, extension 12761.

RESEARCH ETHICS COMMITTEE: The research ethics committee of the IRCM has approved this project and will oversee its compliance with ethical requirements.

The details of this study have been explained to me, and my questions have been answered to my satisfaction. I have been informed of my right not to participate and to withdraw. Additionally, the potential harms and benefits (if any) of participating in this study have been explained to me. I know that I may ask now, or in the future, any questions I have about the study. I have been told that records relating to me and my care practices will be kept confidential and that no information will be disclosed without my permission unless required by law. I have been given sufficient time to read the above information.

In no way does consenting to participate in this research study waive my legal rights nor release the sponsor or the institution from their legal or professional responsibilities if I am harmed in any way.

I consent to participate and will be given a signed copy of this consent form.

Participant Name

Participant Signature

Date

I, the undersigned, have fully explained the study to the above participant.

Investigator or Designate Name

Investigator or Designate
Signature

Date

3.2. Consentement pour les personnes vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues

Study Title: Lived experiences of addiction: An exploratory investigation of the role of voluntariness in drug addiction.

Principal Investigator

Eric Racine, PhD, Director, Pragmatic Health Ethics Research Unit, Institut de recherches cliniques de Montréal. (eric.racine@ircm.qc.ca)

Co-Investigator Claudia Barned, PhD, Post-doctoral researcher, Pragmatic Health Ethics Research Unit, Institut de recherches cliniques de Montréal (claudia.barned@ircm.qc.ca)

Funding Source: Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC).

Project number: 2019-962

You are invited to participate in a study on addiction experiences. Before you consent to participate, it is important that you read the following information and ask as many questions as necessary to make sure you understand what your participation will involve. If there is anything about the project that you do not understand, please make sure to ask any member of the research team for more information.

PURPOSE AND OBJECTIVES: This study aims to explore: 1) lived experiences of addiction and 2) the perceived role of volition and choice in drug-taking behavior. By hearing the accounts of those with lived experiences of addiction, we hope to explore how notions of free will and choice are discussed among this group and the impact addiction has on one's decision-making capacity. By examining these aspects of the addiction experience, we hope to unearth the dominant discourses that circulate when discussing addiction and drug-taking behaviour.

This study seeks to answer the following questions:

1. How do those with lived experience of addiction think about free will? What role does it play in their daily experiences or past experiences of drug-taking behaviour?
2. For those seeking treatment/in rehabilitation programs, how are notions of choice, free will and compulsion discussed in these settings? How has the program impacted your

understanding of choice/free will in the context of addiction?

3. How do experiences of addiction impact one's decision-making capabilities?

STUDY PROCEDURES: You are invited to participate in a 30-40 minute semi-structured interview with a member of our research team. The interview will be held in a private office space at the Institut de recherches cliniques de Montréal, over the phone or at private location that is agreed upon by you and the

researcher. If you choose to participate, the interview will explore your experiences, thoughts and perspectives on the role of free will in addiction.

RISKS: There are no known risks associated with participation in this study other than the unlikely event of a breach of confidentiality. The topic of discussion may cause you to feel some distress or discomfort during the interview. If this occurs, you are free to stop or pause the interview at any time or choose not to answer some questions.

BENEFITS: There are no known benefits to you associated with participation in this study. However, many participants find it satisfying to share their personal experiences in the hope that it will help others facing similar challenges. You may find the results of the research important and informative and so we will make the results of the research available by posting material on our website (www.pragmatichealthethics.ca).

CONFIDENTIALITY: The interview will be recorded using a digital audio recorder. After the interview, we will have the audio file transcribed (written in text) by a professional transcriptionist. Any potentially identifying information will be excluded. No information that discloses your identity will be released or published at any time. Names and identifying details will not be included during transcription, and will not appear in transcripts. Transcripts will be assigned a unique identifier code and pseudonyms will be used instead of your name. Only the research team will have access to the list linking your name to this pseudonym. Any publication or presentation based on the results of this study will be reported in aggregate. Publications and presentations, or other products from this research will NOT contain details that would allow you to be identified personally. Only the investigators and their research personnel will have access to the study data. The original data will be kept in a locked filing cabinet and documents will be coded before analysis. Data analysis will be performed on a password-protected computer.

The data collected will only be used to respond to the objectives of this study, which are

described in the first page of this document. All research data will be kept for at least 7 years and destroyed after completion of study. Dr. Eric Racine will be responsible for supervising the destruction of data from the study, including digital deletion of your audio recordings and shredding of your file. For quality assurance your research file may be reviewed by the quality assurance officer of the institutions, ethics committees, or funding agencies involved. All third parties from these organizations will be bound by strict confidentiality policies.

You have the right to review your research folder to verify the data collected and to correct them as needed as long as the PI of the project or the affiliated institution possess this information. However, to preserve the scientific integrity of the project, you may only have access to certain information once your participation has been terminated.

COMPENSATION: Each participant will be compensated \$50 for their participation.

SUBJECT'S RIGHTS: Participation in this study is voluntary. Decision not to participate, or to withdraw, will not result in negative consequences for you. If you decide to participate, you are free to withdraw your consent and stop your participation at any time, and withdraw all the data pertaining to you at any time before the publication of results. However, once results are published, you cannot withdraw your data. At any point in the study, you may refuse to answer any question or stop participating altogether.

If you have any questions about this research project, you can contact the researcher responsible for the project at the IRCM: Dr. Eric Racine at (514) 987-5723 or at eric.racine@ircm.qc.ca.

CONSENT: You should not feel obligated to agree to participate. Your questions should be answered clearly and to your satisfaction. You will be informed of any important new information learned during the course of this research that might affect your willingness to continue participating in this study.

You do not waive any liability rights for personal injury by signing this form. If you have questions about your rights as a research participant, in this research project or for any complaint or comments you may contact the Local Complaints and Service Quality from the Hôtel-Dieu Hospital (CHUM) at 514-890- 8000, extension 12761.

RESEARCH ETHICS COMMITTEE: The research ethics committee of the IRCM has approved this project and will oversee its compliance with ethical requirements.

Co-Investigator Claudia Barned, PhD, Post-doctoral researcher, Pragmatic Health Ethics Research Unit, Institut de recherches cliniques de Montréal (claudia.barned@ircm.qc.ca)

Funding Source: Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC).

Project number: 2019-962

You are invited to participate in a study on addiction experiences. Before you consent to participate, it is important that you read the following information and ask as many questions as necessary to make sure you understand what your participation will involve. If there is anything about the project that you do not understand, please make sure to ask any member of the research team for more information.

PURPOSE AND OBJECTIVES: This study aims to explore: 1) clinician's accounts of the addiction experience and 2) clinician's perspectives of the perceived role of volition and choice in drug-taking behavior. By hearing the accounts of clinician's who have treated patients with an addiction, we hope to understand 1) how notions choice and free will are discussed within the context of addiction treatment, and 2) how individual and contextual factors associated with each patient may impact the assessment given and course of treatment prescribed.

This study seeks to answer the following questions:

1. How do clinicians think about free will? How do they see it operating within the context of drug addiction?
2. How are understandings of choice and compulsion conceptualized within addiction treatment settings?
3. How do clinicians working in addiction treatment settings understand the voluntary components of decision-making? Is decision-making considered impaired for those with an addiction? How is it viewed?
4. How are individual and contextual factors involved in understandings of voluntary action?

STUDY PROCEDURES: You are invited to participate in a 30-40 minute semi-structured interview with a member of our research team. The interview will be held in a private office space at the Institut de recherches cliniques de Montréal, over the phone or at private location that is agreed upon by you and the

researcher. If you choose to participate, the interview will explore your experiences, thoughts and perspectives on the role of free will in addiction.

RISKS: There are no known risks associated with participation in this study other than the unlikely event of a breach of confidentiality. The topic of discussion may cause you to feel some distress or discomfort during the interview. If this occurs, you are free to stop or pause the interview at any time or choose not to answer some questions.

BENEFITS: There are no known benefits to you associated with participation in this study. However, many participants find it satisfying to share their personal experiences in the hope that it will help others facing similar challenges. You may find the results of the research important and informative and so we will make the results of the research available by posting material on our website (www.pragmatichealthethics.ca).

CONFIDENTIALITY: The interview will be recorded using a digital audio recorder. After the interview, we will have the audio file transcribed (written in text) by a professional transcriptionist. Any potentially identifying information will be excluded. No information that discloses your identity will be released or published at any time. Names and identifying details will not be included during transcription, and will not appear in transcripts. Transcripts will be assigned a unique identifier code and pseudonyms will be used instead of your name. Only the research team will have access to the list linking your name to this pseudonym. Any publication or presentation based on the results of this study will be reported in aggregate. Publications and presentations, or other products from this research will NOT contain details that would allow you to be identified personally. Only the investigators and their research personnel will have access to the study data. The original data will be kept in a locked filing cabinet and documents will be coded before analysis. Data analysis will be performed on a password-protected computer.

The data collected will only be used to respond to the objectives of this study, which are described in the first page of this document. All research data will be kept for at least 7 years and destroyed after completion of study. Dr. Eric Racine will be responsible for supervising the destruction of data from the study, including digital deletion of your audio recordings and shredding of your file. For quality assurance your research file may be reviewed by the quality assurance officer of the institutions, ethics committees, or funding agencies involved. All third

parties from these organizations will be bound by strict confidentiality policies.

You have the right to review your research folder to verify the data collected and to correct them as needed as long as the PI of the project or the affiliated institution possess this information. However, to preserve the scientific integrity of the project, you may only have access to certain information once your participation has been terminated.

COMPENSATION: Each participant will be compensated \$50 for their participation.

SUBJECT'S RIGHTS: Participation in this study is voluntary. Decision not to participate, or to withdraw, will not result in negative consequences for you. If you decide to participate, you are free to withdraw your consent and stop your participation at any time, and withdraw all the data pertaining to you at any time before the publication of results. However, once results are published, you cannot withdraw your data. At any point in the study, you may refuse to answer any question or stop participating altogether.

If you have any questions about this research project, you can contact the researcher responsible for the project at the IRCM: Dr. Eric Racine at (514) 987-5723 or at eric.racine@ircm.qc.ca.

CONSENT: You should not feel obligated to agree to participate. Your questions should be answered clearly and to your satisfaction. You will be informed of any important new information learned during the course of this research that might affect your willingness to continue participating in this study.

You do not waive any liability rights for personal injury by signing this form. If you have questions about your rights as a research participant, in this research project or for any complaint or comments you may contact the Local Complaints and Service Quality from the Hôtel-Dieu Hospital (CHUM) at 514-890- 8000, extension 12761.

RESEARCH ETHICS COMMITTEE: The research ethics committee of the IRCM has approved this project and will oversee its compliance with ethical requirements.

The details of this study have been explained to me, and my questions have been answered to my satisfaction. I have been informed of my right not to participate and to withdraw. Additionally, the potential harms and benefits (if any) of participating in this study have been explained to me. I know that I may ask now, or in the future, any questions I have about the study. I have been told that records relating to me and my care practices will be kept confidential and that no

information will be disclosed without my permission unless required by law. I have been given sufficient time to read the above information.

In no way does consenting to participate in this research study waive my legal rights nor release the sponsor or the institution from their legal or professional responsibilities if I am harmed in any way.

I consent to participate and will be given a signed copy of this consent form.

_____	_____	_____
Participant Name	Participant Signature	Date

I, the undersigned, have fully explained the study to the above participant.

_____	_____	_____
Investigator or Designate Name	Investigator or Designate Signature	Date

3.4. Consentement par téléphone pour tous les groupes

Telephone consent for semi-structured interview

Lived experiences of addiction: An exploratory investigation of the role of voluntariness in drug addiction

“In order to establish whether you freely consent to participate in this study, I am going to ask you a series of four questions. I kindly request that you respond either YES or NO.”

Participant Name:	
Date:	
(1) Has the study been explained to you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(2) Have any questions that you may have or had about the study been answered?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(3) Are you aware that you may withdraw from this study at any time?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(4) Do you voluntarily agree to take part in the study?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

<i>For researcher use only:</i>	
“I have explained the study to the above named participant and have answered all questions in full.”	
Name of person conducting consent discussion (PRINT):	
Signature of person conducting consent discussion:	
Date:	

Annexe 4 : Grilles d’entrevue pour chaque groupe

4.1. Grille d’entrevue pour les membres du public

Introductory activity: the researcher will go over the topic and general rationale for why the topic is important, and moreover, why the perspectives of the general public are needed.

Participant is asked to share demographic information they deem relevant.

Interview questions:

1. What are your views on drug addiction? In your opinion,

- Does it impact lives? How?
- Do you think people have control over their addiction? How much?
- What role does choice play in drug-seeking behaviour?
- Are there social or contextual factors that encourage drug use?
- Are there social or contextual factors that encourage people to quit?

2. What role does voluntariness play in your understanding of addiction? Are there voluntary and involuntary aspects? What does this mean for decision-making? Can those with an addiction make voluntary decisions? Can they make choices based on their own volition? Please explain your answer.

3. What are your thoughts on the decision-making abilities of people with an addiction?

- Are they rational?
- Are they compromised?
- To what extent are decisions affected by the need for the drug?

4. Do you know anyone with a drug addiction? Do you consider them as acting based on their own volition? Or are they controlled by their substance of choice? Are they free?

5. [explain] Brain disease model of addiction versus choice model – where does your understanding of addiction fall on this spectrum, if at all?

6. How do you perceive drug use? Some see it as morally wrong, whereas others see it as a personal choice. Where do you fall on this spectrum?
7. What role does free will play in the addiction experience?
8. Word association game: What comes to mind when you hear the term free will? What are related terms that you associate with it? What does free will mean to you?
9. Word association game: What comes to mind when you hear the term will power? What terms do you associate with it? How is it related to experiences of addiction for you?
10. Are there differences in your understanding of willpower versus free will?
11. What role does will power play in the addiction experience and in recovery?
12. What is it about a person that makes them strong-willed? Could someone with an addiction ever be considered strong-willed? If yes, in what context? In a rehabilitation setting, could someone with an addiction be considered either strong-willed or weak-willed? Or both?
13. Do you ascribe different attributions of free will to people based on their drug of choice? (For example, would you say someone who is addicted to heroin has less free will than someone addicted to alcohol?) Also, do you associate different levels of control with different drugs?)
14. Do you have different perceptions of people with an addiction based on their drug of choice?
15. What are your thoughts on forced versus voluntary commitment to rehab?
16. What are your thoughts on the recent legalization of cannabis?
17. Is there anything else you would like to share with me?

4.2. Grille d'entrevue pour les personnes vivant ou ayant vécu avec une dépendance aux drogues

Introductory activity: the researcher will go over the topic and general rationale for why the topic is important, and moreover, why hearing from those with lived experience is necessary.

Participant is asked to share demographic information they deem relevant.

Tell me about your experience with addiction:

- What was/is it like? – when/how drug taking behaviour started, which drug, factors in the person's social environment that encouraged behavioural patterns
- Does/Did it impact your life? Was it causing significant harm?
- Did you/Do you have much control over your addiction, in your opinion? How much?
- What role did choice play in your prior drug-seeking behaviour?
- Are there factors in your environment that may have contributed to your addiction/drug taking behaviour?
- Are there social, personal or contextual factors that contributed/influenced you to quit/get sober?

Interview questions:

1. What role does voluntariness play in your understanding of addiction? Are there voluntary and involuntary aspects? What does this mean for decision-making?

- Reflecting on your experience of addiction, can those with an addiction make voluntary decisions?
 - Are they rational?
 - Are they compromised?
- Can they make choices based on their own volition? Were you able to make choices based on your own will?
- Were your decisions affected by your need for the drug? Please explain your answer.

2. [explain] Brain disease model of addiction versus choice model – where does your understanding of addiction fall on this spectrum, if at all?

3. How do you perceive drug use? Some see it as morally wrong where as others see it as a personal choice. As someone with lived experience of addiction, how do you view it?

4. Word association game: What comes to mind when you hear the term free will? What are related terms that you associate with it? What does free will mean to you?

5. What role does free will play in the addiction experience? Are people with an addiction able to make free decisions?
6. Word association game: What comes to mind when you hear the term will power? What does willpower mean to you based on your experience with addiction?
7. What role does will power play in the addiction experience?
8. Are there differences in your understanding of willpower versus free will?
9. What is it about a person that makes them strong-willed? Could someone with an addiction ever be considered strong-willed? If yes, in what context?
10. Let's talk about your current level of will power with regards to addiction. How have things changed since seeking help? (if you have). How would you describe your will prior to treatment?
11. Do you ascribe different attributions of free will to people based on their drug of choice? (for example, would you say someone who is addicted to heroin has less free will than someone addicted to alcohol?) Also, do you associate different levels of control with different drugs?)
12. Do you have different perceptions of people with an addiction based on their drug of choice?
13. Do you have any thoughts on forced versus voluntary commitment rehab?
14. What are your thoughts on the recent legalization of cannabis?
15. Is there anything else you would like to share with me?

4.3. Grille d'entrevue pour les cliniciens

Introductory activity: The researcher will go over the topic and general rationale for why the topic is important, and moreover, why the perspectives of clinicians and/or healthcare workers are needed.

The participant will be asked to share a little about him/herself with the interviewer, specifically:

- a) Demographic information (age, speciality, years in practice, patient clientele);

b) Type of institution affiliated (clinic, hospital, safe injection site), how long they have been working at the clinic;

c) Type of treatment model used at the institution.

Interview questions:

1. Can you tell me about your experiences treating patients with addictions?

2. As a clinician, how do you understand addiction? What model do you ascribe to? [explain] Brain disease model of addiction versus choice model – where does your understanding of addiction fall on this spectrum, if at all?

3. Based on your clinical experience, what are your views on drug addiction? In your opinion,

- Does it impact lives? How?
- Do you think people have control over their addiction? If yes, how much?
- What role does choice play in drug-seeking behaviour?
- Are there social or contextual factors that encourage drug use?
- Are there social or contextual factors that encourage people to quit?

4. How do you perceive drug use? Some see it as morally wrong, whereas others see it as a personal choice. Where do you fall on this spectrum?

5. What role does voluntariness play in your understanding of addiction? Are there voluntary and involuntary aspects? What does this mean for decision-making? Can those with an addiction make voluntary decisions? Can they make choices based on their own volition? Please explain your answer.

6. Reflecting on your clinical experience, what are your thoughts on the decision making abilities of people with an addiction?

- Are they rational?
- Are they compromised?
- To what extent are decisions affected by the need for the drug?

7. Based on your experience treating those with addictions, in your opinion, while they are under the effects of the drug, are they controlled by the substance? Or are they sometimes free to choose alternative courses of action?
8. What role does free will play in the addiction experience?
9. Word association game: What comes to mind when you hear the term free will? What are related terms that you associate with it? What does free will mean to you?
10. Word association game: What comes to mind when you hear the term will power? What terms do you associate with it? How is it related to experiences of addiction for you?
11. Are there differences in your understanding of willpower versus free will?
12. What role does will power play in the addiction experience and in recovery?
13. What is it about a person that makes them strong-willed? Could someone with an addiction ever be considered strong-willed? If yes, in what context? In a rehabilitation setting, could someone with an addiction be considered either strong-willed or weak-willed? Or both?
14. Do you ascribe different attributions of free will to people based on their drug of choice? (For example, would you say someone who is addicted to heroin has less free will than someone addicted to alcohol?) Also, do you associate different levels of control with different drugs?)
15. Do you have different perceptions of people with an addiction based on their drug of choice?
16. What are your thoughts on forced versus voluntary commitment to rehab?
17. What are your thoughts on the recent legalization of cannabis?
18. Is there anything else you would like to share with me?

Annexe 5 : Guides de codage pour l'article 1

5.1. Guide de codage pour le thème *Views on Legalization*

Views on Legalization	Definitions
Crime, Incarceration & Policing	Answers involve the effectiveness and implications of incarcerating and policing individuals for using or possessing illicit substances. Answers involve whether legalization has changed drug enforcement, whether criminal offenses prior to legalization have been expunged, and what should be done about it.
Minimum Age & Youth	Answers deal with how the legalization affects or involves youth and children, and whether the minimum legal age for cannabis use is adequate.
Market, Sales & Economy	Answers treat the topic of the black market, taxing cannabis content, the market supply, the economy, funding programs with cannabis sales, or any other entity or subject affiliated with the financial implications of the legalization.
Information, Research & Education	Answers deal with research, general information, and education on the topic of cannabis as it relates to legalization. Answers discuss the efficacy and quantity of current evidence and information, alongside the measures taken to inform the broader public on the legal parameters and risks of cannabis (e.g., driving and cannabis use).
Accessibility, Regulation & Production	Answers involve the availability, quality, control, production, and regulation of cannabis. Answers treat topics concerning whether access to cannabis has changed, how cannabis distribution and production is regulated or restricted, and whether these changes are advantageous.

Opinions Pre-Legalization	Answers deal with history and opinions prior to legalization. Answers involve the preparation in place prior to the process of legalization, the former intentions of the government, and the status or criminality of cannabis prior to the law being passed.
Process & Execution	Answers deal with the rollout of the legalization process itself, covering topics which include the efficiency, the length, the method, and the preparedness of the law's execution.
Consequences Post-Legalization	Answers involve the ongoing or potential consequences of the legalization, whether this concerns the number of cannabis consumers, the effects of legalization on addiction rates, the implications of tourism, or the development of scientific research on cannabis.
General Opinion	Answers express a general opinion on legalization, ranging from completely positive to completely negative. General opinions can also be mixed or neutral as follows:
True Positive	Opinion expresses complete endorsement of legalization apart from any contingent factors.
True Negative	Opinion expresses complete disapproval of legalization apart from any contingent factors.
Relative Positive	Opinion expresses endorsement of legalization relative to some other factor(s) (e.g., legality of alcohol or cigarettes, illegality, incarceration, medical use, benefits, criminalization, etc.)
Relative Negative	Opinion expresses disapproval of legalization relative to some other factor(s) (e.g., impairment, increased accessibility, impact on youth and brain development, potential for addiction, etc.)
Neutral	Answer expresses indifference or a lack of any stance towards legalization.
Mixed	Answer involves ambivalence towards the legalization of cannabis.

5.2. Guide de codage pour le thème *Views on Cannabis and Cannabis Use*

Views on Cannabis and Cannabis Use	Definitions
Perceptions towards Cannabis Consumption	Answers involve the rate, social acceptability, and stigma of cannabis consumption or consumers. Answers can touch on whether cannabis or cannabis use have been normalized, what kinds of implications this spells out, and whether cannabis consumption has increased or decreased over the past years.
Youth & Cannabis	Answers concern cannabis or cannabis use as they relate to youth. Answers can involve youth's access to cannabis, or the use of medical cannabis for young persons and what kind of consequences this might have on physical or mental development.
Medical & Recreational Use	Answers involve either medical or recreational use of cannabis and the implications these kinds of consumptions entail. Answers can touch on the benefits or harms of recreational cannabis use or medical cannabis use in treating certain chronic conditions.
Addiction & Harm Potential	Answers deal with the topic of addiction and whether cannabis has addictive properties or a potential for substance misuse. Answers also touch on the potential harms that can come from cannabis use, including but not limited to smoking and driving or whether cannabis is a gateway to other drugs.
Effects, Dosage & Potency	Answers involve the strength and potency of cannabis, whether relative to other substances or to different modes of ingestion. Answers can touch on topics such as overdoses, edibles, or the psychotropic effects of cannabis. They can also involve the question of whether there is an appropriate dosage for consumption and how this can be determined.

General Opinion	Answers express a general opinion on cannabis or cannabis use, ranging from completely positive to completely negative. General opinions can also be mixed or neutral as follows:
True Positive	Opinion expresses complete endorsement of cannabis or cannabis use apart from any factors.
True Negative	Opinion expresses complete disapproval of cannabis or cannabis use apart from any factors.
Relative Positive	Opinion expresses endorsement of cannabis or cannabis use relative to some other factor(s) (e.g., medicinal use, cultural use, spirituality, effects of alcohol, other substances, etc.)
Relative Negative	Opinion expresses disapproval of cannabis or cannabis use relative to some other factor(s) (e.g., health risks, addiction potential, brain development, mental illness, harms over benefits, THC levels, etc.)
Neutral	Answer expresses indifference or a lack of any stance towards cannabis or cannabis use.
Mixed	Opinion expresses complete endorsement of cannabis or cannabis use apart from any factors.

Annexe 6 : Guides de codage pour l'article 2

6.1. Guide de codage pour le thème *Addiction and Drug Use*

	Pragmatism	Relativism	Realism	Other	Inconclusive
Addiction & Drug Use	<p>Addiction is dynamic; it is a process which fluctuates and changes over time</p> <p>Drug use has a moral value according to the transactional interactions that individuals share with their environment</p> <p>Addiction is an intersubjective experience shaped by the interactions between individuals and their environment</p> <p>Drug use can hinder or help individuals maintain or build relationships</p> <p>The impacts of addiction and drug use are relational and intersubjective</p> <p>Addiction can be treated through dialogical approaches which engage those affected by drug use</p>	<p>Addiction and drug use are (or should be) construed relative to a social or scientific framework or according to subjective differences among individuals</p> <p>Drug use has a moral value according to social, scientific or political contexts (e.g., legality, medical prescription)</p> <p>Determinations of addiction (and whether it is problematic) are made relative to contextual and social factors (e.g., culture, legality, social acceptance, etc.)</p> <p>The impacts and effects of drug use are relative to social, cultural or individual factors</p>	<p>Addiction is a static and discrete condition (all or nothing, the same across all individuals)</p> <p>The morality of drug use is either wholly right or wrong for all individuals</p> <p>Determinations of an addiction can be made via algorithmic, objective judgments</p> <p>Addiction can be treated according to one model applied to all individuals with addiction</p> <p>Addiction is rooted in unchanging factors common to all persons with addiction</p> <p>The impacts and effects of drug use are similar for all individuals, rooted in unchanging factors</p>	---	---
Inclusion	<p>Addiction progressively affects the social network or relationships of individuals</p> <p>Addiction impairs people's ability to be emotionally connected to others</p> <p>Addiction and drug use involve transactional interactions between environmental and personal factors (e.g., divorce, family relations, mental health)</p>	<p>Addiction and drug use should be understood according to what is socially preferable (e.g., teaching addiction as a brain disease to reduce stigma)</p> <p>Addiction and drug use differ in impact and effect according to the substance of choice</p> <p>Addiction and drug use are encouraged by and involve society as a whole</p>	<p>Addiction makes people act the same way to obtain drugs even if some drugs involve different physical effects</p> <p>Addiction boils down to meeting certain criteria used in R&R</p> <p>All forms of addiction stem from emotional problems, not being able to manage difficult experiences</p> <p>Anyone is at risk of developing an addiction</p>	<p>Answers convey a coherent line of thought that does not align with any of the three paradigms</p>	<p>Answers are either <i>incomplete</i> (too short or lacking in depth), <i>vague</i> (detailed yet too ambiguous to interpret), or <i>implicit</i> (information that only implicitly responds to the question)</p>

<i>Exclusion</i>	Addiction boils down to the same condition in every person, even if some drugs are more harmful than others Addiction can be understood apart from the transactional experiences of individuals	Addiction and drug use involve the same impacts and consequences for all substance (ab)users Addiction is compulsive, whereas recreational drug use is not; both are clearly differentiable from one another	Drug use is situationally morally acceptable depending on whether it does harm to others Addiction varies in degree of severity and is multifaceted; it begins with a choice that gets progressively eroded	Answers align with one of the three paradigms	Answers align with one of the three paradigms or fits in the "other" category
------------------	--	---	--	---	---

6.2. Guide de codage pour le thème *Concepts Describing Volition*

	Pragmatism	Relativism	Realism	Other	Inconclusive
Concepts Describing Volition	Concepts are co-constructed through transactional interactions Concepts are dynamic and fluctuate according to the time, situation and the relationships at play Concepts are tools which help or hinder individuals in maintaining or building relationships	Concepts are relative to social, cultural or individual factors (e.g., age, social group, impulsivity, level of intoxication, personality, mental health, etc.) Concepts are ultimately subjective; they vary from one person to the next	Concepts are discrete, either wholly applying to individuals' experiences or not (see P4) Concepts are static and fixed—they do not change over time or according to social/individual factors Concepts are ultimately objective	---	---
<i>Inclusion</i>	Concepts involve a bi-directional interaction between personal and environmental factors Concepts are inscribed in and understood through intersubjective experiences Concepts are relational and operates on a continuum (not discrete)	Concepts (e.g., willpower) vary from one person to the next (based on vulnerability) Concepts (e.g., consent) are influenced by social, legal and individual factors (e.g., social standings, personality, level of intoxication)	There is no difference between concepts (e.g., free-will and willpower) Concepts differentiate recreational use from compulsive drug use Concepts do not relate to addiction whatsoever (e.g., addiction is not a question of willpower)	Answers convey a coherent line of thought that does not align with any of the three paradigms	Answers are either <i>incomplete</i> (too short or lacking in depth), <i>vague</i> (detailed yet too ambiguous to interpret), or <i>implicit</i> (information that only implicitly responds to the question)
<i>Exclusion</i>	Concepts are particular to each and every individual apart from environmental interactions (e.g., free-will or willpower affected by level of impulsivity)	Concepts operate on a continuum and fluctuate There is no difference between certain concepts Concepts do not apply to a person's experiences	Concepts vary according to drug of choice, stage of addiction, age, etc. Concepts fluctuate and/or operate on a continuum	Answers align with one of the three paradigms	Answers align with one of the three paradigms or fits in the "other" category