RÉDUCTION DES MÉFAITS ET TOLÉRANCE EN SANTÉ PUBLIQUE

ENJEUX ÉTHIQUES ET POLITIQUES

Sous la direction de
Raymond Massé
et ***Isabelle Mondou***

PUL

Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques

Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques

Sous la direction de

Raymond Massé et Isabelle Mondou

Presses de
l'Université Laval

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a bénéficié d'une contribution financière de la part du Réseau stratégique en éthique et santé des population et du Réseau de recherche en santé des populations dans le cadre de leur programme d'appui à la rédaction d'ouvrages scientifiques. Les auteurs les en remercient.

Mise en pages : In Situ inc.

Maquette de couverture : Laurie Patry

ISBN : 978-2-7637-9878-3

PDF : 8782763798790

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.

Dépôt légal 1er trimestre 2013

Les Presses de l'Université Laval

www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

À Marie-Andrée Bertrand,
pionnière et avant-gardiste en matière
de politique des drogues.
Ses réflexions ont alimenté les nôtres.

Table des matières

Préface IX

Introduction

L'approche de réduction des méfaits au défi de la tolérance 3
Raymond Massé

Première partie
Définition des concepts et fondements éthiques

De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences 19
Isabelle Mondou

Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale 41
Raymond Massé

Deuxième partie
Historique, institutionnalisation et critiques

Usage politique de l'approche de réduction des méfaits et du principe de tolérance dans les stratégies québécoises de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie 73
Paul-André Lévesque

La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux 105
Jean-Sébastien Fallu, Pierre Brisson

Réduction des méfaits, critique interne et régimes différenciés de prévention 129
Robert Bastien

Troisième partie
Vers un élargissement des champs d'application

L'utilisation de l'approche de la réduction des méfaits auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence conjugale ou qui y retournent : enjeux éthiques liés à la tolérance 159
Sonia Gauthier, Catherine Bolduc, Marie-Ève Bouthillier, Lyse Montminy

Défis d'intervention en contexte interculturel : le cas de pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation dans une perspective éthique et de santé publique au Canada 189
Bilkis Vissandjée, Shereen Denetto, Paula Migliardi, Jodi. A. Proctor

Notes biographiques 215

Préface

La vie et les actions humaines ne vont pas sans risques ni méfaits, ce qui entraîne évidemment questions et enjeux d'ordre proprement éthique, aussi bien que d'ordre social et politique dans l'élaboration et la gestion des programmes et dans les interventions en santé publique et en travail social. Comment peut-on en prendre vraiment acte ? Les auteurs des diverses contributions du présent recueil explorent de façon critique, dans les champs étroitement liés de la santé publique et de l'intervention sociale, quelques voies d'analyse et d'action jugées plus prometteuses. Le lecteur leur saura gré d'avoir refusé les enfermements dans des idéologies opposées qui condamnent trop souvent les débats à la stérilité, à l'impasse, pour tenir résolument compte du jeu complexe des tensions et des interactions entre, par exemple, le souci de la pureté abstraite de l'idéal et la prise en compte de l'imperfection du monde réel, ou entre la recherche de la sécurité et la défense de la liberté – cela, dans la recherche *en situation* d'un « juste milieu » aristotélicien ou d'une façon de faire appropriée qu'on ne saurait déterminer théoriquement et qui sera toujours variable compte tenu de l'inédit ou de l'unicité de chaque situation. Aussi la délibération éthique et le débat devront-ils prendre acte, en santé publique comme dans tous les domaines et champs d'intervention, de l'incertitude qui entoure les actions humaines, de l'ambiguïté, voire de la contradiction qui les marque, de leur inéluctable inachèvement.

ENTRE LE MONDE IDÉAL (PARFAIT) ET LE MONDE RÉEL (IMPARFAIT)

La vie humaine, comme celle de tout vivant, ne va pas sans risques ni méfaits[1]. Le risque ultime, certes irréductible celui-là, même si on peut parfois obtenir un délai, étant celui de l'inévitable méfait de la mort à laquelle elle est irrémédiablement vouée, irrévocablement condamnée. « Tous les vivants meurent, c'est la vie ! » : tel fut un jour non pas le verdict, mais le constat d'une gamine de sept ans, alors que, après avoir évoqué les décès récents de quelques parents et amis, nous allongions le café du petit déjeuner sous le soleil d'un matin d'été sur les rives du Saint-Laurent. Telle est la vie réelle, malgré les rêves qui nous habitent d'un déroulement heureux, sans faille ni accident, en outre sans fin. Ce dont l'éthique, qui prétend pourtant donner sens à la vie des humains et orienter les actions qui en tissent le cours au quotidien, ne réussit souvent pas ou guère à prendre acte. L'éthique prône alors la paix et l'amour qui pardonne, en explicitant les exigences et les voies ; mais que peut et doit faire celui ou celle qui s'emploie résolument à « faire la paix » dans un monde en guerre ? Comment vivre la paix, l'amour et le pardon sous les bombes ? La question n'est pas que d'ordre éthique, renvoyant aussi à l'organisation sociale et à la politique. On peut tenter, en amont, de prévenir les tueries des guerres. Le monde demeurera divisé par les jeux entrecroisés des intérêts et de la recherche du profit, des exploitations et des dominations dont il faudra s'employer à réduire les méfaits. De même, en santé publique et en intervention psychosociale, par-delà les pratiques de prévention qui ne pourront jamais tout prévoir et empêcher tous les maux, comment réduire les méfaits découlant de situations particulières ou de comportements spécifiques sans réprimer la vie et contraindre la liberté ?

Dans un livre récent reprenant des propos antérieurs pour les articuler dans une synthèse neuve autour de l'*Idée de justice*[2], Amartya Sen plaide avec à la fois vigueur et rigueur pour que le souci en quelque sorte théorique d'une société juste idéale ou parfaite – parfaite parce qu'idéale et irréelle – n'empêche ni ne retarde une action collective pour redresser des situations dont l'injustice flagrante fait l'objet, sur la base de comparaisons dans le monde réel, imparfait, d'un constat largement consensuel. Dans des sociétés qui pourtant sont loin d'être justes, bien éloignées de l'idéal rêvé d'une Terre

1. Je trouve heureuse l'orientation prise dans ce livre de mettre résolument l'accent, par-delà les inévitables et parfois irréductibles risques, sur la réduction des méfaits.

2. Amartya Sen, *The Idea of Justice* – Londres : Penguin Books, 2009 ; trad. en langue française : *L'Idée de justice* – Paris : Flammarion, 2010.

promise où couleraient le lait et le miel et où le loup dormirait avec l'agneau, dans des sociétés imparfaites donc, on a lutté avec vigueur pour mettre fin à l'apartheid en Afrique du Sud, à la ségrégation dont les Noirs furent longtemps et sont encore aujourd'hui l'objet dans les États-Unis d'Amérique, à la disparité de droit et de statut social réel entre les hommes et les femmes dont l'égalité ne peut encore être considérée comme acquise, à la pauvreté qui condamne à la misère… Tâches et luttes manifestement inachevées, mais des actions ont quand même été menées, souvent avec une remarquable efficacité. Si elles n'ont pas éradiqué le racisme et le sexisme, elles ont du moins réussi à en réduire les méfaits.

La tension évoquée traverse de part en part le débat des dernières décennies sur la réduction des risques et des méfaits en santé publique et en intervention psychosociale. On peut rêver d'une société sans drogues et dès lors forcément sans séquelles négatives de leur consommation, sans méfaits ; ou encore, à l'opposé du spectre des positions sur le sujet, d'une société dans laquelle tous et toutes assumeraient leur liberté pour l'exercer de façon pleinement responsable, à la fois sans contrainte et sans qu'il soit porté atteinte à la liberté des autres ni tort à quiconque. Dans l'une et l'autre de ces deux sociétés rêvées, les questions aujourd'hui encore débattues au sujet de la consommation ou d'un usage abusif des drogues, des risques qui y sont liés et de la réduction des méfaits en découlant ne se poseraient pas : il n'y aurait dans la première nul risque, dans la seconde nul méfait. Mais dans la vie réelle, que faire ?

Cette tension entre théorie et pratique, entre idéal rêvé, d'une part, et situations et pratiques réelles, d'autre part, traverse toute l'histoire de la philosophie morale ou de l'éthique – notamment mais non exclusivement en Occident, mais je m'en tiendrai ici à cette riche tradition qui nous est plus familière. Il y a plus de deux millénaires, Aristote, 20 ans disciple de Platon, s'écarte de son maître lorsqu'il entreprend de discuter de l'action et de l'éthique. Pour Platon, il faut d'abord contempler le Bien dans le monde des Formes ou des Idées – en tant que paradigmes, pourrait-on dire, des réalités du monde sensible – pour pouvoir ensuite agir adéquatement dans le monde de la vie réelle ou concrète, sachant alors se gouverner soi-même ainsi que la Cité. Mais les essais de mise en place par Platon de gouvernements de philosophes, allons-y d'un euphémisme, n'ont pas été couronnés de succès. Pour Aristote, c'est plutôt le jugement pratique dans l'action qui peut guider celle-ci et l'orienter ; il fait par conséquent appel à la prudence ou à la sagesse pratique (*phronèsis*) qui donne à voir ce qui est bon à la fois pour soi et

pour les autres ou « pour l'homme en général » (*Éthique à Nicomaque* 6 : 5-6) et qui permet, dans une situation donnée, de se former un jugement pratique en vue d'une décision de « juste milieu » ou vraiment adaptée à la situation.

On retrouve cette tension, modulée toutefois bien différemment, dans l'opposition au XVIII^e^ siècle entre le déontologisme d'Emmanuel Kant et le conséquentialisme utilitariste de Jeremy Bentham, que John S. Mill a su présenter avec plus de finesse que son maître à penser. À l'impératif catégorique de Kant – pensé et rationnellement exigé comme à la fois de portée et de visée universelles –, impératif en quelque sorte antérieur à l'action et en commandant l'orientation d'un point de vue qu'on pourrait qualifier d'idéal, Bentham oppose la prise en compte des conséquences de l'action posée dans ce que nous pouvons appeler le monde réel, conséquences souvent prévisibles, alors anticipées et discriminantes dans la décision d'agir en ayant comme visée, par une distribution appropriée de ce qui y est « utile », le plus grand bonheur du plus grand nombre. Opposition ou inévitable tension dans la recherche d'un équilibre fragile et toujours mouvant[3] ? C'est cette même tension encore que Max Weber évoque à son tour en proposant la distinction désormais classique entre éthique de la conviction et éthique de la responsabilité.

L'intérêt de l'approche ou de la visée de réduction des méfaits tient pour une grande part à la prise en compte résolue, qui la caractérise, de l'imperfection du monde réel et de toutes les sociétés, de leurs institutions, des personnes qui y vivent et y (inter)agissent.

ENTRE LA RECHERCHE DE LA SÉCURITÉ ET LA DÉFENSE DE LA LIBERTÉ

Nous sommes alors renvoyés à une autre difficile tension, dans ce monde imparfait, cette fois entre la sécurité et la liberté : entre les exigences à maints égards divergentes de la protection des personnes afin d'assurer

3. Considérant « que la recherche du bonheur est légitime, et que le plus grand bonheur du plus grand nombre demeure aujourd'hui encore un objectif révolutionnaire », Catherine Audard tente de réconcilier les perspectives en ajoutant au très formel et dès lors, écrit-elle, « dangereux » impératif kantien qui cherche à s'élever au-dessus des jeux d'intérêts, la visée utilitariste de la prise en compte du bonheur général : « pour que le principe de Kant ait une quelconque signification, poursuit-elle en citant J. S. Mill, il faut l'interpréter comme disant que nous devons conformer notre conduite à une règle que tous les êtres rationnels pourraient adopter avec un bénéfice pour leur intérêt collectif » – dans la présentation de J. S. Mill, *L'utilitarisme – Essai sur Bentham,* Paris : PUF, p. 15.

leur sécurité, d'une part, et de la défense d'un exercice réel d'une liberté non pas théorique ou rêvée, mais en acte, d'autre part.

Ce qu'on cherche à protéger du risque de la perte ou simplement de l'atteinte portée, c'est à la fois sa vie et ce qui fait sa qualité, et alors sa liberté. D'un côté, on réclame protection contre les risques du chômage, de l'accident, de la maladie et de sa transmission, de la panne en amour comme en auto : Viagra ou coussin gonflable. On réclame aussi des interventions préventives auprès des personnes « à risque » de développer divers maux : cancer, sida, toxicomanie, agression sexuelle, violence, échec à l'école, perte d'emploi… De l'autre, on se livre aux risques multiples en même temps qu'au plaisir de sports qualifiés d'extrêmes parce que particulièrement « risqués » : escalade, course automobile, saut périlleux...

Dans la tension entre la recherche de la sécurité et l'exercice de la liberté, l'équilibre qu'on croira avoir trouvé ne sera jamais que provisoire : déséquilibre toujours, donc, dans la recherche d'un équilibre dont on sait qu'il sera brisé aussitôt qu'instauré. Après une lente montée – chaotique – du souci des droits et de la défense des libertés dans des sociétés d'États de droit, voilà que la peur du terrorisme donne aujourd'hui priorité aux exigences d'une sécurité finalement plus apparente que réelle. La multiplication et le resserrement des contrôles aux frontières, et à l'intérieur la mise en veilleuse des droits et libertés n'empêcheront pas que des actes terroristes soient posés. On peut même soutenir que le repli d'une peur sacrifiant la liberté à la sécurité témoigne par elle-même de la victoire du terrorisme, lui accorde cette victoire. Car le terrorisme se définit précisément comme imposition de la terreur en lieu et place du droit, des droits et libertés. Seule la défense de la liberté peut faire contrepoids, dans l'audace de son affirmation, pour empêcher, assumant le risque, que la vie soit étouffée. Cela vaut pour les sociétés comme pour ses membres, et s'appelle démocratie.

Dans l'effort requis ou l'essai de conciliation, dans la prise en compte de leurs visées respectives, des deux pôles de la tension entre la recherche de la sécurité et la sauvegarde de la liberté, John Locke faisait appel, dans sa célèbre *Lettre sur la tolérance* de 1689, à la tolérance bien sûr, mais présentée et effectivement définie comme fondée sur la défense de la liberté essentielle de l'être humain et la sauvegarde de la paix dans l'État ou dans la société. La tolérance exige alors l'acceptation de la diversité humaine et par conséquent des différences et éventuellement des divergences tant pour ce qui est des croyances et des convictions qu'en ce qui a trait aux attitudes et

aux comportements ; nous dirions aujourd'hui la reconnaissance de l'autre ou de l'altérité. Non pas que tout soit tolérable et doive être toléré, et c'est pourquoi, comme le proposait Locke, pour rendre possible l'exercice des libertés, l'État doit légiférer et, en exigeant le respect des lois, assurer la paix sociale. Les perspectives ouvertes par John Locke sont encore pertinentes et ses propos peuvent aider, par-delà la réforme éventuelle des lois, à baliser aujourd'hui les pratiques d'intervention en santé publique et en travail social.

Il y a dans nos sociétés une terreur face au trafic des drogues et aux dépendances que leur consommation peut entraîner, et aux répercussions que cela peut avoir pour les autres, d'où les luttes et les interventions musclées. Mais on ne peut mettre tout le monde à l'abri – en prison. Par ailleurs, et cela aussi traverse l'histoire de la philosophie morale ou de l'éthique, la liberté ne va pas sans règles ; elle a besoin de règles pour pouvoir s'exercer *en acte* sans porter atteinte à d'autres libertés tout aussi légitimes. La liberté ne peut s'exercer… librement, si je peux ainsi dire, que dans une relative sécurité, de sorte qu'il n'y a sans doute jamais de liberté que contrainte.

LA RECHERCHE DU « JUSTE MILIEU »

Selon certains, les politiques et les pratiques de réduction des méfaits proposeraient une solution de compromis ou de « juste milieu » dans ce double jeu de tensions entre une éthique de la vie idéalisée et une éthique de la vie réelle, et dans la vie réelle entre le souci de la sécurité et de la protection, d'une part, et celui de la préservation d'une liberté dont l'exercice responsable ne saurait échapper au risque ni même aux méfaits qui peuvent s'ensuivre, d'autre part. Trois façons de voir les choses se présentent ici, trois perspectives : celle du compromis politique, celle de la neutralité technique et celle de l'éthique.

(**a**) Dans la première perspective, l'approche de la réduction des méfaits prend appui sur la convergence de certaines des visées tant des tenants de la lutte contre le trafic des drogues et leur consommation, par exemple, que de ceux et celles qui en proposent la décriminalisation et la légalisation : tous visent à en réduire les méfaits, les uns par la prohibition, les autres en assurant la qualité des produits et en réduisant par là, à la source, certains des méfaits liés à leur consommation. Mais cette convergence ne permet guère le consensus d'une alliance car on craint, dans le premier camp, la

banalisation de comportements qu'on cherche à enrayer, voire à éliminer, et que l'approche de compromis préconisée n'entraîne une hausse des méfaits ; dans l'autre camp, que l'interdiction légale et la répression, portant atteinte à la liberté, ne renvoient en outre certaines pratiques à une pseudo-clandestinité qui empêcherait toute régulation pouvant assurer à la source la qualité des produits mis en marché, de sorte que risques et méfaits, loin d'être réduits, en seraient aggravés. Malgré quoi on peut reconnaître que la réduction des méfaits propose d'emprunter, entre les deux voies de l'interdiction répressive et de l'acceptation libérale, une voie tierce sinon du « juste milieu », du moins de l'entre-deux d'un compromis politique autorisant certaines pratiques sans pour autant clore le débat.

(b) Dans la deuxième perspective, on cherche à échapper aux conflits de valeurs et aux débats d'ordre éthique en présentant la réduction des méfaits comme une approche, des politiques et des pratiques d'ordre scientifique et technique – en même temps que d'ordre professionnel, mais cela ne fait-il pas ressurgir l'éthique, cette fois l'éthique professionnelle ? On s'emploie alors à établir, études à l'appui, que les interventions visant la réduction des méfaits sont à la fois techniquement possibles et relativement efficaces ; et qu'elles sont en outre, sinon rentables au sens strict du terme, budgétairement avantageuses. Certains opposants donnent d'ailleurs à entendre que la rationalité économique serait prépondérante, voire unique chez les tenants de ces discours. Mais cela relève d'un procès d'intention illégitime à un double titre : d'une part, les tenants de la réduction des méfaits donnent d'autres raisons à leur proposition ou défense des politiques et des pratiques en cause, et des raisons d'un tout autre ordre, qui ont trait à la liberté et à la santé des personnes et des populations ; d'autre part, le souci de réduire les coûts de soins requis pour un groupe de personnes en prévenant la propagation de certaines maladies, pour permettre ainsi au système de (mieux) prendre en charge ceux et celles qui n'ont pas accès à d'autres soins requis dans les délais souhaitables, n'est assurément pas sans lien avec l'éthique.

Cela dit, aucune action délibérée, aucune pratique professionnelle, y compris celle du scientifique ou du technicien, ne peut échapper à l'éthique : tout choix réel renvoie à une délibération, celle-ci fût-elle intuitive et presque instantanée, et à des valeurs. Mais je retiens de cette perspective de la neutralité éthique l'intuition sous-jacente, tout à fait juste à mon sens, d'une indivisibilité pratique entre le geste professionnel (ou autre) et l'éthique. Dans l'acte dérogatoire d'un médecin, l'éthique n'est pas seule en cause ; la

médecine l'est elle aussi. Quand on dit d'une économie qu'elle va bien et que la pauvreté persiste, voire progresse à cause d'une trop forte concentration de la richesse chez certains, c'est l'économie elle-même qui est en cause, dans son modèle et dans ses modes dominants, et non seulement l'immoralité de quelques fraudeurs. À l'inverse, quand une action est jugée appropriée par un professionnel qu'Aristote reconnaîtrait comme prudent, je suis enclin à la considérer d'entrée de jeu comme éthiquement appropriée, quitte à changer d'avis après examen.

(c) Nous sommes alors renvoyés à la sagesse pratique ou à la prudence, dont il a été question plus haut, et à la recherche en toute situation d'un « juste milieu » qui, comme l'explique Aristote, n'a rien à voir avec les calculs mathématiques et les moyennes de groupes ou les pourcentages des statistiques populationnelles, encore que les informations fournies par les chiffres soient très utiles – mais je m'éloigne des propos d'Aristote. Dans le langage de celui-ci et prenant un des exemples qu'il donne : il ne s'agit pas de distribuer à tous les adolescents du gymnase (de la polyvalente ou du cégep), au repas du midi, des portions égales calculées en fonction d'un besoin moyen ; il faut plutôt donner à chacun ce qui est en « juste » rapport avec ses besoins compte tenu de sa situation particulière, compte tenu aussi de la situation commune. Il en va de même, dans un autre exemple donné par Aristote, pour l'exigence au combat du geste courageux : cette exigence n'est pas égale, mais se situe et doit être mesurée, selon les personnes, quelque part entre les deux extrêmes de la témérité et de la couardise, dans le « juste milieu » variable qui, pour être juste ou approprié, tient compte de la situation, des enjeux et de l'équilibre ou du déséquilibre des forces en présence. La justice a ainsi partie liée avec la justesse : le juste milieu que recherche l'éthique aristotélicienne désigne la prise de position ou la décision ou encore l'action qui, entre les extrêmes des débats comme des pratiques contradictoires, est à la fois juste, bien sûr, mais aussi possible et appropriée.

À l'aune de la règle aristotélicienne du juste milieu, l'approche de la réduction des méfaits paraît appropriée, face aux risques et méfaits (réels et potentiels) liés par exemple à l'utilisation (injection) de drogues chez des consommateurs et à leurs répercussions sur les autres, dans une perspective de santé publique, entre les « extrêmes » de l'interdiction et de la répression, d'un côté, et de la totale libéralisation, de l'autre. Il ne s'ensuit pas qu'elle soit ou même qu'elle puisse être LA solution, et d'autres mesures seront aussi requises pour assurer que soient pris en compte, dans les pratiques visant

la réduction des méfaits, les enjeux d'ordre éthique – en même temps que d'ordre social et d'ordre proprement politique – qui sont généralement les mêmes que ceux qu'on retrouve dans les interventions de santé publique ou de travail social, d'une part ; ni qu'elle soit valable dans tous les cas singuliers ou pour tous les individus, d'autre part, de sorte que des actions complémentaires s'inscrivant dans une autre perspective seront aussi requises et pertinentes. C'est pourquoi il faudra encore faire appel à la délibération personnelle, à la discussion entre professionnels tenant compte des rapports interprofessionnels, au débat public.

Personnellement et, si vous me le permettez, au nom de tous les lecteurs de ce livre, je tiens à remercier les auteurs des contributions qu'il contient et de façon toute spéciale les personnes qui ont fait en sorte qu'il soit publié.

Guy Bourgeault

Université de Montréal

INTRODUCTION

L'approche de réduction des méfaits au défi de la tolérance

Raymond Massé
Département d'anthropologie, Université Laval

Après plus d'un siècle de développement théorique, d'expérimentation et d'évaluation, la santé publique prend la mesure de ses succès, mais aussi de ses limites. La fin du XX^{e} siècle a confronté les multiples programmes de prévention des maladies, des handicaps et des mortalités évitables aux limites de l'éducation à la santé et de l'*empowerment* des individus. Le plafonnement des gains réalisés en termes d'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables, de contrôle des causes environnementales de la maladie et d'éducation à de saines habitudes de vie incitera la santé publique à dépasser les cadres classiques de la gestion des comportements à risque. Une « nouvelle santé publique » émerge de cette prise de conscience (Tulchinsky et Varavikova, 2010). L'élargissement des approches préventives s'exprimera au moins dans deux directions complémentaires. La première consiste à déborder des classiques interventions préventives qui ciblent des individus considérés comme des agents autonomes de leur propre salut sanitaire. Le mouvement de promotion de la santé (Rootman *et al.*, 2012), en particulier, rappelle alors que la prévention des risques passe par un engagement des communautés et de l'État envers l'amélioration des conditions de vie, la réglementation des entreprises polluantes, voire par des législations visant à protéger le citoyen contre le marketing invasif de l'industrie (ex. : aliments, tabac, alcool). La santé publique devient alors politiquement engagée, adressant ses messages non plus aux seuls individus « sourds » aux prescriptions et aux proscriptions de comportement, mais d'abord aux autorités compétentes habilitées à améliorer l'environnement social, sanitaire ou technologique dans lequel l'individu évolue. Toutefois, une seconde

avenue dans l'élargissement des pistes d'intervention consiste non plus à mobiliser les divers paliers de responsabilité (individus, entreprises, autorités municipales, provinciales et fédérales), mais plutôt à remettre en question les objectifs fondamentaux de l'intervention eux-mêmes. Alors que dans le premier cas, la mission préventive repose sur la multiplication et le raffinement des moyens pour lutter contre les facteurs de risque, la seconde remet en question le diktat de la tolérance zéro envers les comportements et les habitudes de vie à risque. Cette approche dite de « réduction des méfaits » (RdM) s'inscrit dans cette perspective. Elle propose dans le cas de certaines problématiques, en particulier la consommation de drogues et d'alcool, de mettre de côté l'objectif, jugé utopique, d'éliminer ces pratiques. Sans nier toute pertinence aux interventions visant l'abstinence, voire sans nier toute pertinence à un discours prohibitionniste, il est alors proposé d'accepter ces pratiques comme une réalité incontournable et de mettre l'accent sur l'aide concrète et immédiate à apporter aux individus concernés. L'humanisme, le pragmatisme, mais aussi la tolérance deviennent alors les valeurs fondatrices de l'intervention. Laissant de côté les discours moralisateurs et culpabilisants, les intervenants retiennent plutôt comme cible prioritaire la prévention des « méfaits », soit des dommages associés à ces comportements. Les principales cibles d'intervention deviennent, dans le cas de la toxicomanie, la prévention de la transmission des infections transmissibles par le sang (ex. : sida, hépatites), des conséquences psychosociales, de l'isolement social, voire des mortalités conséquentes aux doses létales. Des exemples classiques d'interventions inspirées de cette approche sont la distribution aux toxicomanes de seringues propres ou de kits de nettoyage des seringues, les traitements de substitution de drogues dures par des drogues moins dangereuses ou l'établissement de sites d'injection supervisée.

Le présent ouvrage se veut une contribution à la réflexion critique sur cette « nouvelle » approche préventive qu'est la réduction des méfaits. Plusieurs spécialistes de diverses disciplines en sciences sociales et humaines, mais aussi de la santé publique, ont été invités à débattre des thématiques suivantes : l'historique des approches de réduction des méfaits incluant l'émergence de discours critiques à l'intérieur même des groupes professionnels qui en font la promotion ; le positionnement de ces interventions dans le contexte de l'évolution sociale, politique et culturelle du Québec (et des sociétés occidentales) ; l'identification des critères définissant et délimitant ces approches à travers une analyse de l'élargissement de ses champs d'application bien au-delà de celui de la toxicomanie (tels la violence conjugale et les mutilations sexuelles) et les fondements et les enjeux éthiques associés aux

interventions, aux programmes ou aux politiques de santé publique inspirés par cette approche « délinquante » de la prévention.

La démarche se veut réflexive. Les textes publiés ici ont bénéficié de plus d'une année de maturation au gré de l'organisation de deux activités scientifiques mises en œuvre par le comité de coordination du groupe stratégique « Éthique et santé des populations » du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ)[1]. Une première activité a pris la forme d'un atelier de travail fermé d'une journée, tenu en avril 2011, auquel ont participé 25 professionnels et chercheurs sensibilisés aux enjeux soulevés par les interventions en RdM. Une seconde activité a pris la forme d'un colloque ouvert, plus formel, tenu dans le cadre des Journées annuelles de santé publique à Montréal, le 30 novembre 2011[2]. Plusieurs des conférenciers de ce colloque avaient participé à l'atelier précédent, et les auteurs qui contribuent au présent ouvrage ont été soit conférenciers, soit participants actifs dans l'une ou l'autre de ces activités préparatoires. Les textes présentés ici ont été rédigés en tirant profit de ce processus de réflexion critique.

L'ouvrage est divisé en trois grandes parties. Dans un premier temps, deux textes nous permettront de réfléchir aux éléments de base qui définiraient les frontières des approches de réduction des méfaits de même qu'aux fondements éthiques de cette approche. Une seconde partie regroupe trois textes consacrés à ce que les auteurs désignent comme une institutionnalisation de ces pratiques préventives au sein des politiques de santé publique. Les approches de réduction des méfaits sont alors resituées, dans une perspective historique, dans le cadre d'une reconfiguration des rapports qu'entretient l'État avec les usagers de drogues, tout autant que de l'émergence d'un discours critique parmi les intervenants sur les risques associés à la « récupération » d'une approche, à l'origine, marginale. Enfin, une troisième partie regroupe deux chapitres qui visent à tester les limites de l'approche de réduction des méfaits. Deux équipes de recherche ont accepté de réfléchir à l'applicabilité de cette approche dans des problématiques aussi éloignées du champ de la toxicomanie que le sont la violence conjugale et les pratiques traditionnelles de l'excision et de l'infibulation. Sans s'être vu imposer un cadre de réflexion rigide, les auteurs ont été invités à porter une attention

1. Les objectifs et les activités de ce groupe de chercheurs « éthique et santé publique » sont présentés sur les sites web suivants : <http://ethiquesantepop.ca/> ; <www.santepop.qc.ca/fr/axesstrategiques/ethiquesp.html>.

2. Colloque « Regards éthiques sur la réduction des méfaits », <http://jasp.inspq.qc.ca/Default.aspx?pageid=341&NumTheme=4>.

particulière aux dimensions éthiques des programmes s'inspirant de l'approche de réduction des méfaits ainsi qu'à la place accordée à la valeur tolérance, censée représenter l'un des fondements de ces approches.

PREMIÈRE PARTIE : DÉFINITION DES CONCEPTS ET FONDEMENTS ÉTHIQUES

Nous entendrons ici par méfaits les conséquences nocives et les effets nuisibles pour la santé physique et mentale découlant d'un comportement délétère mettant la santé ou la vie de l'individu en danger. Les méfaits ne réfèrent donc pas aux comportements, aux pratiques ou aux habitudes de vie en soi (la consommation de drogue par exemple n'est pas un méfait), mais plutôt à leurs conséquences directes ou indirectes sur ceux et celles qui les pratiquent. Dans le présent ouvrage, nous avons préféré retenir l'expression réduction des méfaits plutôt que réduction des risques (généralement utilisée par nos collègues européens), du fait qu'elle met l'accent sur la réduction des conséquences nuisibles concrètes, pour soi et pour autrui, des comportements et des pratiques plutôt que sur les seuls risques de conséquences.

Les directeurs de l'ouvrage (coorganisateurs des deux activités scientifiques préparatoires) n'ont pas souhaité proposer aux auteurs de définition formelle de la réduction des méfaits. Les auteurs n'avaient aucune obligation ni de s'en remettre à une définition consensuelle, ni d'œuvrer à en proposer une. Toutefois, l'un des objectifs poursuivis est de nourrir la réflexion sur les critères qui peuvent être invoqués pour qualifier telle approche de « réduction des méfaits ». Bien que tous s'entendent sur une définition générale, chacun aborde dans son texte nuances et mises en garde. Nous n'en avons pas moins tenté d'identifier une série de critères définitionnels qui font débat. Ainsi, le premier texte de l'ouvrage résulte d'un effort de synthèse des multiples échanges et débats qui ont jalonné l'atelier fermé d'avril 2011. À partir de la transcription des enregistrements audio, Isabelle Mondou a réussi à faire ressortir les zones de consensus, mais aussi les caractéristiques les plus contestées de la RdM. Elle s'interroge d'abord sur le critère de la nature des méfaits concernés. L'approche de réduction des méfaits se limite-t-elle aux méfaits dans le champ de la santé (mortalité, morbidité, handicaps), ou l'approche couvre-t-elle de même les méfaits psychosociaux, voire les dommages économiques à la personne et à la collectivité ? Cette approche se démarque-t-elle des autres formes de prévention par le caractère répréhensible, moralement condamné par la société ? Englobe-t-elle les comportements nettement illicites et illégaux ? Parle-t-on toujours de réduction des méfaits pour des interventions ciblant des comportements criminels,

délinquants ? Ou encore, doit-on restreindre son champ d'application aux comportements qui n'ont de conséquences que sur l'individu lui-même et qui sont sans conséquences négatives sur la collectivité ? Au gré de l'importance accordée à cette valeur dans la structure du présent ouvrage, Mondou interroge la place occupée par la tolérance dans la nature même de la RdM, mais aussi l'importance de valeurs complémentaires telles la sollicitude, l'empathie et la responsabilité. Toujours en synthétisant les débats entre les participants de l'atelier, l'auteure fait le point sur la nature des interventions elle-même, en remettant en question la place respective des mesures proprement biomédicales et des approches psychosociales ou politiques dans la définition de l'approche de réduction des méfaits. Sans conclure sur une définition formelle de la RdM, ce premier texte réussit à mettre à jour, explicitement, des critères balisant les frontières d'une approche qui sera définie plus implicitement dans les textes suivants.

L'une des préoccupations transversales de l'ouvrage est de mettre en évidence les fondements éthiques et les enjeux soulevés par l'implantation de programmes et d'interventions en réduction des méfaits. En trame de fond, ce type d'intervention est marqué par une tolérance par rapport à des comportements jugés socialement et moralement problématiques. Les principes éthiques interpellés ici ne sont plus les classiques droits au libre arbitre, bienveillance, paternalisme ou responsabilité. L'accent est placé sur la tolérance, la compassion, la justice sociale, le pragmatisme, l'humanisme. Le texte de Raymond Massé met ainsi en doute les fondements éthiques de cette approche. La question de base posée est : la justification initiale de l'approche de RdM, fondée, dans une perspective pragmatique, sur la minimisation des conséquences nocives de comportements à risque, est-elle toujours suffisante aujourd'hui ? Certains éthiciens croient que non. Dans ce chapitre, l'auteur se rallie à la position de plusieurs chercheurs voulant que l'argument de la domestication et de la réduction des risques ne peut à lui seul faire le poids face aux attaques des prohibitionnistes. Il est suggéré que l'approche de RdM devrait, au contraire, assumer pleinement son engagement moral et mettre de l'avant les valeurs de compassion, de justice et de tolérance sur lesquelles elle repose. Loin du postulat d'une neutralité axiologique, les interventions inspirées de la RdM doivent répondre de logiques proprement éthiques plutôt qu'exclusivement épidémiologiques. Massé défendra l'hypothèse voulant que l'approche de RdM trouve bien ses fondements dans les éthiques pragmatistes et l'utilitarisme moral mais que, toutefois, seul leur ancrage dans la promotion d'une justice sociale axée sur le développement des compétences et des responsabilités individuelles et collectives permettra

réellement d'asseoir leur justification. Pourtant, même justifiée au nom de tels fondements éthiques, l'approche de RdM n'est pas sans soulever elle-même certains enjeux éthiques. Par exemple, le zèle militant de certains défenseurs suggère qu'il existe un risque d'émergence d'un nouveau paternalisme qui prendrait la relève de la condescendance humaniste attribuée à la santé publique.

Soulignons ici qu'une autre des préoccupations transversales de l'ensemble de l'ouvrage est de réfléchir à la dimension « tolérance » qui est au cœur de cette approche. L'approche de RdM est parfois présentée comme une alternative à des approches de santé publique fondées, implicitement ou explicitement, sur une « tolérance zéro » face aux risques évitables. Les auteurs des textes présentés dans cet ouvrage acceptent ce postulat ; toutefois ils ne remettent pas moins en doute les limites d'une telle tolérance. Jusqu'où doit aller la tolérance aux comportements et aux habitudes de vie à risque ? À partir de quel moment le respect de valeurs telles que l'empathie, l'écoute et la compassion implique-t-il l'empiétement sur d'autres valeurs telles que le souci du bien-être de l'autre, la sécurité de la population ou la bienfaisance ? En fait, nous postulons dans cet ouvrage que la tolérance, évoluant entre respect des libertés individuelles et rappel des responsabilités collectives en matière de soutien aux groupes les plus vulnérables, est au cœur des fondements de la RdM. L'approche de réduction des méfaits est plus qu'une simple forme d'intervention à ajouter à la boîte à outils des spécialistes de la prévention ; plus qu'un ensemble de techniques efficaces pour diminuer les effets sur la santé de certains comportements à risque. Fondamentalement, il s'agit d'une autre vision de la santé publique, d'une autre philosophie de la prévention, voire d'une autre éthique des soins et de la prise en charge de populations vulnérables. L'approche de RdM pose la question des limites de la tolérance de la collectivité face aux minorités ; des limites des savoirs experts et du paternalisme sanitaire.

Corrélativement, la santé publique devra accepter une certaine dose de désespérance dans sa quête pour la santé parfaite, et pour une population totalement rationnelle dans la gestion de ses comportements liés à la santé. L'approche de réduction des méfaits, sur le plan éthique, va au-delà d'un simple pragmatisme voulant que la société accepte les risques (et les comportements à risque) comme faisant partie de la vie, voire de la normalité. Même si un tel pragmatisme est souvent invoqué par les défenseurs de cette approche, c'est fondamentalement la tolérance face à la façon dont certains individus exercent leur liberté qui est en jeu.

DEUXIÈME PARTIE : HISTORIQUE, INSTITUTIONNALISATION ET CRITIQUES DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Au cours des dernières décennies, les entreprises de prévention et de promotion de la santé publique ont été largement critiquées par les scientifiques sociaux. On a tout particulièrement souligné les risques de dérapages en termes de médicalisation du bien-être, de moralisation des comportements à risque pour la santé ou d'obsession de la santé parfaite. Les interventions inspirées par l'approche de réduction des méfaits échappent-elles à ces critiques ? Et quelle évaluation les intervenants de première ligne et les professionnels de santé publique directement engagés dans la mise en œuvre et l'évaluation font-ils de ces interventions après quelques décennies d'expérimentation ? Il apparaît clairement pour les auteurs des textes de cette seconde partie que des questionnements importants émergent au sein même de la santé publique. Certains professionnels rappellent l'importance de ne pas abdiquer face à la mission de base qui est la diminution de l'exposition aux comportements à risque. D'autres y voient une approche allant à l'encontre de leurs valeurs personnelles, voire allant à l'encontre d'un consensus social sur la nocivité de ces pratiques. Les justifications éthiques entrent en conflit avec les postures déontologiques. Et encore, de quelles façons cette approche, autant complémentaire qu'alternative aux approches classiques en prévention, s'inscrit-elle dans l'historique de la santé publique et dans l'évolution de la culture et des politiques des sociétés contemporaines ? Les trois textes présentés dans cette seconde partie de l'ouvrage alimentent notre réflexion sur son historique et sur les effets d'une forme d'« institutionnalisation » de l'approche de réduction des méfaits.

Le texte de Jean-Sébastien Fallu et Pierre Brisson retrace d'abord la « petite histoire de la réduction des méfaits » dans le monde et principalement au Québec, à travers les mesures inscrites dans les programmes nationaux de santé publique, les décisions politiques canadiennes et les diverses formes d'intervention mises en œuvre dans le champ de la toxicomanie et de la prévention du sida. Le texte montre en quoi les divers programmes ou pratiques (ex. : fourniture de matériel, traitement de substitution, éducation, travers de proximité, service de consommation supervisée) s'inspirent de quatre principales conceptions de la réduction des méfaits. Le texte rappelle la place centrale occupée par les principes d'humanisme et de pragmatisme, mais aussi la position de la population générale à l'égard de ces principes et de ces interventions qui se déroulent au cœur de leur milieu de vie. Surtout, les auteurs de ce chapitre abordent cinq des principaux débats et sujets

de controverse liés aux pratiques en RdM. Ils rappellent l'importance des interférences entre ces interventions et les règles de déontologie que doivent suivre les professionnels sur le terrain, thème qui sera développé plus avant dans le texte de Robert Bastien pour le cas des intervenants de terrain. Les débats entourant les limites du modèle thérapeutique de l'abstinence, le choc des valeurs personnelles et collectives, les échecs de la lutte à la drogue et les limites des approches de contrôle social sont aussi traités. Les auteurs soutiennent que les interventions en réduction des méfaits sont susceptibles d'être récupérées par l'État pour des fins de régulation sociale des individus à risque, d'autant plus que l'on tend à se désintéresser des conditions de vie qui alimentent la vulnérabilité de certains sous-groupes précaires. Ils demandent si la RdM ne servirait pas d'alibi à l'État pour ne pas investir dans les ressources préventives et les transformations sociales en profondeur. Ils n'en appellent pas moins à la pensée critique des promoteurs de la RdM, qui ne doivent y voir ni une panacée ni un nouveau prêt-à-penser.

La RdM arrive-t-elle à se définir comme une alternative radicale aux logiques de gestion rationnelle des comportements à risque ? Son institutionnalisation progressive la confine-t-elle à s'inscrire dans une certaine continuité avec les approches plus classiques ? Les deux textes suivants posent la question dans toute sa complexité. Paul-André Lévesque suggère que la reconfiguration des rapports de l'État avec les usagers de drogues, telle que révélée par les approches de RdM, laisse à penser à l'inscription des politiques de santé publique dans une tolérance généralisée envers les drogues et leurs usagers. Or sommes-nous face à un nouveau « vivre avec les drogues » ou, au contraire, comme le suggère l'auteur, sommes-nous plutôt confrontés à l'illusion d'une rupture à l'égard de l'idéal normatif d'une société sans drogues ? La réponse s'inscrit ici dans la nuance. En fait, la tolérance cohabite avec le prohibitionnisme et surtout, la RdM ne trouve sa légitimité dans les politiques de l'État que parce que la tolérance affichée sert à justifier des actions visant à prendre en charge les risques qui échappent au prohibitionnisme, en particulier les risques associés à la sécurité de la population générale et les risques associés aux dangers d'une épidémie de VIH. La tolérance n'est pas en contradiction avec l'interdit ; elle sert de palliatif aux limites utopistes de l'interdiction radicale des drogues. Tolérer, sur un plan politique et stratégique, serait une « alternative pragmatique » au prohibitionnisme. Et c'est cette préoccupation stratégique qui serait à la base de l'institutionnalisation des approches de RdM au Québec et ailleurs. De même, le principe de tolérance appelle une nouvelle redistribution des droits et des devoirs des usagers de drogues. Dans le cadre de sociétés néolibérales, soutient Léves-

que, l'usager de drogues n'est plus construit comme un sujet responsable invité à se conformer à des normes (ne pas consommer, se désintoxiquer), mais comme « un entrepreneur de lui-même dans la gestion des risques ». La nouvelle exigence d'autonomie impose le devoir de prendre les moyens nécessaires pour ne pas nuire (à soi et à autrui) et d'user de tous les outils d'*empowerment* mis à sa disposition pour développer son capital humain et son capital social. Le résultat pervers est un désengagement de l'État par rapport à ses obligations de production des conditions favorables au développement d'une justice sociale structurelle. La RdM consacrerait, involontairement, indirectement, les nouvelles normes de gouvernementalité néolibérale faisant la promotion d'une autonomie coupée des conditions nécessaires à son existence.

Robert Bastien, d'ailleurs, reconnaît que l'approche de RdM doit être considérée comme s'inscrivant désormais dans la durée. Possiblement, suggère-t-il, parce que son installation durable ne révèle que timidement les inégalités sociales et minimise les heurts idéologiques. En fait, une telle « institutionnalisation » de l'approche de RdM, et son inscription permanente dans la boîte à outils de la santé publique, risque de consacrer l'existence de deux régimes de prévention dont l'un, au-delà de l'habituelle éducation au risque, se contente d'offrir des conditions de survie à des clientèles dont la survie est menacée. En fait, ne risque-t-elle pas de rendre supportables et tolérables des conditions de vie marquées par la pauvreté, la violence et l'humiliation quotidienne ? Bastien soutient que ce type de questionnement émerge d'ailleurs progressivement au sein même des équipes d'intervenants qui se demandent, dans un élan réflexif, si la RdM ne consacre pas un (second) régime particulier de prévention axé sur les interventions palliatives d'urgence. Cette institutionnalisation de la RdM conduirait-elle à accepter ces conditions de vie comme étant naturelles, à émousser le pouvoir subversif du constat de ces inégalités, voire à rendre acceptable l'intolérable ? Cette réflexivité émergente ne doit toutefois pas faire oublier que, au cœur des interventions en RdM, se trouvent des intervenants de proximité qui sont eux-mêmes précarisés dans le système préventif, tout en étant au quotidien à l'écoute d'individus profondément vulnérables. Ces intervenants sont soumis, selon l'auteur, au défi des mots justes, des mots directs mais non stigmatisants, des mots réconfortants sans être paternalistes.

TROISIÈME PARTIE : RÉDUCTION DES MÉFAITS ET TOLÉRANCE : VERS UN ÉLARGISSEMENT DES CHAMPS D'APPLICATION

Les textes précédents permettent de postuler que les approches de RdM se définissent minimalement comme des approches alternatives aux approches prohibitionnistes, par leur souci pragmatique pour limiter les effets sanitaires et psychosociaux nuisibles de comportements à risque, plutôt que de multiplier les interventions visant leur abandon et l'abstinence. Elles reposent ainsi sur une logique de tolérance stratégique à l'égard des pratiques et sur la gestion d'un inévitable niveau minimal de risque. Toutefois, définie de façon aussi large, la RdM englobe plusieurs pratiques qui débordent très largement du champ classique de la toxicomanie. En fait, il n'existe aucune stratégie préventive classique, même celles combinant, par exemple, éducation à la santé, promotion de la santé, *empowerment* des individus et des communautés, réglementations et lobbying politique, qui ne croit à l'élimination complète de telle ou telle pratique à risque. Que ce soit dans le cas des programmes de vaccination, de promotion d'une sexualité sécuritaire, d'une saine alimentation, d'une conduite automobile sécuritaire, de prévention des agressions et de la négligence envers les enfants ou de prévention des risques environnementaux, la santé publique reconnaît, lucidement, que ni les comportements ni les risques d'effets nuisibles ne pourront jamais être totalement éliminés. Toutefois, cette dose de réalisme concernant les limites des interventions n'est en rien assimilable à la tolérance ; l'objectif des interventions demeure toujours la disparition des comportements à risque (ex. conduite en état d'ébriété, violence envers les enfants) ou l'adhésion aux pratiques préventives (ex. : acceptation de la vaccination, pratique d'une saine alimentation). Et la tolérance n'est pas réductible au fatalisme.

Les interventions se qualifiant pour la RdM se démarqueraient-elles alors par l'acceptation explicite de l'existence des pratiques à risque et par l'accent porté sur la minimisation de l'exposition aux effets nuisibles de ces pratiques ou tout au moins à la minimisation de la gravité des dommages, tel que le suggère Isabelle Mondou en début d'ouvrage ? Ici encore, plusieurs interventions préventives se qualifieraient tout de même selon ce critère. Tel est le cas pour le port du casque et des équipements de sécurité dans la pratique des sports extrêmes ; l'usage des « *safer cigarettes* » et de la consommation orale de tabac sans fumée ; le programme « Nez Rouge », incitant

les conducteurs d'automobiles à prendre un taxi ou un véhicule désigné s'ils ont trop bu[3].

Une autre caractéristique propre aux interventions en RdM résiderait possiblement dans l'intensité de la valence morale des pratiques concernées, soit dans le fait qu'il s'agit de comportements qui font l'objet d'un rejet quasi universel par la population générale comme étant « immoraux » et allant à l'encontre de valeurs fondamentales inscrites dans les moralités populaires ou la religion. À cet égard, les propositions en faveur d'une légalisation de la prostitution pour mieux encadrer la santé et la sécurité des travailleurs et des travailleuses du sexe, la promotion de l'utilisation du préservatif lors de relations sexuelles chez les préadolescents en sont des exemples. L'un des objectifs du présent ouvrage étant de réfléchir aux frontières délimitant les interventions relevant de la RdM, nous avons ici invité deux équipes de recherche à repousser les limites de son champ d'application et à analyser, explicitement, la place de la valeur tolérance dans deux domaines fortement chargés sur le plan des valeurs et des moralités populaires, soit ceux des interventions préventives en matière de violence conjugale et des interventions liées aux pratiques traditionnelles telles l'excision et l'infibulation. Pouvons-nous parler de RdM lorsque des intervenantes sociales acceptent la décision d'une conjointe de donner une énième chance à un conjoint violent ou lorsqu'elles proposent des interventions mesurées et précautionneuses pour aider les conjointes victimes de violence conjugale ? Ou encore, sommes-nous toujours en RdM lorsque des professionnels de la santé acceptent de ne pas dénoncer des parents qui soumettent leur fille à des « mutilations sexuelles » ou qu'ils acceptent de poser des actes chirurgicaux pour réduire les risques de violence, de marginalisation ou d'exclusion sociale (ex. : réinfibulation, excision « symbolique ») ?

Le présent ouvrage tente de répondre à cette question dans deux textes courageux et nuancés. Le texte de Sonia Gauthier, Catherine Bolduc, Marie-Ève Bouthillier et Lyse Montminy reformule la question dans les termes suivants : la tolérance qui est au cœur des interventions auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence (ou qui y retournent) répond-elle aux critères de la réduction des méfaits ? Ici, ce n'est pas la violence en soi qui est tolérée ; c'est plutôt la décision prise par la femme de ne pas quitter le contexte dans lequel elle s'exprime qui sera respectée. Du point de vue

3. Ici la tolérance est envers la consommation abusive d'alcool et non envers la conduite en état d'ébriété.

de l'intervenante, la question se pose plus en termes de minimisation des conséquences de l'intervention (quitter le foyer est lourd de conséquences sociales, psychologiques et économiques pour la conjointe et les enfants). Si le report du moment de l'intervention engage des effets directs de la violence sur la santé et la sécurité de la femme et des enfants, il ne s'agit aucunement d'une tolérance envers la violence elle-même. Les auteures soutiennent alors que la tolérance au cœur de l'approche de réduction des méfaits autorise certains accommodements constructifs dans la relation d'aide. Si la RdM soulève des réticences importantes chez certaines intervenantes, cette tolérance humaniste et pragmatique en tant que « sagesse pratique » n'en demeure pas moins compatible avec l'approche féministe, selon les auteures. L'analyse fine qu'elles font des questionnements personnels et des enjeux professionnels découlant des modalités de gestion du cas par les intervenantes (travailler en RdM ou inciter la conjointe violentée à sortir d'urgence de son milieu) illustre toute la complexité, du point de vue de l'intervention terrain, de la mise en œuvre de l'approche de RdM dans une telle problématique. Ce texte, mais aussi ceux de Bastien et de Vissandjé *et al.* consacrent le souci du présent ouvrage pour ancrer la réflexion éthique sur la RdM dans les conditions concrètes de leur mise en œuvre sur le terrain. Savoir tolérer, dans la pratique professionnelle quotidienne, demeure un défi majeur pour les intervenants.

C'est à cette conclusion qu'en arrivent de même Bilkis Vissandjée, Shereen Denetto, Paula Migliardi et Jodi Proctor, qui ont accepté de traiter du délicat sujet des pratiques traditionnelles de l'excision et de l'infibulation chez les populations immigrantes au Canada. Après avoir fait un rappel de l'importance de ces pratiques traditionnelles dans le monde, de même que des définitions et des positions officielles et légales adoptées par les organismes internationaux et nationaux, dont celles du Canada, les auteures font le point sur les enjeux éthiques tels que définis en fonction des chartes des droits de la personne. Mais la principale contribution de ce texte est de poser, avec nuances et pondération, la question de la responsabilité des intervenant(e)s à l'égard de la protection de l'intégrité physique des jeunes filles et des jeunes femmes vivant dans certaines communautés immigrantes. Fortes de l'expérience acquise au cours des dernières années à Winnipeg au Sexuality Education Research Centre, les auteures questionnent les conditions requises pour assurer un équilibre entre les responsabilités légales des intervenants et leur responsabilité fondamentale d'offrir des soins compassionnels dans un souci de justice et de respect des traditions culturelles. À l'instar de l'analyse faite dans le cas de la violence conjugale dans le chapitre précédent, c'est

toute la complexité de l'application de la tolérance dans l'intervention sur le terrain qui est mise en évidence. Le texte soulève alors les fondements éthiques d'une approche préventive qui se veut tolérante, ouverte, sans préjugés, bref sensible aux réalités ethnoculturelles.

Cet ouvrage ne constitue certainement pas le point d'arrivée des débats portant sur la nature, les limites et les enjeux soulevés par les interventions, programmes et politiques inspirés de l'approche de réduction des méfaits. Nous souhaitons tout au moins que les textes ici réunis stimulent le débat et permettent de pousser encore plus à fond les limites de la réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

Rootman, R., Dupéré, S., Pederson, A. et O'Neil, M. 2012. *Health Promotion in Canada. Critical Perspectives on Practice,* Third Edition, Toronto, Canadian Scholars Press.

Tulchinsky, T.H. et Varavikova, E.A. 2010. «What is the "New public health"?, *Public Health Reviews*, 32(1) : 25-53.

Première partie
Définition des concepts et fondements éthiques

De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences

Isabelle Mondou
Direction de santé publique de l'Agence de la santé
et des services sociaux de Montréal

L'approche de réduction des méfaits (RdM) s'est développée dans les années 1980, auprès des consommateurs de drogues injectables et en vue de limiter la propagation du VIH. Plusieurs programmes de réduction des méfaits ont vu le jour depuis dans le domaine de la santé publique. Cette approche pragmatique reconnaît le caractère irrémédiable de la consommation de substances psychoactives et ne cherche pas l'abstinence totale à court terme et à tout prix. Humaniste, elle respecte la dignité des consommateurs et leur apporte différentes formes de soutien pour répondre à leurs besoins et faire respecter leurs droits. Mais au-delà d'un tel consensus minimaliste, le débat est loin d'être clos quant aux critères définissant les frontières et les limites des approches de RdM. En avril 2011, les chercheurs membres de l'axe « Éthique et santé des populations » du Réseau de recherche en santé des populations du Québec[1] ont invité une vingtaine de personnes – issues du milieu universitaire ou de la santé publique, chercheurs et intervenants, dont plusieurs sont directement engagés dans l'intervention ou la réflexion sur la RdM – à une journée en atelier pour réfléchir aux enjeux éthiques, sociétaux et politiques d'une telle approche. Les discussions ont principalement porté sur la définition de la RdM. Les participants à l'atelier ne souhaitant pas se limiter au seul domaine reconnu comme le

1. Axe « Éthique et santé des populations du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) », <http://www.santepop.qc.ca/fr/axesstrategiques/ethiquesp.html>, site consulté le 8 août 2012.

standard normatif en matière de RdM, ils ont délibérément considéré son application à d'autres champs que celui de la toxicomanie. Ce texte constitue une synthèse des discussions[2] qui ont marqué cette journée d'atelier, et présente essentiellement les principaux critères de définition qui ont retenu l'attention des participants, non point parce qu'ils faisaient consensus, mais au contraire parce qu'ils étaient source de divergences.

À partir d'une définition très (trop) large qu'il est nécessaire de circonscrire, les réflexions portent en premier sur les fondements de l'approche : d'abord sur les méfaits qu'elle cherche à réduire et sur leur caractère répréhensible, et ensuite sur la tolérance de la population et de la santé publique envers ces méfaits, valeur considérée comme une caractéristique de cette approche. Ont de même été retenues ici les discussions ayant porté sur ces autres thèmes : la place des différentes mesures de RdM dans l'arsenal d'outils de prévention dont dispose la santé publique, avec certains de leurs excès et plusieurs de leurs limites ; la question de la nature de l'intervention (travail de proximité, approche motivationnelle, etc.) qui serait propre à la RdM ; les principales valeurs à considérer par les intervenants ; et enfin, les enjeux de vulnérabilité et d'autonomie des populations ciblées par les mesures de RdM.

DE LA RÉDUCTION DES CONSÉQUENCES D'UN COMPORTEMENT À RISQUE : MAIS QUELLES CONSÉQUENCES ?

Tout le monde s'entend pour considérer qu'un programme d'échange de seringues ou l'implantation d'un service d'injection supervisée constituent des interventions se qualifiant comme mesures visant la RdM. Mais qu'en est-il d'Opération Nez rouge[3] ? D'une intervention sociale auprès d'une femme qui choisit de demeurer dans une relation conjugale violente ? Ou encore de la reconstitution prénuptiale d'un hymen ? Autrement dit, qu'est-ce qui entre dans la définition de la RdM ? Quel est son objet ? Est-ce un mouvement ? Une pratique de santé publique ? Une politique ? Une philosophie d'intervention ? Quelles sont les valeurs qui la sous-tendent ? Quelles sont ses limites ?

2. Les discussions ont été enregistrées et retranscrites pour fins d'analyse, en respectant l'anonymat dans les diverses prises de position.

3. Opération Nez rouge offre un service gratuit de raccompagnement en automobile aux personnes ayant consommé de l'alcool, durant la période des Fêtes. Pour en savoir plus : <http ://operationnezrouge.com/fr/accueil.html>, site consulté le 8 août 2012.

Le Petit Larousse illustré 2006 définit le « méfait » comme le résultat néfaste ou encore l'effet nuisible d'une pratique, d'un comportement, d'une habitude. Le terme « risque » renvoie plutôt, pour sa part, à la notion de danger. L'expression « RdM » est entendue dans un sens plus large que celle de « prévention des risques ». Si la première peut englober la réduction des risques pour l'individu, elle comprend aussi et surtout les conséquences du comportement à risques pour lui-même, pour son environnement social et pour l'ensemble de la population. Pour plusieurs, la RdM est donc une pratique ou une politique d'intervention qui vise à réduire les conséquences d'un comportement à risques. Ainsi comprise, la RdM ne vise pas à réduire les risques proprement dits, mais bien leurs conséquences nuisibles sur la santé de l'individu et la société.

Un programme d'échange de seringues qui vise la réduction de la transmission d'infections, et non l'usage de drogues injectables, entrerait dans cette définition. Il en va de même pour un programme tel Opération Nez rouge, qui fait la prévention des accidents de la route induits par la conduite en état d'ébriété, et non de la consommation d'alcool.

Mais de quels méfaits s'agit-il ? Les dommages découlant de comportements à risques peuvent être d'ordre sanitaire et se traduire par une hausse de la mortalité, un accroissement de la morbidité ou la survenue ou l'aggravation de handicaps. Ils peuvent aussi relever d'enjeux sociaux et, par exemple, porter atteinte à l'ordre et à la sécurité publics, conduire à la marginalisation, à l'étiquetage social ou à la discrimination. Les conséquences de comportements à risques peuvent aussi être économiques et engendrer des coûts pour le système public de santé, mais aussi causer une baisse de productivité chez des travailleurs. On peut alors se demander si la RdM devrait s'appliquer à tous ces types de méfaits ou si seuls les effets nuisibles pour la santé, individuelle ou publique, auraient l'apanage de l'approche. La question soulève celle de la définition de la santé et de ses dimensions sociales. La santé est-elle concevable aujourd'hui sans référence à ses déterminants sociaux, économiques et culturels ? La santé publique ne peut faire abstraction des enjeux sociaux des problématiques de santé sur lesquelles elle se penche. Par ailleurs, comme le défend Bigler (2005), la RdM peut certainement s'inscrire comme modèle de pratique et de prévention tout autant en travail social qu'en intervention de santé publique. Distinguer les dimensions sanitaires et sociales des méfaits d'un comportement à risques peut se discuter. Cependant, les participants à l'atelier étaient d'accord pour

ne pas cantonner l'approche de RdM au seul champ de la toxicomanie et de l'ouvrir à d'autres domaines d'application.

La RdM ainsi définie somme toute assez largement devient-elle une panacée ? Un fourre-tout ? Voire un prêt-à-penser, incapable de recevoir toute critique ? Loin de là : l'approche de RdM est source de tensions au sein de la société, tout autant que de débats vigoureux entre ceux qui la défendent et ceux qui la réfutent. Si les valeurs sur lesquelles elle se fonde sont acceptées et les avantages de sa mise en œuvre reconnus, il n'en demeure pas moins qu'on lui reconnaît plusieurs limites. Ainsi sa pertinence peut sembler discutable et d'aucuns pourraient lui préférer le développement de mesures visant la réduction des inégalités sociales et de santé qui sont à l'origine de bien des comportements à risques[4]. Ensuite, ses fondements reposent sur une certaine ambiguïté : Quels sont les méfaits que l'approche cherche à réduire ? Jusqu'où tolérer des comportements dangereux, répréhensibles, voire illégaux, sans faire preuve de complaisance envers eux et sans banaliser leur gravité ? Et puis les interventions, soutiens et services mis en œuvre selon l'approche de RdM soulèvent à leur tour des enjeux particuliers liés aux valeurs d'une société, à l'environnement et au contexte légal et sociopolitique dans lesquels ils s'inscrivent. Ne remettent-ils pas en question l'organisation et les ressources du système de santé et de services sociaux local au sein duquel ils sont déployés ? De même, à l'évidence, ils engendrent des tensions dans les organismes ou les institutions qui les accueillent et chez les personnes qui les offrent (tensions entre les valeurs institutionnelles, personnelles et professionnelles, par exemple) ou celles qui en bénéficient.

DU CARACTÈRE RÉPRÉHENSIBLE D'UN COMPORTEMENT À RISQUE

La RdM est née dans un contexte de prohibition de la consommation de drogue. Elle s'est présentée comme un complément, et non une alternative radicale et incompatible à la loi qui soutenait la répression et la coercition, parce que la volonté et la capacité sociale de changer cette loi étaient limitées. Aujourd'hui encore, au Canada, la loi ne favorise pas l'offre d'aide aux consommateurs de drogues les plus marginalisés. Est-ce à dire pour autant que toute intervention de RdM va à l'encontre de la loi ? Ou ne s'adresse qu'à des comportements illicites ou illégaux ? Les dommages auxquels réfère la RdM découlent-ils, par définition, de pratiques illicites ?

4. Notons que ce type de mesures et les programmes de réduction des méfaits ne sont pas incompatibles.

Il semble y avoir consensus parmi les participants de l'atelier pour affirmer que la RdM n'aurait pas lieu d'être pour les gestes du domaine de la criminalité, de la délinquance ou de la violence, etc., qui viseraient à nuire à autrui délibérément. Elle ne devrait s'appliquer qu'au seul registre, limité, des comportements marginalisés, stigmatisés ou criminalisés qui *n'ont pas pour but de porter préjudice à autrui*, même s'ils sont souvent punis par la loi comme le sont le travail du sexe, l'itinérance ou la conduite avec facultés affaiblies[5]. En effet, dans un pays comme le Canada, « le droit criminel a une fonction paternaliste qui justifie la restriction des droits individuels de manière à préserver l'ordre social et à protéger les individus des préjudices qu'ils pourraient se causer à eux-mêmes. Donc, l'État a le droit de restreindre l'accès aux drogues, par la force s'il le faut, pour empêcher les individus de se faire du tort et d'en faire à la société » (Hathaway, 2001). Les commissaires ayant participé à la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, ou Commission Le Dain, dans les années 1970, ont longuement débattu du rôle que les gouvernements et les tribunaux devraient jouer dans l'interdiction et la réglementation de l'usage et de la distribution des drogues. Notons que si la majorité d'entre eux agréaient cette vision, Marie-Andrée Bertrand, fervente d'un certain libéralisme moral, la réfutait, au nom du respect des droits de la personne[6]. L'État légifère donc, pour prévenir le tort à soi-même, considéré comme un crime moral. Il en va ainsi également de l'avortement, de l'euthanasie ou de la pornographie. Si les conséquences de certains gestes, permis par ailleurs, peuvent nuire à autrui, elles sont également ciblées par le Code pénal. Ainsi, s'il est permis de boire de l'alcool, un accident de la route commis en état d'ébriété est puni comme un crime. Les interventions de type RdM seraient réservées aux seuls comportements nuisibles à l'individu concerné, même si l'on sait très bien que le tort à soi-même a des répercussions sociales, aussi légalement autorisé soit-il.

Les méfaits visés par l'approche sont donc d'abord ceux qui concernent l'individu ayant un comportement à risques. Mais ces comportements à risques représentent aussi des problématiques socialement discutables qui interpellent la *tolérance* des intervenants et de l'ensemble de la société, et ce, que les comportements soient plus ou moins légalement, socialement ou

5. Encore que, dans ce dernier cas, une plus grande probabilité de nuire à autrui puisse être évoquée.

6. Sur les drogues et les droits de la personne, voir la position de Marie-Andrée Bertrand (1992).

moralement répréhensibles, comme la consommation de drogues illicites ou le refus de quitter un conjoint violent.

Cependant, cette façon de considérer en priorité les méfaits plutôt que le risque nous interpelle à plusieurs niveaux. D'abord, un programme de RdM vise-t-il le bien des seuls individus, souvent vulnérables, qui prennent des risques ou bien celui de l'ensemble de membres d'une population que l'on cherche à protéger de ces mêmes risques ? Certainement les deux à la fois. Rappelons que les premiers programmes d'échange de seringues ont été mis en place à Amsterdam à la demande des usagers de drogues injectables afin de réduire la transmission du sida parmi eux, et par là même diminuer le risque de propagation du VIH dans la population générale. L'approche de RdM se distingue des approches préventives plus classiques non pas par son action ciblant un individu, commune à d'autres approches, mais plutôt par son « pragmatisme à visage humain » qui reconnaît le caractère inéluctable du comportement à risques répréhensible, le tolère et tente d'en limiter les méfaits individuels et collectifs.

Et encore, les interventions de RdM nous conduiraient-elles à distinguer les *bons déviants*, ceux qui par exemple font appel aux services de Nez rouge pour bénéficier des services de raccompagnement, des *mauvais déviants,* qui ne répondent pas aux injonctions de la prévention responsable ? Ou au contraire, les déviants les plus méritants, qui bénéficieraient de la RdM, seraient-ils favorisés au détriment des mauvais qui ne la mériteraient pas et passeraient par la filière pénale pour avoir causé du tort à autrui ? En pratique, un tel positionnement poserait un problème de taille ! Une intervention visant à rendre moins violent un homme envers sa conjointe, par exemple, n'est-elle pas souvent préférable à une intervention judiciaire dont lui-même et ses proches auraient à pâtir des effets néfastes ? On sait aussi à quel point l'incarcération d'un usager de drogues illicites peut nuire à sa prise en charge sanitaire et psychosociale (Bouthillier *et al.*, 2008). La question se pose tout aussi crûment pour les victimes : ne devrait-on pas éviter de faire la différence entre les *bonnes victimes*, qui se conforment à ce qu'on leur demande, comme quitter un conjoint violent, par exemple, et les *mauvaises victimes*, qui refusent un tel dictat ?

Au bout du compte, on est cependant en droit de douter de la pertinence de juger de tels comportements ou de tels individus. Lorsqu'on intervient en RdM dans le domaine de la toxicomanie, on ne se demande pas si l'usage de drogues par injection est bon ou mauvais. On cherche simplement à réduire les conséquences de la consommation de drogues non pas

dans une perspective morale, mais plutôt dans une optique de santé. Dans le cas particulier de la toxicomanie, aujourd'hui, on ne se demande plus s'il est acceptable socialement, voire légalement, d'appliquer la réduction des méfaits : de totalement *inacceptable*, une telle pratique est progressivement devenue *faisable*. Mais alors ? Avec de tels arguments, un modèle médical ne risque-t-il pas de remplacer un modèle pénal (Brisson, 2011) ? Et puis, sous couvert du pragmatisme de l'approche de RdM, tout jugement moral serait-il malvenu ? Et tout comportement à risques tolérable ?

DE LA TOLÉRANCE

Pour plusieurs, l'approche de RdM s'inscrit dans le contexte d'une santé publique moralisatrice et normative qui définit les bons comportements et qui trace les limites entre le bien et le mal à partir de normes sanitaires promues au rang de normes morales (Massé, 2003). Ainsi, et pour plusieurs, les limites de la RdM se confondent avec celles de la *tolérance* à l'égard des comportements qui ne respectent pas ces normes. En tant que société, quels comportements à risques tolère-t-on ? Le tabagisme, l'alcoolisme ou l'injection de drogues illicites ? La prostitution ? La pédophilie ? Plus un comportement est jugé tolérable, plus il semble acceptable, voire licite, d'agir selon les principes de la RdM. Mais comment définir et s'entendre sur des seuils de tolérance ? Pour la société, les individus, les intervenants ? Par exemple, on ne considère pas sur un même plan l'injection de drogues chez un consommateur de longue date, chez une femme enceinte ou chez un jeune mineur qui s'injecte pour la première fois… La question demeure entière et se pose chaque fois qu'on cherche à implanter une mesure de RdM.

Dans certains milieux, le terme RdM aurait une forte consonance positive et pourrait être utilisé de manière abusive. Ce qui distinguerait une intervention en RdM d'une autre activité de prévention serait d'abord l'*objet* de la tolérance.

Prenons l'exemple d'Opération Nez rouge : les avis sont partagés. Selon que l'on considère la consommation d'alcool ou la conduite en état d'ébriété, les méfaits à considérer et leurs conséquences ne sont pas les mêmes. La consommation d'alcool est tolérée socialement et légalement. La conduite en état d'ébriété, cependant, ne l'est pas. Un même accident sera condamné légalement, mais aussi moralement, si le conducteur responsable a un taux d'alcoolémie supérieur à la norme légalement acceptée. Or, l'Opération Nez rouge consistant à empêcher les personnes de conduire et non de consom-

mer de l'alcool, cette intervention s'inscrit-elle toujours dans une logique de RdM ?

Socialement, la violence conjugale (à risque) est *intolérable*. Et pour plusieurs intervenants auprès de femmes qui en sont victimes, ne pas les orienter vers la sortie de la situation violente est inacceptable. Or, le besoin d'intervenir auprès de ces femmes sur une base humaniste a besoin d'être reconnu au niveau politique et social. En effet, la tolérance de la société envers le *risque* contribue à réduire l'inconfort des intervenants en RdM et inversement. Et on voit bien, dans le domaine de l'usage de drogues illicites, combien peut être source de tension, pour les intervenants, la tolérance envers l'usage de drogues dans les programmes d'échange de seringues ou d'accès à la méthadone et l'intolérance portée par les cadres légaux (Bouthillier *et al.*, 2008).

D'autre part, il faut cesser, à tous les niveaux, de croire que les femmes victimes de violence conjugale sont incapables de gérer les risques auxquels elles s'exposent en retardant la sortie du domicile conjugal. Il est possible de les aider, par différentes interventions, quitte à reporter l'objectif de sortie de la situation à plus tard. C'est ce que propose l'approche de RdM. Par ailleurs, un travail peut être effectué auprès des hommes violents. Il vise l'arrêt de la violence, qui reste intolérable, et leur réhabilitation, la réflexion sur leur misère. Le traitement de ces hommes permet de diminuer les conséquences de la violence. Cependant, il ne s'agit pas ici de RdM, mais plutôt d'un *changement de comportement*.

L'idée de tolérance n'est donc pas systématiquement définie en opposition avec celle des interdits : elles peuvent se décliner sur un même continuum, en complémentarité, tout comme la RdM peut être compatible, voire complémentaire à la répression éventuelle d'un comportement à risque répréhensible. Dans le domaine de la toxicomanie, les modèles suisse, français et québécois se rejoignent sur ce point[7]. Et au niveau politique, les doubles discours prohibition-tolérance sont omniprésents[8].

Pour l'ensemble des participants à l'atelier, le principe de tolérance envers un comportement à risques et socialement répréhensible carac-

7. Voir le texte de Paul-André Lévesque, dans le présent ouvrage et, pour le cas particulier de la France, la synthèse de l'expertise collective de l'Inserm (Inserm, 2010).

8. Voir par exemple le discours prononcé par Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé en France, aux 2e Rencontres nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, organisées par l'Association française de réduction des risques reliés à l'usage de drogues (Bachelot, 2008).

térise donc la RdM et la distingue clairement des approches préventives traditionnelles.

DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS ET DE LEURS ENJEUX

Alors que l'approche préventive traditionnelle de l'usage de substances psychoactives vise la réduction de l'offre et de la demande afin de diminuer l'incidence et la prévalence de l'usage, l'approche de RdM a pour objectif la réduction des risques et des conséquences de l'usage (CPLT, 1999). Avec le temps, la RdM, du moins dans le domaine de la toxicomanie, a dû s'ajuster aux besoins des populations qu'elle ciblait. En matière de toxicomanie, son champ d'action s'est étendu : de la seule prévention secondaire de l'usage de drogues illicites par injection à sa prévention primaire, pour toucher aujourd'hui à la consommation de toute substance psychoactive, y compris légale. Et, en vertu des principes de tolérance et de pragmatisme, les personnes qui consomment de manière *inappropriée* sont incitées à gérer leur consommation plutôt que de s'en priver. Ainsi, la RdM s'est dotée, non sans mal et sans conséquences, de stratégies diverses, variées et complémentaires qui visent à maximiser les options disponibles pour minimiser les méfaits potentiels de comportements à risques dans la vie des personnes (Bigler, 2005). Alors que les méfaits concernés par l'approche sont multidimensionnels, aussi bien de l'ordre du sanitaire que du social ou de la sécurité, ces stratégies ne peuvent pas se cantonner au seul champ sanitaire, mais doivent lui associer les approches sociales et juridiques, et s'intégrer dans une politique globale.

Un objectif affirmé de la RdM est la prévention des effets néfastes découlant de comportements à risques : méfaits biologiques comme les infections ou la mutilation, mais aussi sociaux, tels que l'isolement, le rejet, la marginalisation, l'exclusion, etc. L'approche inclut aussi la prévention du comportement à risques lui-même, comme celle du passage à l'injection ou la promotion de transitions vers des modes d'administration des drogues à moindre risque. Elle comprend également la prise en charge du problème en cause, comme la dépendance aux substances psychoactives et propose le sevrage, la psychothérapie, le traitement de substitution, etc. Elle cherche en outre à joindre activement les personnes marginalisées qui, sans aide, n'utiliseraient pas les services de santé et les services sociaux auxquels ils ont droit. Ainsi donc, par définition, la RdM englobe un large éventail de pratiques de prévention en complémentarité avec d'autres approches.

Depuis ses débuts, la mise en œuvre de la RdM au Québec a soulevé nombre d'enjeux sociopolitiques. Elle a aussi pu avoir quelques effets pervers. Ainsi, certains se demandent si, notamment du fait que les premières mesures de RdM dans le domaine de l'usage des drogues aient été implantées par la santé publique, un ensemble d'actions sociales n'auraient pas été laissées de côté, et si ces mesures n'auraient pas contribué à une médicalisation, ou même à une « sanitarisation » de la prise en charge de problèmes sociaux. Cependant, même si les enjeux sociaux et psychosociaux ont pu être délaissés pendant plusieurs décennies au profit d'actions exclusivement sanitaires, il serait cependant injuste de dire que ces mesures de RdM s'appuyaient essentiellement sur des modèles médicaux. Ces derniers ne sont apparus que plus récemment. On peut d'ailleurs noter à quel point les recherches sur les neurosciences et la génétique ont le vent en poupe actuellement ; il ne faut pas s'étonner que le discours sur l'étiologie de la toxicomanie soit autant axé sur les neurosciences. La toxicomanie est considérée comme une maladie. Et la santé publique propose un éventail de moyens, essentiellement de type médical, pour régler le problème. La RdM n'échappe pas à une telle « biomédicalisation ». Malgré tout, nombre de mesures biologiques et médicales, bien qu'ayant prouvé leur potentiel (Inserm, 2010 ; Strang *et al.*, 2012), restent encore incomprises et mal acceptées par les politiques canadiennes, et demeurent donc peu efficaces.

Actuellement, au Québec, l'ensemble des approches est non seulement médical et pharmacologique, avec la prise en charge des infections[9] ou le traitement de substitution aux opiacés par la méthadone, mais il est aussi psychosocial, intégrant des interventions visant le travail sur l'estime de soi et l'*empowerment*. Et il est social par les efforts déployés pour joindre les usagers dans leur milieu et pour tenir compte de la réalité de leur vécu quotidien. La dimension proprement biomédicale peut être considérée, somme toute, comme relativement marginale, et pour cause : le modèle biomédical comporte des limites et n'est certainement pas la meilleure solution à apporter à un problème aux causes profondément sociales. On peut trouver regrettable néanmoins que les arguments biomédicaux mis de l'avant depuis 5 à 10 ans n'aient conduit à aucune amélioration de l'offre de services. La prescrip-

9. Infections qui sont directement consécutives à la consommation de drogues : hépatites virales B et C, sida, abcès, endocardite, septicémie, ophtalmomycose, tétanos, botulisme, anthrax, etc., et infections liées aux conditions de vie des usagers : hépatites virales B et C, sida, tuberculose et pneumopathies, infections sexuellement transmissibles, etc. (d'après Inserm, 2010).

tion d'héroïne, à titre d'exemple, se heurte toujours à des réticences sociales, morales et politiques bien que des études aient clairement démontré son efficacité.

En fait, au cours du temps et selon les pays, les mesures mises en œuvre pour promouvoir la santé et pour réduire les risques se sont inspirées de plusieurs approches issues tant des sciences sociales que des sciences de la santé. Cette pluralité d'approches est dépendante du contexte social et du degré de médicalisation ou de sanitarisation du bien-être ou de l' « être au monde » dans la société en général, et au sein des institutions de santé publique en particulier. Cette cohabitation résulte aussi du développement du *marché* des services préventifs. Les activités de prévention ont d'abord été centrées sur l'individu et étaient avant tout médicales. Et puis, les approches sociales et environnementales se sont développées. On assiste actuellement à une prise de conscience de ce phénomène. Pour Michel O'Neill (2011), s'il est nécessaire de mettre l'accent sur les actions environnementales, il ne faut cependant pas négliger l'approche individuelle et les interventions médicales. Le Dr. Peter Centre[10] de Vancouver, en Colombie-Britannique, un centre de santé dédié aux personnes vivant avec le VIH, représente un bon exemple de la mixité des approches sociales et médicales : le centre propose aux consommateurs de drogues qui bénéficient de ses services un programme d'injection supervisée. Une telle approche de RdM permet notamment de joindre des personnes qui ne s'adressent habituellement pas aux services de santé et aux services sociaux (Krüsi *et al.*, 2009). Par ailleurs, plusieurs initiatives canadiennes facilitant l'accès au logement et l'intégration communautaire des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de dépendance et qui vivent dans la pauvreté en sont d'autres exemples (Commission de la santé mentale du Canada, 2011).

Ailleurs dans le monde, et en particulier en Europe, les modèles médicaux sont combinés aux approches psychosociales. Plusieurs organisations, telle l'Inserm, en France, prônent l'intégration de la politique de RdM dans une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé et une plus grande cohérence entre les différentes politiques publiques sanitaires, sociales mais aussi pénales, en vue d'une meilleure efficacité de la stratégie de réduction des risques liés à l'usage de drogues (Inserm, 2010).

L'approche de RdM est-elle définie comme une démarche de « santé collective » (CPLT, 1999), ou bien dépasse-t-elle le cadre de la santé et des

10. Pour en savoir plus sur le Dr. Peter Centre : <http://www.drpeter.org/>.

services sociaux ? Les discussions des participants de l'atelier confirment la nature fondamentalement pluraliste des niveaux et des modèles d'intervention dans les approches de réduction des méfaits. Mais alors la pratique de la RdM pourrait-elle être étendue à d'autres domaines de l'activité humaine sociale et économique ? Au commerce par exemple ? Aux entreprises qui veulent améliorer leurs profits, tout en réduisant les méfaits écologiques de leur exploitation ? La question demeure d'intérêt.

DE L'INTERVENTION ET DES INTERVENANTS

On l'a vu, la RdM peut viser plus que la prévention des méfaits, elle peut aussi avoir pour but la réinsertion sociale de populations marginalisées, telle celle des consommateurs de drogues injectables. La RdM se démarque-t-elle des autres approches préventives par ses visées éducatives, individuelles ou collectives ?

Pour certains participants à l'atelier, la gestion d'un risque comme l'usage des psychotropes en société relèverait non pas de l'autoritarisme répressif, peu efficace, mais plutôt de la capacité de chacun à gérer sa consommation et à exercer sa liberté de manière responsable, sans nuire à autrui. Le succès d'une telle approche serait conditionnel à un jugement prudentiel assez développé chez une population générale éduquée en la matière et ouverte à la tolérance. En pratique, elle pourrait se traduire par la légalisation des drogues, dans une société dont la culture et les consciences se rendraient prêtes à l'accueillir. L'histoire de la prohibition de l'alcool est instructive à cet égard : le Québec a rejeté la prohibition des boissons alcoolisées et a mis en place dès 1920 la Commission des liqueurs du Québec, qui prônait la modération plutôt que l'abstinence, et qui était gérée sur un mode dit responsable. Aujourd'hui, les statistiques sur la consommation d'alcool au Québec sont les plus faibles en Amérique du Nord. Une action éducative responsable dans un contexte de libre accès paraît donc plus profitable à long terme qu'un contexte répressif. Dans un même ordre d'idées, les Pays-Bas permettent l'accès au cannabis pour le « normaliser », le séparer du marché noir et éviter l'accès à des drogues plus dures. Et ce pays compte moins de consommateurs de cannabis que bien d'autres qui préfèrent miser uniquement sur des mesures répressives. Tout le monde s'entend sur l'intérêt et le bien-fondé de l'éducation à la *responsabilisation* et au *jugement* comme condition pour pouvoir vivre avec les risques.

Pourtant, pour d'autres, la RdM n'est pas une mesure éducative. En matière de toxicomanie, l'intervention de RdM ne viserait pas le problème de l'usage de drogues injectables en tant que tel, mais plutôt le partage du matériel d'injection et les conditions sociales dans lesquelles vivent les consommateurs de drogues. De même, l'Opération Nez rouge ne cherche pas à éduquer ceux qui font appel à ses services de raccompagnement, même si elle participe à sensibiliser la population aux risques liés à l'alcool au volant. Elle diminue simplement les risques d'accidents causés par la conduite en état d'ébriété. Bien que d'intérêt certain, et faisant partie de l'ensemble de mesures de RdM à l'œuvre en santé publique, la visée éducative n'est pas retenue comme un critère de définition de l'approche de RdM. La RdM n'est pas, d'abord, une intervention d'éducation à la santé.

L'intervention, sous forme de travail de proximité par exemple, est-elle obligatoire dans une approche de RdM ? La nature elle-même de l'intervention contribue-t-elle à sa définition ? Peut-être pas. Ainsi, pour certains, la machine distributrice de matériel d'injection représente « l'incarnation la plus achevée » d'une mesure de RdM, dans la mesure où elle permet de réduire la transmission virale sans chercher absolument à éliminer l'usage de drogues. D'autres, en revanche, ne conçoivent pas que les personnes puissent avoir accès au matériel d'injection sans l'accompagnement d'un intervenant. L'intervention est alors proposée, parfois même imposée comme prérequis à l'accès au matériel d'injection. L'intervenant et la personne qui bénéficie de l'intervention négocient les termes de l'accès au matériel. L'intervention est alors bien différente d'une mesure de prévention des risques « ordinaire », telle que le port du casque de vélo ou encore Opération Nez rouge.

Mais pour quelles raisons l'intervention d'accompagnement serait-elle obligatoire ? Que fait l'intervenant, exactement ? Ne vise-t-il pas ultimement la sortie de ce comportement ? Le cas échéant, une telle intervention peut représenter, pour certains, une forme de contrôle social. Et la RdM ainsi conçue serait à risque de devenir une idéologie justifiant un pouvoir que d'aucuns qualifieraient d'abusif[11]. Dans le présent ouvrage, Robert Bastien critique d'ailleurs les différents enjeux de pouvoir associés à la RdM autant au niveau des intervenants que des professionnels de santé publique et des décideurs politiques.

Mais, à vrai dire, n'est-ce pas accorder trop de poids au rôle de l'intervenant que de lui prêter un tel pouvoir ? Son incidence dans la vie des

11. Voir à ce sujet et pour exemple l'article de Marie-Ève Bouthillier *et al.* (2008).

personnes auprès desquelles il opère est certes importante, mais il n'est pas le seul en cause.

Des valeurs de l'intervention

Il est apparu clairement pour les participants à l'atelier que la RdM pourrait reposer fondamentalement sur certaines valeurs particulières et, de même, que l'une des sources de motivation des intervenants en RdM serait d'*ordre moral* et relèverait du désir de *bienfaisance* des intervenants. La bienfaisance s'inscrit parmi les valeurs positives qui se situent au fondement de l'intervention visant la RdM et qui se déclinent, selon le contexte ou l'intensité, en sollicitude, empathie, solidarité et appellent à une responsabilité partagée. En fait, selon les participants à l'atelier, l'intervention en RdM se démarquerait d'autres approches préventives par l'importance centrale que prennent les valeurs de sollicitude, d'empathie et de responsabilité partagée. Elle soulèverait aussi nombre de nouveaux enjeux d'ordre éthique[12].

Sollicitude

La valeur de sollicitude sous-entend le souci de l'autre et de son bien-être. La relation établie avec l'autre comme soi-même et la prise de conscience de nos différences, notamment les différences de pouvoirs, est à la base de la sollicitude. Cette dernière peut s'exprimer dans les échanges entre deux sujets moraux ayant leur propre autonomie, leur propre façon de voir la vie et de comprendre le sens de l'existence. Son risque ou sa limite se révèle dans le masquage d'une attitude moralisatrice qui s'exprime par le désir de changer l'autre, d'intervenir pour améliorer ses conditions de vie, de le voir enfin « se prendre en main ». En effet, un tel désir présuppose que la personne qui décide de consommer des drogues, ou de demeurer dans une relation violente, n'est pas totalement autonome.

La sollicitude est une valeur proche du *caring,* qui présuppose une attitude humaniste. Mais la sollicitude comme le *caring* ont pour limites le paternalisme compassionnel. Elles se confrontent au respect de l'autonomie de l'autre, avec toutes les nuances et les limites de ce que l'on entend par autonomie. En effet, il n'est pas facile d'accepter que l'autre s'enlise consciemment dans ses pratiques à risques, refuse un traitement qui pourrait prolonger sa vie, décline les services offerts, etc. Cela peut être particulièrement pénible

12. *Ibid.*

pour les soignants et les intervenants qui se sentent impuissants, au point de générer une certaine détresse professionnelle. L'exemple de la machine distributrice de matériel d'injection stérile est parlant : les intervenants, habités par cette sollicitude, ne veulent pas être considérés uniquement comme des distributeurs de seringues, et ce, même s'ils sont conscients que, derrière leur motivation demeure une certaine part de moralisation.

Empathie et réciprocité

La réflexion sur l'éthique clinique et notamment sur l'éthique de l'intervention repose sur la prise de conscience de l'inégalité et du manque de réciprocité dans la relation entre le soignant ou l'intervenant et le bénéficiaire de ses services et, corrélativement, du souci de rétablir une certaine égalité de dialogue et de pouvoir entre les deux personnes. Cette réflexion conduit à redonner autant que possible, à la personne vulnérable, les moyens d'intervenir comme agent de sa propre existence, comme interlocuteur valable, quelle que soit sa perte d'autonomie. L'asymétrie de la relation est quelque peu compensée par les normes, les codes de déontologie qui guident le soignant ou l'intervenant dans sa relation à l'autre et l'incitent à lui montrer tout le respect qu'il lui doit.

Responsabilité

La responsabilité est le pendant de la sollicitude. Elle représente également une limite de la tolérance. Dans le cadre de la relation entre le soignant ou l'intervenant et la personne qui bénéficie de ses services, la responsabilité est partagée. Elle impose au soignant ou à l'intervenant de respecter son engagement dans la relation à l'autre. Cela ne signifie pas que les professionnels de la santé soient responsables, ou doivent être tenus responsables, du bien-être de leurs patients. Il leur est au contraire nécessaire de faire preuve d'humilité et de prendre conscience de leurs propres limites. Inversement, et à l'autre extrême, un professionnel n'est pas un simple fournisseur de services auquel il suffirait de s'adresser pour obtenir un service ou un traitement (ex. magasinage pour un médicament). La relation à l'autre impose au professionnel de connaître ses propres limites et de les accepter, et d'admettre aussi que le bénéficiaire de ses services ne suivra qu'une partie de ses recommandations. Cela demande, par exemple, de respecter la décision de l'autre tout en restant responsable, et tout en assumant ses devoirs de professionnel. Accepter une décision néfaste pour le soigné, au nom du respect

de son autonomie, ne suffit pas. Le soignant doit s'assurer que la décision est fondée, en discuter plus avant, accompagner (ex. devoir de non-abandon). La responsabilité de l'intervenant suppose la recherche de celle de l'autre, voire son imposition, en lui demandant de devenir autonome et responsable socialement et individuellement. Le bénéficiaire, quant à lui, a la responsabilité d'assumer ses gestes et ses décisions (ex : accepter les risques qu'il prend en écourtant la prise d'antibiotiques). Ainsi, si l'individu a le droit de faire un mauvais choix, les professionnels ont la responsabilité d'avoir une approche réflexive, autour de la tolérance, la sollicitude et l'empathie, fondée sur un idéal de pratique mise en perspective avec la réalité.

On ne saurait trop insister sur l'importance de la formation des professionnels de la santé et des services sociaux aux limites de la relation avec la personne qui les consulte. Et sur la part de responsabilité qu'a également la société : celle de former les professionnels et de leur donner les outils leur permettant d'intervenir auprès de personnes extrêmement vulnérables confrontées à leur propre impuissance… au risque de les faire souffrir d'une « mauvaise fatigue » (Loriol, 2002). Dans le cas de la violence conjugale, l'approche de RdM (plutôt que la sortie de la relation violente) pourrait permettre d'alléger l'impuissance ressentie par les intervenantes, le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion.

Sur le plan professionnel, une telle responsabilité et une telle empathie nécessitent que l'intervenant développe des capacités de « se regarder soi-même », qu'il soit conscient de son rôle et de sa représentation de l'autre, ainsi que de la distance qu'il met entre lui et l'autre. Cette responsabilité fait appel à la solidarité envers des êtres humains qui vivent des choses difficiles qui interpellent et dérangent. Disposer des outils permettant d'entrer en relation avec ces personnes et les amener à se développer socialement, sans s'arrêter à leur faire simplement assumer leurs décisions, c'est faire montre de responsabilité, du moins en partie.

En pratique, et concrètement, il n'est pas facile d'appliquer ces concepts d'empathie, ni même de responsabilité. Entre penser qu'il faut agir et agir concrètement, il faut reconnaître qu'il y a un fossé. La situation dans laquelle se trouve l'intervenant social ou de santé publique qui agit en RdM n'est pas dénuée d'ambiguïté. En prendre conscience peut l'aider à prendre les moyens utiles pour réduire la part de « perversité » qui pourrait résulter de ses pratiques (Bourgeault, 2003).

DES POPULATIONS CONCERNÉES

La façon dont sont perçues les personnes visées par la RdM, usagers de drogues, femmes victimes de violence ou jeunes femmes exposées à l'excision, dépend des valeurs dominantes dans la société dans laquelle elles vivent. Et de cette perception résultent le soutien qui leur est apporté et la façon dont elles-mêmes s'organisent.

De la vulnérabilité

Est-ce que la RdM s'adresse uniquement et en dernier recours à des personnes vulnérables ? De fait, pour certains participants, la RdM est une mesure de dernier recours : la personne est, pour le dire brutalement, dans la voie de l'irréparable. Pour que la RdM s'applique, le comportement à risque doit avoir un retentissement important sur sa vie.

Pour d'autres, en revanche, ce critère de détresse n'est pas obligatoire. La prévention doit se faire auprès de tous les consommateurs de drogue, où qu'ils soient rendus dans leur parcours. Certains d'entre eux consomment d'ailleurs sans être dépendants. Mais tous courent des risques et les conséquences de leurs comportements doivent être limitées. Pour les tenants de cet argument, le port du casque de vélo relève de la RdM, tout autant que l'échauffement avant le *break dance*.

Du concept d'autonomisation

La RdM cherche à rendre leur autonomie aux individus qu'elle cible afin qu'ils puissent « développer les moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements – ainsi qu'aux contrôles publics exercés sur ces comportements – pour eux-mêmes, leur entourage et la société ; sur le plan physique, psychologique et social » (Brisson, 2011). Mais le développement de l'autonomie des individus, soit celui de leur compétence à consommer en minimisant les effets nuisibles, est-il un objectif inhérent aux approches de RdM ?

Cette autonomie se décline en plusieurs concepts à la tête desquels figure l'*empowerment* ou autonomisation. L'autonomisation de l'individu ciblé par la RdM, de l'usager de drogue ou encore de la femme victime de violence conjugale qui demeure dans une relation violente, est encouragée par la démarche humaniste de la RdM. Cependant, comme le souligne fort à

propos Paul-André Lévesque dans le présent ouvrage, cette autonomisation n'est pas dénuée de risques de dérapage ni de sous-entendus.

Mais comment devient-on autonome, par exemple lorsque l'on est sans le sou et à la merci des policiers ? Est-il légitime de demander à des gens de se comporter en citoyens responsables alors qu'ils n'en ont pas les moyens ni sociaux ni économiques ? Dans certains centres ou organismes communautaires québécois offrant des services aux consommateurs de drogues injectables, on encourage le travail sur soi, on mise sur le potentiel de l'individu à s'en sortir, à s'insérer dans la société. Cette façon de voir relève d'une vision néolibérale : l'individu doit se prendre en charge. On peut se demander quel en est l'effet et que deviennent les personnes qui bénéficient de ces services depuis des années. À notre connaissance, aucune analyse n'a été effectuée sur cette question. D'un autre côté, chercher à joindre ces personnes sous prétexte que certaines, parmi les plus défavorisées, ont des comportements à risque ayant des effets sur elles-mêmes, leur entourage et la société, et distinguer ainsi celles qui ne se comportent pas comme des citoyens responsables, ne laisserait-il pas sous-entendre que les personnes qui sont l'objet d'interventions de RdM ne sont pas des agents de leur propre santé ? Or au sein de plusieurs sous-groupes, elles ont montré à plusieurs reprises qu'elles étaient responsables, individuellement et collectivement. Ainsi, les usagers de drogues du Nord de l'Europe se sont regroupés pour prendre la parole et défendre leurs droits dès les années 1980, au début de l'épidémie d'hépatite B : les Pays-Bas ont vu naître en 1984 le *Junkie-Bound*, une association d'usagers d'héroïne, à Rotterdam. Au Québec, le mouvement d'autonomisation a été plus tardif et a abouti à la création d'un organisme communautaire reconnu : l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ). Plusieurs associations d'utilisateurs de drogues injectables au Québec, en Colombie-Britannique ou aux Pays-Bas ne sont-elles pas à l'origine de revendications en faveur de la mise en place de services d'injection supervisée ? Les raisons de ces revendications ne sont pas seulement individuelles, déterminées par le souci de la propre santé de chaque individu, mais elles sont aussi sociales, motivées par les relations que les utilisateurs de drogues injectables entretiennent avec les autres, dans l'espace social. Les témoignages recueillis par Nicolas Carrier et Pierre Lauzon (Carrier et Lauzon, 2003) le montrent bien. Bien entendu, selon les époques et les lieux, les associations d'utilisateurs de drogues injectables ne sont pas toujours les premières à demander la supervision de l'injection, ou d'autres mesures de RdM ; ce sont plutôt les acteurs de la santé publique. Elles sont cependant très souvent parties prenantes. En France,

par exemple, la RdM[13] est intégrée à la loi de santé publique, votée par l'Assemblée nationale (Inserm, 2010). L'Association française de la réduction des risques regroupe des professionnels, des chercheurs, des promoteurs de la RdM, ainsi que l'Autosupport des usagers de drogue (ASUD).

Mais s'organiser en association et participer au débat public signifie-t-il être autonome et responsable dans son vécu quotidien ? Ce n'est certainement pas le seul moyen de reconnaître l'autonomie des personnes ! La participation publique n'est pas le garant suprême de l'autonomie et de l'habilitation de chacun à gérer sa vie personnelle. Il n'empêche toutefois que les utilisateurs de drogues injectables, regroupés en associations et dont l'autonomisation est développée, représentent de futurs agents de changement. L'ADDICQ est composée de plusieurs centaines de citoyens, des gens de la rue qui s'organisent, se structurent, prennent la parole et revendiquent. Ils représentent une force vive qui doit pouvoir participer aux débats.

Par ailleurs, être autonome signifie se conduire selon sa propre loi, ce qui implique d'avoir maîtrisé les lois et les balises qui existent pour pouvoir les respecter, puis exercer un jugement. Exercer son autonomie nécessite un *apprentissage*. Comment parler d'autonomisation et de soi autonome avec des gens qui doivent d'abord être pris en charge ? Pour être des agents d'influence et de changement, il faut avant tout s'interroger sur sa propre autonomie… et ses propres dépendances. D'ailleurs, certaines personnes y parviennent et se démarquent de leurs pairs : que l'on pense à d'anciens criminels ou toxicomanes réhabilités et devenus des mentors et des modèles.

Enfin, l'autonomie des individus ciblés par la RdM, pour pouvoir s'exprimer, doit être respectée, en particulier par ceux qui interviennent auprès d'elles, sur le terrain. Ceux-ci visent le bien des personnes. Pour autant respectent-ils toujours leur autonomie ? Comme on l'a déjà abordé plus haut, la relation entre un intervenant et la personne qu'il accompagne n'est ni facile, ni dénuée d'enjeux. Il est pénible de voir l'autre s'autodétruire et de le laisser faire au nom du respect de son autonomie... Les valeurs de tolérance et de responsabilité, notamment, viennent limiter la portée de l'autonomie et la nuancer pour rééquilibrer l'action.

13. Dite « réduction des risques ».

CONCLUSION

Quels sont les critères retenus par les participants à l'atelier qui permettraient de définir l'approche de RdM ? La question est plus complexe qu'elle n'y paraît et pour cause… Elle soulève enjeux et passions !

On s'entend sur la visée de l'approche : réduire les méfaits de comportements à risque. Ces méfaits peuvent être sociaux, économiques ou sanitaires. Ces comportements peuvent être répréhensibles et même illégaux… ou pas. Mais ils dérangent le plus souvent socialement, voire moralement. Et pour être appréhendés et faire l'objet de l'approche de RdM, ils doivent être tolérés… un peu, beaucoup, jusqu'où ? Ils doivent être tolérés par les intervenants sociaux ou de santé publique, convaincus, motivés, capables de faire preuve de sollicitude et d'empathie envers ceux qui ont besoin de leur soutien et avec qui ils partagent la responsabilité de la relation. Les comportements à risques doivent aussi être tolérés par les autres, ceux qui constituent la société dans son ensemble et qui influencent ces politiques publiques nécessaires à l'étendue du champ d'application de la RdM, de la simple mesure de prévention à la philosophie d'intervention. La tolérance envers les comportements à risques caractérise l'approche de la RdM et la distingue d'autres mesures de prévention.

Les critères de définition restent larges et leurs frontières floues. Ils appellent à un questionnement permanent, au débat entre tous : la société, les intervenants et les populations concernées par les mesures de RdM, à la recherche du « juste milieu » cher à Aristote, et afin qu'il soit possible de toujours « faire plus et mieux » (Bourgeault, 2011).

RÉFÉRENCES

Bachelot R., 2008, Discours, 2es Rencontres nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, organisées par l'Association française de réduction des risques reliés à l'usage de drogues, [En ligne], <http://www.dailymotion.com/video/x9d4s0_rdr-2008-roselyne-bachelot-ministre_news>, site consulté le 21 juin 2012.

Bertrand M.-A., 1992, « La situation en Amérique du Nord » : 111-129, dans F. Caballero, *Drogues et droits de l'homme*, Paris, Labor, Delagrange.

Bigler M., 2005, « Harm reduction as a practice and prevention model for social work », *The Journal of the Baccalaureat Social Work*, 10, 2 : 69-86.

Bourgeault G., 2003, « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? », *Nouvelles pratiques sociales*, 16, 2 : 92-105.

Bourgeault G., 2011, *La vie ne va pas sans risques ni méfaits. L'éthique doit en prendre acte – comment ?*, Document préparatoire à l'atelier « Éthique et réduction des méfaits » organisé par l'axe « Éthique et santé publique » du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 8 avril 2011, Mont-Saint-Hilaire, Québec (non publié).

Bouthillier M.-E., Demers A., Bastien R. et H. Doucet, 2008, « Problèmes éthiques liés à des pratiques d'échange de seringues et d'accès à la méthadone », *Drogues, santé et société*, 7, 2 : 47-80.

Brisson P., 2011, *La réduction des méfaits au seuil de ses trente années d'existence : origine, évolution et controverses*, présentation orale, atelier « Éthique et réduction des méfaits » organisé par l'axe « Éthique et santé publique » du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 8 avril 2011, Mont-Saint-Hilaire, Québec (non publié).

Carrier N. et P. Lauzon, 2003, « Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle des lieux d'injection de drogues illicites à Montréal », *Drogues, santé et société*, 2, 1, 30 pages.

Commission de la santé mentale du Canada, 2011, Rapport « Turning the key » – Le logement : la clé du rétablissement – Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale, [En ligne], <www.mentalhealthcommission.ca>, site consulté le 24 juin 2012.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), 1999, *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Québec, Gouvernement du Québec.

Hathaway A., 2001, *Les droits conférés par la Charte aux usagers de drogues canadiens : évaluation constitutionnelle du procès et de l'arrêt Clay* – Comité spécial sur les drogues illicites, 37e législature, 1re session – Parlement du Canada, [En ligne], <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/presentation/hathaway1-f.htm>, site consulté le 21 juin 2012.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 2010, « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues – Synthèse et recommandations », Expertise collective, Paris, France, Les éditions Inserm, 2010.

Krüsi A., Small W., Wood E. et T. Kerr, 2009, « An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals : A qualitative evaluation », *AIDS Care*, 21, 5 : 638-644.

Le Petit Larousse illustré 2006, Paris, France, Éditions Larousse.

Loriol M., 2002, « "Mauvaise fatigue" et contrôle de soi : une approche sociohistorique », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTES)*, 4, 1, [En ligne],

<http://www.pistes.uqam.ca/v4n1/articles/v4n1a5.htm>, site consulté le 21 juin 2012.

Massé R., 2003, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval.

O'Neill M., 2011, Entrevue accordée au Bureau de soutien à la communication en santé publique, [En ligne], <http://www.espacecom.qc.ca/s-inspirer/lectures-rencontres/Rencontre__Michel_O_Neill_expert_promo_sante.aspx>, site consulté le 24 juin 2012.

Strang J., Groshkova T. et N. Metrebian, 2012, *New Heroin-assisted Treatment – Recent Evidence and Current Practices of Supervised Injectable Heroin Treatment in Europe and Beyond*, EMCDDA, Lisbon, April 2012.

Sites Internet

Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ), <http://linjecteur.ca/addicq/index.html>

Autosupport des usagers de drogue (ASUD), <http://www.asud.org/>

Axe « Éthique et santé publique » du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), <http://www.santepop.qc.ca/fr/axesstrategiques/ethiquesp.html>

Dr. Peter Centre. <http://www.drpeter.org/>

Opération Nez rouge, <http://operationnezrouge.com/fr/accueil.html>

Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale

Raymond Massé
Département d'anthropologie, Université Laval

Les approches préventives dites de réduction des méfaits (RdM) se sont imposées au cours des dernières décennies comme une composante incontournable de l'éventail des stratégies préventives en santé publique. De par leur tolérance intrinsèque à l'égard des comportements à risque lourdement critiqués, voire stigmatisés, par la population générale, certains la présentent comme une alternative aux interventions classiques jugées agressives et paternalistes. Mais, nous demanderons-nous d'abord ici, ces approches réussissent-elles à s'affranchir des enjeux éthiques classiques réputés être associés aux interventions de santé publique ? Réussissent-elles à se démarquer de l'image d'une santé publique vue comme entreprise de moralisation des habitudes de vie et comportements à risques ? De par ses prétentions à ne viser que la seule réduction des conséquences associées aux pratiques à risques, et non à la disparition (jugée utopique) de ces pratiques, certains des pionniers de la RdM l'ont présentée comme une approche « pragmatique », axée sur les seules retombées en termes de morbidité et de mortalité pour les usagers de drogues et la population générale. Or une telle stratégie justificative est-elle la mieux adaptée pour défendre ces approches ou, au contraire, comme le proposent plusieurs éthiciens au cours de la dernière décennie, devrions-nous laisser de côté ces prétentions à la neutralité des fondements en valeurs (neutralité axiologique) pour adopter une justification proprement éthique mettant de l'avant les valeurs de compassion, de justice et de tolérance sur lesquelles elles reposent ? Après un

rappel des contributions spécifiques des éthiques pragmatistes et utilitariste à la justification éthique de la RdM, et un retour sur les débats autour de la réduction des méfaits comme approche « moralement neutre », le présent texte soutient que la RdM sera mieux défendue comme approche moralement engagée. Toutefois, si la justice sociale doit jouer un rôle central, la RdM devra s'arrimer à une conception globale de la justice qui va au-delà de la justice redistributive pour englober plusieurs dimensions complémentaires à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, dont la promotion des compétences et du bien-être des personnes vulnérables concernées.

ENJEUX ÉTHIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE ET EN RÉDUCTION DES MÉFAITS

Critiques de la santé publique

La « nouvelle santé publique » (Tulchinsky et Varavikova, 2010 ; Pettersen et Lupton, 1996) qui a émergé au cours des dernières décennies élargit considérablement le champ des problèmes de santé, des facteurs de risque, des types et niveaux d'intervention. Elle se veut une approche globale intégrant données probantes, leçons des expériences préventives passées, action politique, promotion de saines habitudes de vie, accessibilité aux services de santé et amélioration des conditions sociales. Elle mobilise autant les responsables politiques locaux, nationaux et internationaux que les responsabilités individuelles par rapport à sa propre santé. Par l'ampleur des cibles et des outils mobilisés, cette nouvelle santé publique s'expose donc encore davantage aux critiques de ceux qui en font une entreprise normative sujette aux dérapages en termes de médicalisation du bien-être, de moralisation des comportements à risque pour la santé ou d'obsession de la santé parfaite. Des enjeux éthiques découlent de cette mission dans la mesure où les interventions de prévention, de promotion ou de surveillance de la santé sont à risque d'empiéter sur des valeurs fondamentales partagées par la majorité des citoyens. Certains programmes (ex. liés à la vaccination massive, à l'alimentation, à la sexualité) visent une maîtrise, par l'individu, des comportements et des habitudes de vie qui interfèrent avec la vie privée, l'agentivité (*agency*) des citoyens, la liberté de choix et de l'autonomie dans le processus de décision. D'autres (ex. : lutte à l'obésité, à la violence conjugale, à l'« incompétence » parentale) malmènent la valeur de justice sociale en faisant porter un fardeau disproportionné de la responsabilité (ex. : étiquetage, stigmatisation, discrimination sociales) sur les épaules de certains sous-groupes sociaux

vulnérables. Même si ces interventions sont faites au nom du bien de la population, le résultat net pourrait tout de même en être le non-respect d'un principe de bienfaisance ou de solidarité sociale, deux autres valeurs fondamentales dans l'éthique de la santé publique. Globalement, l'insistance sur l'impératif de gestion d'une liste croissante de « facteurs de risque » de comportements ou d'habitudes de vie s'inscrirait, obstinément, avec un zèle marqué, dans une lutte sans merci avec les risques évitables ou tout au moins leur domestication (Buchanan, 2000 ; Massé, 2003).

Les interventions qui s'inscrivent dans le cadre de la réduction des méfaits, en opposition avec une telle lutte sans merci contre les pratiques à risque, mettent de l'avant une certaine tolérance envers ces pratiques pour mieux cibler les conséquences négatives sur la santé. Elles prétendent s'affranchir d'une entreprise normative pour adopter une approche à prétention « pragmatique » apte à produire à court terme des conséquences positives sur la santé du public. En focalisant sur le seul évitement des méfaits, elle accepte implicitement une certaine dose de désespérance créative face aux idéaux sanitaires, de tolérance face à l'inévitable et d'humanisme dans le soutien à ceux qui peinent à s'affranchir de conditions de vie à risque. Mais la RdM réussit-elle pour autant à s'affranchir des enjeux éthiques classiques ?

L'approche de réduction des méfaits : enjeux éthiques

Les pratiques visant la réduction (ou la minimisation) des méfaits conçoivent les « méfaits » en tant que conséquences négatives d'un comportement donné (ex. : prostitution, consommation de drogues) sur l'individu lui-même et sur la société. Elles suggèrent une mise entre parenthèses de tout interventionnisme visant la prohibition et tout jugement moral sur les individus s'exposant, volontairement ou sous coercition partielle, aux risques. Ces interventions seront sensibles aux conditions concrètes d'existence et reposeront sur une attitude compassionnelle envers des individus désormais considérés comme limités dans leurs capacités à s'affranchir des pratiques, habitudes et conditions de vie qui leur seraient néfastes. Dans les exemples classiques que sont la distribution aux toxicomanes de seringues propres et l'établissement de sites d'injection supervisée, l'objectif de la santé publique n'est plus la diminution du nombre de toxicomanes, mais la diminution des risques associés à la consommation de drogues injectables. Pour être plus précis, on entend par RdM non pas des mesures générales visant, par exemple, la réduction des conséquences négatives de l'usage de drogues, incluant la lutte au commerce de la drogue, mais « toutes mesures spécifiques visant

la prévention des conséquences néfastes de l'usage de la drogue mais sans viser à interférer avec la consommation de drogue » (Kleinig, 2008 : 3).

Toutefois, bien que les valeurs interpellées ici soient la tolérance, la compassion, la justice sociale, encadrées par une éthique humaniste, et bien que la RdM s'inscrive en faux contre toute entreprise normative ou moralisatrice des pratiques à risque, il n'en résulte pas automatiquement que son approche soit exempte de problèmes éthiques. L'objectif n'est pas ici d'en établir la liste mais plutôt de souligner les contextes et les niveaux d'intervention dans lesquels ils se déclineront. Pour John Kleinig (2008 : 3-4), des enjeux éthiques peuvent émerger à chacun des trois niveaux suivants, soit ceux a) des méfaits généraux ou spécifiques dont sont victimes les individus engagés eux-mêmes dans des activités à risques ou nuisibles ; (b) des méfaits imposés aux autres soit aux individus qui peuvent être affectés indirectement ou directement, de façon imminente ou à long terme par ceux qui sont engagés dans ces pratiques ; et (c) des coûts sociaux – que ce soit en termes de perte de productivité des victimes des méfaits ou de dépenses sociales en traitement pour ceux dont les conséquences négatives ont été exacerbées par l'activité. Surtout, souligne Kleinig, « la réduction des méfaits peut devenir un problème éthique lorsque le focus est placé de façon disproportionnée sur l'un de ces niveaux aux dépens des autres » (*Ibid.*, p. 4). De même, les enjeux éthiques liés à la RdM se déclineront différemment, pour Fry *et al.*, 2005, selon que l'analyse éthique vise a) les politiques et programmes nationaux de soutien aux populations vulnérables et de gestion des drogues (niveau macro-éthique), b) les cadres normatifs auxquels réfèrent les codes d'éthique des chercheurs et des professionnels engagés (ex. : travailleurs sociaux, médecins, infirmières, professionnels de santé publique) (niveau méso-éthique) ou c) les interventions quotidiennes en recherche ou en prévention (niveau micro-éthique). À ce dernier niveau, des exemples de questions éthiquement sensibles sont celles liées au consentement éclairé des toxicomanes pour la recherche ou l'intervention, aux incitatifs financiers proposés à ces clientèles ou aux seuils de sécurité acceptables pour les communautés où s'expérimente la RdM. Notons encore, à titre de contexte sociomoral, que des enjeux éthiques seront aussi soulevés à travers la façon dont les autorités de santé publique sauront composer avec ce qu'Inciardi et Harrison (2000) considèrent comme une double rectitude morale ; celle d'une partie de la population générale, qui diabolise les consommateurs de drogues et autres « pécheurs séculiers », et celle de « la croisade pour la réduction des méfaits [laquelle] compte une bonne proportion d'extrémistes et de zélotes qui font la promotion d'une approche tout ou rien et qui dénigrent ceux qui ne s'y

engagent pas » (Inciardi et Harrison, 2000 : xvii). Enfin, il ne faut pas oublier que les approches de réduction des méfaits soulèvent des questionnements importants au sein même de la santé publique. Alors que certains professionnels rappellent l'importance de ne pas abdiquer face à la mission de base qui est la diminution de l'exposition aux comportements à risques, d'autres voient dans la RdM une stratégie allant à l'encontre de leurs valeurs personnelles et professionnelles, voire allant à l'encontre d'un consensus social sur l'inacceptabilité de ces pratiques. Les justifications éthiques entrent alors en conflit avec les postures déontologiques.

Une fois conscients de la déclinaison des enjeux éthiques selon ces divers niveaux contextuels, les interventions inspirées de la RdM s'affranchissent-elles des idéaux de gestion rationnelle des modes et habitudes de vie ? Peter Miller (2001) en doute. Dans la foulée de Foucault sur les biopouvoirs, il craint que la RdM continue à faire la promotion de la discipline de soi et de la conformité à des valeurs imposées de l'extérieur à l'individu vulnérable. Même si elles sont moralement neutres en apparence, ces interventions ne feraient que promouvoir des valeurs implicites rendues invisibles du simple fait qu'elles sont largement acceptées et partagées sans débat. Du fait que les valeurs de responsabilité personnelle, d'autocontrôle, d'efficacité, de rationalité, de renforcement de son potentiel personnel n'ont pas la même importance pour les populations ciblées que pour les promoteurs de la RdM, ces interventions risquent d'être perçues comme des techniques de persuasion mobilisées pour atteindre les buts et finalités exogènes, définis en dehors des principaux concernés eux-mêmes. La RdM ne serait-elle qu'une variante trompeuse d'un sanitarisme simplement plus insidieux ? Une version plus douce, mais qui s'inscrirait toujours dans la même perspective d'une gestion des modalités d'accès à la santé parfaite ? En fait, la RdM confronte la santé publique à la question fondamentale des limites de l'idéalisation de la santé parfaite. Pencher pour la minimisation plutôt que pour l'élimination des méfaits nécessite d'accepter l'inévitabilité d'une portion des méfaits et l'irréductibilité d'une propension de l'humain à défier les risques. Mais elle n'appelle que du bout des lèvres à la mise en veilleuse d'un idéalisme sanitaire qui promeut l'idéal d'une élimination totale des risques et d'une santé parfaite.

Encore, il ne faut pas oublier que, comme toute autre approche de santé publique, la RdM doit relever le défi de la pluriethnicité. Si les valeurs de tolérance, de compassion et de respect mentionnées ci-haut sont à risques d'entrer en conflit avec celles partagées par la population générale, *a*

fortiori, elles risquent d'entrer en conflit avec celles des individus qui, au sein de minorités ethniques, ne les partagent pas d'emblée. Considérant que les valeurs morales bousculées par ces approches varient significativement d'un groupe ethnoculturel à l'autre, qu'en est-il de l'acceptabilité éthique de telles interventions en contexte pluriethnique ? Enfin, dans la mesure où nous définissons les enjeux éthiques comme des lieux de confrontation de valeurs fondamentales potentiellement irréconciliables et l'éthique elle-même comme l'entreprise de pondération, d'équilibrage et ultimement, d'arbitrage entre ces valeurs en conflits, les programmes de réduction des méfaits (dans leur grande diversité) soulèvent hors de tout doute des enjeux éthiques. Valeurs de compassion envers les « victimes » **VS** valeur de sécurité des individus et des collectivités. Valeur de tolérance envers des pratiques socialement rejetées **VS** valeurs de promotion de pratiques saines pour la santé. Valeurs d'efficacité en termes de protection contre les méfaits extrêmes sur la santé de minorités vulnérables **VS** valeurs de promotion de « saines » habitudes de vie et de normes sociales défendues par la majorité. Les interventions promues au nom de la RdM prennent le contre-pied des approches normatives et moralisatrices d'une santé publique largement dédiée à la maximisation du rendement préventif des agirs. Mais loin d'éliminer les enjeux éthiques classiques, elles ne font que redéfinir les cadres de leur analyse.

FONDEMENTS UTILITARISTES ET PRAGMATISTES DES ARM

Si, comme nous l'avons vu, les ARM soulèvent leur lot d'enjeux éthiques et ne réussissent que partiellement à s'affranchir des idéaux de la gestion éclairée des risques promus par la santé publique, leur justification théorique alimente plusieurs débats. Se pose, en particulier, la question de l'orientation proprement conséquentialiste ou pragmatique que certains souhaitent adopter comme fondement éthique des ARM. Si, comme le proposent la plupart des textes qui composent le présent ouvrage, la tolérance est au fondement éthique de la RdM, ces axes de justification éthique ne conduiraient-ils pas à une forme de « tolérance utilitariste » ou pragmatique, qui tolère d'abord au nom d'une utilité sanitaire ? En fait, nous demandons-nous ici, l'utilitarisme et le pragmatisme suffisent-ils pour fournir des fondements éthiques à la RdM ? En fait, l'argumentaire de certains de ses défenseurs se construit autour d'une position « pragmatique » qui pourrait se formuler ainsi : « Laissons de côté les débats moraux sur les comportements en cause, et dans l'attente du grand jour où toxicomanie, prostitution et violence disparaîtront de l'éventail des pratiques sociales, préoccupons-nous

concrètement du bien-être des personnes vulnérables et des conséquences immédiates des pratiques en cause. » Par position pratique, on entend alors toute intervention susceptible de prévenir les conséquences directes ou indirectes sur la santé physique, sociale, mentale des individus concernés, de leurs proches et de la communauté. On qualifiera alors cette position en référence à l'acceptation populaire des concepts de « pragmatique » (axée sur l'action, sur le réel vécu) ou d'« utilitariste » (visant l'utilité pratique pour la protection immédiate). Mais est-ce que ces concepts populaires, une fois transposés en théories éthiques, sont toujours pertinents ? Les ARM peuvent-elles et doivent-elles être justifiées par une éthique pragmatique et une éthique utilitariste ? En fait, ni l'une ni l'autre exclusivement, soutiendrons-nous, bien que ces deux approches puissent servir de fondements incontournables à sa justification éthique.

L'utilitarisme

Au-delà de son utilité sur le plan de la santé, qu'en est-il de l'utilité morale des interventions inspirées de la RdM ? Rappelons que l'utilité morale d'une intervention déborde les seules considérations ou acceptations plus restrictives de l'utilité que sont l'efficacité, l'opportunité et l'optimisation du rendement d'une intervention. « Par utilité, [soutient Jeremy Bentham] j'entends, au sein de tout objet, la propriété qui tend à produire un bénéfice, un avantage, un plaisir, un bien ou un bonheur (mots qui, dans ce contexte, signifient la même chose) ou (ce qui revient encore au même) à prévenir l'avènement d'un tort, d'une douleur, d'un mal ou d'un malheur au groupe dont l'intérêt est considéré » (Bentham, 1970 : 12). Pour cela, la santé publique, comme le suggérait Bentham, doit faire la promotion de deux valeurs : la prudence, qui est un devoir envers soi-même, consistant à sacrifier un moindre plaisir à un plaisir plus grand (ex : les plaisirs associés aux comportements à risque au profit de la santé) et la bienveillance, qui est un devoir envers l'autre, et qui consiste à sacrifier son propre plaisir à un plaisir plus grand en termes de nombre de personnes qui en bénéficieront.

John Stuart Mill ajoute que l'utilitarisme repose sur le principe voulant qu'aucune finalité des agirs humains ne puisse être démontrée comme possédant une valeur « ultime ». Par exemple, s'il est clair que le but ultime de la médecine est la santé, rien ne peut prouver que la santé est une finalité plus ultime qu'une autre. « Pour prouver qu'une chose est bonne, il faut nécessairement montrer que cette chose est le moyen d'en atteindre une autre dont on admet sans preuve qu'elle est bonne » (Mill, 1968 [1863] : 42). Les seuls

critères acceptables pour évaluer la moralité d'une action sont donc ceux liés à la maximisation des conséquences positives découlant de cette action. Si les conséquences positives dépassent les conséquences négatives, en nombre et en importance, l'action sera considérée comme moralement défendable. L'évaluation de la moralité des agirs doit donc reposer non sur la nature des buts, mais sur leur analyse en termes de « moyens » pour atteindre le plus grand bonheur pour le plus grand nombre.

La définition de ce « bonheur » a fait l'objet de multiples débats. Minimalement, pour Mill, « par bonheur, on entend le plaisir et l'absence de douleur… » (*Ibid.* : 49). Pour d'autres, l'utilité se mesure à la satisfaction des « préférences », même si la satisfaction de ces préférences va à l'encontre de seuls plaisirs hédonistes. Ou encore, pour ceux défendant un utilitarisme du bien-être (axé sur la mise en place de conditions nécessaires au bien-être), l'utilité est fonction de la satisfaction des « intérêts » globaux de l'individu (voir par exemple Goodin (2000) pour un historique). Bref, l'utilitarisme jugera un programme de santé en fonction du « bien global » qu'il fera à la clientèle visée et à la population générale. Un tel programme sera justifié s'il a un effet, direct ou indirect, actuel ou potentiel, pour un groupe donné. Une action appropriée est celle qui maximise l'utilité (quelle qu'en soit la définition retenue) pour le plus grand nombre de personnes concernées. En accord avec la logique populationnelle de la santé publique, les interventions en RdM devraient donc, pour être éthiques, maximiser le bonheur de tous, même si le bonheur individuel est susceptible d'en souffrir. « Le principe d'utilité (parfois appelé proportionnalité) est d'ailleurs souvent critiqué parce qu'il paraît autoriser que les intérêts de la collectivité priment sur les intérêts et les droits individuels », soulignent toutefois Beauchamp et Childress (1994 : 261). Une éthique de la RdM ne peut donc se ramener aux seuls intérêts individuels. Plutôt, on associera l'utilité au principe de proportionnalité voulant que les conséquences d'une action ne doivent pas, de façon injustifiée, déborder des bienfaits anticipés de l'action pour la communauté. La santé publique répondrait d'ailleurs plus, pour certains, d'une telle éthique conséquentialiste axée sur la maximisation des conséquences positives et la minimisation des conséquences négatives des interventions, voire une éthique « téléologique » axée sur les fins, que d'une éthique déontologique visant le respect de ce qui est jugé moralement bon ou mauvais en soi (Svensson et Sandlund, 1990).

L'utilitarisme moral offre donc une norme « objective » pour juger une action publique donnée (que cette action soit menée par des individus privés

ou des responsables publics) et qui est susceptible d'affecter d'autres personnes que vous-même (Goodin, 2000). L'utilitarisme, souligne Kymlicka (1999), donne des fondements rationnels au jugement éthique. L'avancée du critère conséquentialiste libère le débat des relents de moralisme, en particulier lorsque la société pose des jugements sur l'homosexualité, la toxicomanie, l'alcoolisme sur la base d'un arbitraire moral esthétique fondé sur des conventions socioculturelles. « Le conséquentialisme nous défend [soutient Kymlicka] de formuler de tels interdits […]. Il exige que quiconque condamne un comportement donné démontre que quelqu'un d'autre est lésé par ce comportement, qu'il a des conséquences nuisibles pour la vie d'un tiers » (Kymlicka, 1999 : 19). Le jugement éthique serait libéré du joug du moralisme, des autorités spirituelles, des préjugés et de la superstition.

Les interventions en réduction des méfaits trouvent donc évidemment une source de justification importante dans l'utilitarisme moral. Dans la mesure où il serait démontré que ces interventions permettent de maximiser le bien-être des personnes vulnérables et de la population générale, tout en minimisant les empiétements sur l'autonomie des individus concernés et sur les valeurs partagées par la population, il serait donc éthiquement justifiable de mettre en place ces interventions, tout en évacuant les jugements de valeurs et la moralisation des pratiques visées.

Nous avons suggéré plus haut que la RdM ne réussit que partiellement à prendre ses distances avec le postulat implicite des approches de santé publique voulant que l'individu soit un être rationnel, axé sur une rationalité coût-avantage, et tout dédié à la maximisation des retombées de ses agirs. Or chercher à asseoir la RdM sur l'utilitarisme moral peut conduire aux dérives corollaires d'une rationalité morale. Dans la logique utilitariste, l'individu moral disposerait d'habiletés perceptives et analytiques aptes à alimenter un jugement rationnel sur son « bonheur », voir sur la pondération entre bienfaits et méfaits pavant le chemin vers le « bonheur », les préférences ou les intérêts. L'individu exposé aux pratiques à risque serait alors jugé apte à prendre des décisions rationnelles fondées sur un savoir cumulatif et une analyse réflexive. Pourtant, les conditions concrètes d'existence imposent aux populations vulnérables des limites à l'analyse des risques et des nuisances sanitaires. Pour ces dernières, diverses rationalités alternatives s'entrechoquent, telles les rationalités de sens commun, symboliques ou de conformité sociale (Massé, 1997). L'utilitarisme dans ses fondements suppose un agent moral rationnel, même s'il reconnaît que l'homme n'est pas toujours rationnel et que dans certaines circonstances, il ne peut agir comme un

pur agent moral. Or, comme le rappelle Kleinig, la justification de la RdM par des analyses coût-avantage suppose à tort que « ceux qui commencent à utiliser les drogues, cesserons éventuellement de les utiliser au gré d'un processus de "rétablissement naturel" » (Kleinig, 2004 : 282), ce qui colle peu à la réalité vécue. Il nous faut donc éviter de voir les vulnérables ciblés par les interventions en RdM comme des individus rationnels suivant un processus évolutif logique qui les conduira, progressivement, à travers des expériences vécues difficiles, à recouvrer un mode de vie et des conditions de vie « normales » (Carrier et Quirion, 2003). Bref, pour l'utilitarisme, l'utilité morale ne se résume pas aux résultats des calculs coût-avantage. De même, l'utilitarisme ne nie pas que l'utilité morale puisse constituer, elle-même, une valeur. Mais tout au moins cette approche convie le débat éthique au-delà du processus de moralisation des comportements, au-delà des simples « jugements de valeur ».

L'analyse de l'utilité morale de la RdM doit donc déborder des seules considérations en termes d'utilité pratique pour la santé. La Commission mondiale pour la politique des drogues a d'ailleurs insisté dans son dernier rapport (CMPD, 2011) pour rappeler que les stratégies de guerre à la drogue axées sur la criminalisation et les mesures répressives doivent être remplacées par des approches de réduction des méfaits. Mais tout en reconnaissant les effets positifs de ces dernières sur la transmission du VIH ou la prévalence de décès par surdose, ses interventions réduisent tout autant la demande sur le marché de la drogue, le taux d'activités criminelles, la délinquance et le nombre de consommateurs problématiques. La CMDP conclut d'ailleurs que la RdM est plus apte à adopter une approche humaniste qui considère les consommateurs comme des patients plutôt que comme des criminels. La recherche expérimentale serait, bien sûr, en mesure d'évaluer les coûts et les avantages à retirer des sites d'injection supervisée, d'une approche plus tolérante par rapport aux choix faits par les conjointes violentées ou les jeunes filles exposées aux mutilations sexuelles. Des réponses empiriques, fondées sur des données probantes, seraient accessibles si des moyens suffisants étaient investis. D'ailleurs, tel que le démontre l'analyse coût-efficience présentée dans le rapport produit par le Commonwealth Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia (2002), les coûts sociaux et économiques associés au programme d'échange de seringue sont relativement minimes alors que le coût des soins aux personnes vivant avec le VIH ou le VHC dépasse largement celui du programme. Au Québec, un « Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée » en arrive aux mêmes conclusions à partir d'une revue des écrits scientifiques résumant les résul-

tats d'études coût-avantage et coût-efficacité des sites d'injection supervisée (INSPQ, 2009). Mais les réponses demeurent toujours plus fragmentaires lorsqu'il s'agit de répondre aux questions éthiques soulevées. Les démonstrations empiriques des effets des interventions en RdM sur la minimisation des méfaits, soutient Hathaway (2001), militent en faveur d'une posture de neutralité morale pour les justifier, mais elles tendent à masquer, voire à délégitimer, leurs fondements moraux (en particulier le respect des droits et de la dignité de l'Homme). Tel est d'ailleurs le cas de l'Avis produit par l'INSPQ (2009), qui ne réfère que très secondairement aux justifications éthiques de l'implantation de sites d'injection supervisée. Pire encore, soutient Kleinig (2006), l'invocation des seuls rapports coûts-avantages relève d'un « rationalisme économique cynique » qui laisse dans l'ombre les conditions de vie difficiles des populations cibles. Seul le jugement moral fondé sur des valeurs permet de remettre profondément en question la justification d'une position prohibitionniste. Cette position sera celle défendue plus loin dans ce texte.

Le pragmatisme

Les approches de réduction des méfaits invoquent une certaine neutralité morale comme justification à leurs interventions. L'utilitarisme moral avalise une telle approche, mettant l'utilité globale au-dessus de la quête d'idéaux sociaux et du respect de principes éthiques décontextualisés. Le pragmatisme éthique vient lui aussi, à sa façon, conforter la RdM dans son souci pour une neutralité morale. Mais qu'entend-on par éthique pragmatique et en quoi une telle éthique peut-elle servir de fondement à la RdM ? Plusieurs variantes de cette approche éthique ont été proposées depuis les travaux fondateurs de Charles Sanders Peirce, puis de William James et de John Dewey. Revenons ici sur certains de ses postulats épistémologiques. Pour le pragmatisme, seules les implications d'une pensée, d'un concept ou d'une théorie confèrent un sens à la chose pensée. La vérité n'existe pas *a priori* ; elle émerge de l'expérience vécue, empiriquement observable à travers l'action et les pratiques sociales. En ce sens, le pragmatisme prend le contre-pied des éthiques métaphysiques, de la vertu ou d'autres approches intellectualistes indifférentes aux effets pratiques des théories et des concepts. La théorie ne doit pas être un donné, mais le fruit d'une « enquête » portant sur l'action en situation concrète. Rejetant la conception statique de la raison, le pragmatisme s'intéresse aux processus et aux démarches menant à la connaissance comme construction et non comme révélation. Il repose sur la conviction qu'il n'existe pas de vérité en dehors des pratiques sociales et des rapports

sociaux. Ainsi, pour Dewey, « le terme "pragmatique" signifie seulement la règle qui consiste à chercher la signification finale et la preuve ultime de toute pensée, de toute considération réflexive dans ses conséquences. Elle ne dit rien de la conception de ces conséquences… » (Dewey, 1916 : 56).

Le pragmatisme réfère plus précisément à deux dimensions d'une telle théorie empirique de la connaissance. La première est celle de la construction de la vérité pour l'individu ; ce qui est vrai et acceptable est inséparable du point de vue de celui qui l'énonce. L'individu ciblé par les interventions en RdM ne devrait pas, ainsi, se voir imposer des valeurs extérieures autres que celles qu'il juge pertinentes pour l'atteinte de ses attentes. En ce sens, un toxicomane ou une femme violentée qui « accepte » sa situation propose un point de vue d'égale valeur à celui jugeant la situation inacceptable. La seconde dimension est collective ; une vérité voulant que des interventions visant la minimisation des méfaits soit acceptable est tout aussi défendable que celle proposant la prohibition de ces pratiques dans la société. L'acceptabilité de l'une et l'autre de ces positions reposerait sur le caractère vérifiable de ses retombées au niveau social, collectif et communautaire.

Dans sa version renouvelée du pragmatisme, Richard Rorty (1989) propose de procéder à des réformes par fragments et étapes qui feront avancer la justice sociale. Plutôt que d'attendre le grand jour de la justice pour tous promis par les révolutions politiques, il faudrait soutenir, ici et maintenant, les libertés que les citoyens sont en mesure d'assumer pleinement, tout en faisant la promotion active de la solidarité. À l'image de la rationnelle derrière la RdM, le pragmatisme de Rorty reconnaît des limites importantes aux radicalismes politiques visant à mettre à jour et à dénoncer des structures d'oppression et à construire des théories de l'oppression. Il propose plutôt, pragmatiquement, de sensibiliser les citoyens à la souffrance des autres et de se solidariser moralement (Rorty, 1991). Le pragmatisme, tout comme l'utilitarisme, refuse de subordonner l'éthique à des principes absolus, socialement et historiquement décontextualisés. Les choix éthiques doivent être faits en fonction de ce que donneront leurs résultants dans le temps, non dans un sens d'utilité pratique, mais bien en fonction d'un espoir social qui repose sur les démocraties libérales. Dans ces dernières, les individus sont tenus de se montrer solidaires des enjeux de la communauté mais disposent, du côté de la sphère privée, d'un droit à la différence et à la reconnaissance.

Un tel pragmatisme remet en question le postulat fonctionnaliste voulant que le partage d'un même ensemble de valeurs et un consensus social sur l'attribution de rôles institutionnalisés aux diverses catégories d'acteurs

sociaux soient des conditions nécessaires pour garantir un ordre social, politique et moral. Au-delà de la construction d'une moralité partagée, le défi des sociétés modernes serait plutôt de fournir des incitations et des lieux favorisant la négociation et la confrontation constructive de valeurs et de principes moraux pluralistes. En conformité ici encore avec la philosophie de base de la RdM, l'analyse de la morale doit s'affranchir des déterminismes divers (schèmes cognitifs, contrat social, impératifs de vie en société, moralité de sens commun) pour étudier les modalités de gestion des tensions entre les moralités plurielles qui cohabitent dans une société donnée, mais surtout en chacun des individus libres. Le pluralisme se vit autant au niveau interne (lieu de la liberté individuelle) qu'externe (niveau des rapports [inégalitaires] entre groupes sociaux. Comme le souligne Nicolas Dodier, « ce double niveau du pluralisme, celui de la société et celui de l'action, exige des personnes qu'elles clarifient fréquemment leurs références normatives. Elles doivent se livrer à des opérations critiques, c'est-à-dire à toute une série d'actes qui visent à préciser, établir ou rappeler ce qui, dans chaque situation particulière, est de l'ordre du souhaitable » (Dodier, 2005 : 10). L'une des contributions majeures du pragmatisme à une éthique de la RdM est de rappeler que s'il existe une crise du sens moral, cette crise se situe moins au niveau de systèmes moraux réifiés qu'au niveau des interactions évoluant dans les cadres de la vie quotidienne. Non pas seulement au niveau macro-sociétal, mais d'abord dans des microcontextes tels ceux dans lesquels évoluent les sujets vulnérables. Les normes morales extérieures aux individus et aux contextes qui ne seraient pas respectées par les interventions en RdM n'existent qu'en tant qu'« incertitudes normatives » découlant d'incessantes contestations, négociations et redéfinitions.

À l'instar de la philosophie sous-jacente à la RdM, les questions morales se présentent immédiatement comme des problèmes dont la solution ne saurait dépendre de la preuve sensible. Un problème moral consiste à décider non point de ce qui existe dans le monde sensible, mais « de ce qui est bien, ou des choses qui seraient bien, si elles existaient » pense William James (1916 :43). Ainsi, la controverse opposant la réduction des méfaits à l'intolérance (et au prohibitionniste) ne trouvera pas de réponse dans des idéaux décontextualisés, dans des analyses rationnelles ou dans des considérations transcendantales, mais bien dans les conséquences de chacune de ces approches dans la vie réelle des individus. S'il y a une clarté et une vérité à rechercher dans le choix de ces approches, elle réside dans leurs effets à caractère pratique, quelles que soient ces dimensions du « pratique ». Les principes doivent être subordonnés aux faits plutôt que l'inverse. Le prag-

matisme marque ainsi une rupture radicale avec le transcendantalisme. Il ne s'agit aucunement de prétendre détenir, dans une logique positiviste, les « vrais » idées conformes à une réalité objective extérieure aux idées. Mais les idées sont bel et bien des réalités dans la mesure où elles comptent parmi les variables qui influencent l'action. Si une « bonne idée » en est une qui donne des résultats, il n'existe pas, selon James, de fondements universels et transcendantaux à ces idées, pas même l'impératif de l'action juste. Pour ce dernier, « La vérité d'une idée n'est pas une propriété qui se trouverait lui être inhérente et qui resterait inactive. La vérité est un *événement* qui se produit pour une idée. […] posséder des pensées vraies, c'est, à proprement parler, posséder de précieux instruments pour l'action » (James, 1968 : 144-145).

Le pragmatisme éthique enracine la justification éthique de la RdM, non seulement dans le contexte, mais aussi dans la communication. Cometti rapporte que chez Dewey, « il n'appartient pas au philosophe de statuer au moyen de propositions éthiques ; les circonstances qui en appellent à des choix de ce genre doivent se régler dans la *communication* » (Cometti, 2010 : 151). John Dewey résumera les choses ainsi : « que telle conception fût vraie, et non telle autre, quelle différence en résulterait-il pratiquement pour un homme ? Qu'aucune différence pratique ne puisse être aperçue, on jugera que les deux alternatives reviennent au même et que toute discussion serait vaine » (Dewey, 1916 : 53) […]. Il en découle que « la morale n'est pas un catalogue d'actions, ni une panoplie de règles qui demanderaient à être appliquées à l'image de prescriptions pharmaceutiques ou de recettes de cuisine. Ce qu'il nous faut, en morale, ce sont des méthodes spécifiques de recherche et d'invention » (Dewey, 1920, cité dans Cometti, 2010 : 157). En accord avec certains paramètres de l'éthique de la discussion chez Habermas, les positions éthiques face à la RdM, pouvons-nous suggérer, doivent découler de la discussion, reconnaître une part d'indétermination et ne seront jamais que « provisoirement définitives ».

Le pragmatisme, et avec lui, la RdM, ne conduit-il pas pour autant au relativisme moral ? Bien sûr, chez les pragmatistes, « La vérité n'est ni une donnée ni une condition préalable de la connaissance, elle est toujours un résultat » (Cometti, 2010 : 67). Mais le pragmatisme est fondamentalement davantage pluraliste que relativiste ; nos modes de pensée sont autant de versions du monde possédant chacune leurs vertus. Le pragmatisme de Dewey voit l'éthique comme le lieu de la gestion des choix entre diverses conceptions du bien. Comme le souligne David Lapoujade, « Le pragmatisme n'est pas une philosophie, mais plutôt une méthode pour choisir entre des philo-

sophies (Lapoujade, 1997 : 11). Il nous aide à « fabriquer les idées qui peuvent servir l'action ou la pensée » (*Ibid.*, p. 11). Mais cette gestion se fait dans le monde, à travers la communication, non à partir de convictions véhiculées par des morales formelles. À l'image du pragmatisme moral, en tant que philosophie de la liberté, la RdM refuse de souscrire à toute notion de bien ultime définie en dehors de toute communication avec les individus concernés. Si l'éthique est le lieu de résolution des conflits de valeurs au sein d'une société, elle est sociale et les solutions sont à trouver dans la construction de valeurs plus larges à travers le respect, la confiance et la communication entre les tenants des diverses positions. Rorty ira plus loin dans cette notion de confiance en proposant un « néo-pragmatisme » qu'il définit comme la recherche de vérité à travers la recherche d'un consensus intersubjectif.

Mais une fois la pluralité des points de vue moraux et un certain relativisme méthodologique (qui ne préjuge d'aucun point de vue supérieur) affirmés par le pragmatisme, se pose encore tout de même la question des dangers d'un tel nivellement des valeurs et des points de vue. Nous pouvons rappeler avec Kautz (1996) qu'une version nihiliste radicale du pragmatisme est susceptible d'alimenter trois formes de dérives qui seraient dommageables pour la santé publique. Ces trois pathologies du relativisme pragmatique sont : 1) une attitude du « voyou conservateur » qui, admettant passivement que « chacun est différent », se trouve ramolli moralement, désengagé et incapable de formuler des objections articulées contre les approches universalistes, assimilatrices, ou simplement engagées ; 2) une attitude de « démocrate complaisant », qui voit la démocratie et le respect de la différence comme un accident contingent, une affaire de goût et non le produit d'un choix réfléchi et argumenté ; 3) un repli sur des identités, non plus ethniques, ni républicaines, mais sur des microcommunautés militantes (ex. : communautés noires, homosexuelles, écologistes, religieuses) qui se muent en groupes d'intérêts véhiculant chacune leurs intolérances.

La tolérance étant l'un des fondements éthiques majeurs (tel que défendu dans le présent ouvrage) de la RdM, le risque de dérive d'un relativisme moral associé au pragmatisme serait particulièrement préjudiciable (en niant toute valeur absolue à la tolérance). Nous soutiendrons toutefois dans le reste de ce texte une position visant à fonder une éthique de la RdM, au-delà de l'utilité morale et du pragmatisme, sur la promotion de valeurs fondamentales, dont la tolérance et la justice.

DÉBATS AUTOUR DE LA NEUTRALITÉ AXIOLOGIQUE DE LA RDM

Les interventions en RdM sont-elles neutres sur le plan des valeurs ? Et leurs défenseurs ont-ils avantage à se cantonner dans une telle posture de « neutralité axiologique » en mettant plutôt l'accent sur l'efficacité, l'utilité et le pragmatisme de ces interventions ? Ou, au contraire, doivent-ils explicitement justifier ces approches par un discours éthique mettant en évidence certaines valeurs fondamentales à la base de la RdM, au risque d'adopter une posture morale ? Ce questionnement autour du caractère *value-neutral* de cette approche a mobilisé une large partie des débats éthiques au cours de la dernière décennie. Nous en retracerons ici les grandes lignes.

John Kleinig (2008) soutient que, même si la RdM se présente dans les années 1980 comme neutre sur le plan des valeurs (neutralité axiologique), et comme reposant sur une logique d'efficience et de pragmatisme, cette neutralité axiologique n'est qu'apparente. D'abord, « cette efficacité stratégique est incorporée dans des finalités qui sont, elles, explicitement valorisées » (Kleinig, 2008 : 5). Ensuite, les méfaits eux-mêmes qui font l'objet d'une prévention ne sont pas neutres sur le plan des valeurs. Les grossesses à l'adolescence, les relations sexuelles sans préservatif chez les jeunes, les séquelles de la violence conjugale sur la femme et la famille, les mutilations sexuelles des jeunes filles ou les sévices dont sont victimes les prostituées sont des exemples de méfaits fortement connotés moralement. De plus, défendre la RdM par les seuls arguments de type coûts-avantages ne rendrait pas justice à l'éthique implicite de l'intervention sur le terrain. D'ailleurs, rappelle Kleinig, « chaque fois que nous agissons de telles façons que nous impliquons les intérêts ou le bien-être des autres, notre activité aura un sens moral ou éthique » (Kleinig, 2008 : 4). Le fait d'agir pour le bien des autres n'est pas plus neutre que d'agir mal, quel que soit ce bien. Bref, ni la nature des risques prévenus, ni celle des comportements et des habitudes de vie qui y sont associés, ni les finalités de la RdM ne sont neutres moralement. Tous ont des résonances profondes dans la moralité populaire. Mais si les interventions en RdM ne sont pas neutres sur le plan des valeurs, cela signifie-t-il pour autant qu'elles doivent être défendues selon une logique axiologique ? Telle est la position défendue par Kleinig (2004 ; 2008), qui soutient que la RdM est mieux défendue par la mise en évidence de leurs fondements proprement moraux que par l'invocation d'une pseudo-suspension de tout jugement moral ou par des considérations d'utilité pratique. « Quoique nous puissions continuer à utiliser des arguments pragmatiques, ils doivent être appuyés et enrichis par des arguments moraux […] La réduction des méfaits doit être défendue

sur un terrain moral et non simplement comme une stratégie visant à prévenir certaines conséquences indésirables » (Kleinig, 2008 : 7).

Le débat sur la justification éthique de la RdM est en fait articulé autour de deux positions contrastées. D'un côté, on retrouve ceux qui soutiennent que ces interventions seront mieux défendues en misant sur leur neutralité morale (ex. Erickson *et al.*, 1997 ; Keane, 2003). Ainsi, pour Helen Keane, « En opposition aux stratégies basées sur un "moralisme arbitraire", la philosophie de la réduction des méfaits est généralement considérée comme faisant la promotion de la rationalité, du pragmatisme et de l'utilitarisme dans le développement des interventions en matière de drogues » (Keane, 2003 : 228). La quête d'individus vertueux ou de sociétés sans drogues devrait faire place à des argumentaires axés sur l'efficacité. Le développement de la RdM serait mieux servi si on l'abordait comme un assemblage de pratiques et d'objectifs conduisant à des résultats mesurables. L'identité de la RdM repose sur « sa rhétorique pragmatique et des pratiques et des programmes variés et flexibles » (Keane, 203 : 229). Ces programmes participant d'une stratégie globale d'action (incluant les politiques antidrogue, les programmes d'échanges de seringues, de prescription d'héroïne, de sites d'injection supervisée) ont pour but non pas de défendre des vérités morales, mais de produire des résultats. D'ailleurs, souligne Keane, défendre la RdM en invoquant, par exemple, les valeurs aux fondements des droits de l'homme, risque « de renforcer un modèle universel de l'individu "normal" autonome qui pathologise et marginalise les usagers des drogues » (Keane, 2003 : 228). Elle a d'ailleurs peut-être raison d'invoquer le risque que ne se renforcent « les conceptions contemporaines des addictions en tant que maladies de la volonté, dans lesquelles la personne dépendante perd le contrôle de ses comportements et de sa vie, construisent la victime de l'addiction virtuellement comme à l'opposé de l'individu rationnel et autonome » (Keane, 2003 : 230).

De l'autre côté, nous retrouvons ceux, plus nombreux, qui soutiennent que l'absence d'un cadre moral explicite et la mise en évidence des valeurs fondamentales sur lesquelles reposent ces interventions (Fry *et al.*, 2005 ; Kleinig, 2008 ; Babor, 2003) est préjudiciable à la défense de la RdM. Andrew Hathaway (2001) plaide en faveur d'un fondement proprement moral de cette approche, en particulier sur la défense des droits de l'homme, alors que Nadine Ezard (2001) propose d'élargir sa défense en incluant leurs effets en termes de responsabilité pour l'État de réduire les vulnérabilités. Considérant la place centrale qu'occupe aujourd'hui la réflexion éthique en santé publique, et considérant le raffinement des cadres éthiques disponibles, c'est

surtout cette seconde position qui prédomine. Les défenseurs de l'engagement éthique considèrent que fonder l'approche de réduction des méfaits sur des valeurs explicitées la renforce au contraire en opposant à l'intolérance du discours moralisateur prohibitionniste d'autres valeurs mieux ancrées dans les grands courants éthiques (ex. : bienfaisance, tolérance, empathie, solidarité, liberté). Fry *et al.* (2005) proposent, plus spécifiquement, d'adopter une « éthique engagée » sous forme d'une « éthique communautarienne appliquée » qui mettrait l'accent sur la connectivité sociale, la réciprocité des rapports sociaux, le recadrage du toxicomane comme membre d'une communauté ayant ses propres normes et sa propre histoire, mais aussi, tout autant sur les vertus personnelles et les habiletés analytiques, la réflexivité et la sensibilité. Bref, la RdM devrait être justifiée par une éthique profondément ancrée dans les valeurs de solidarité et de justice ; elle devrait assumer pleinement sa posture morale. En insistant sur la réduction des risques plutôt que sur des considérations humanistes, la RdM se camperait dans une illusoire neutralité morale, neutralité d'ailleurs inexistante en dehors des cercles qui en font la promotion. Ces approches devraient, selon ces auteurs, relever le défi de promouvoir les idéaux, les conceptions de la solidarité sociale, les principes éthiques qui lui donnent sa légitimité.

La RdM n'est aucunement réductible à une logique de preuves scientifiques liées au rendement des interventions ou à la mesure des conséquences. Les opposants aux programmes de distribution de seringues, aux sites d'injection supervisée ou à une tolérance éclairée par rapport à la violence domestique invoquent eux-mêmes d'abord des considérations morales avant de remettre en cause leur efficacité technique, clinique et préventive. Les considérations de type coût-avantages ne doivent pas masquer la dimension des souffrances, des difficultés de vivre des populations concernées. Les bénéfices économiques ne doivent pas faire oublier les bénéfices pour le bien-être ; l'efficience ne doit pas devenir un palliatif à l'humanisme ; l'utilité ne doit pas faire oublier la compassion. Ainsi, la RdM ne se soustrait pas au débat moral, pas plus qu'elle ne suspend tout jugement de valeur. Elle ne fait qu'arbitrer, sur de nouvelles bases, en fonction d'une hiérarchisation particulière des principaux principes éthiques, les conflits de valeurs qui s'installent entre les différents courants de pensée par rapport aux comportements déviants. Elle promeut le souci de protection de la santé du public en mettant entre parenthèses les jugements portant sur les individus déviants. Tout en insistant sur le respect des choix faits par l'individu, elle s'inscrit dans une forme tolérante de paternalisme associé à la bienveillance. Elle donne priorité à la dignité et à l'intégrité de la vie humaine aux dépens de la lutte

inconditionnelle aux comportements à risque. Même si la tempérance et l'abstinence demeurent des outils louables, elle reconnaît leurs limites dans la gestion quotidienne des rapports aux comportements à risque. Bref, la RdM plaide pour une éthique de la complexité en rejetant tout dogmatisme simplificateur.

Soulignons finalement qu'une constante dans les débats qui opposent les divers auteurs sur les mérites de l'utilitarisme et de l'engagement moral est leur évacuation des considérations de bien commun. L'utilité est souvent ramenée à la minimisation des méfaits sur l'individu vulnérable (ou ses proches) ; les droits mis en cause sont généralement les droits de la « personne ». Or même sur le plan utilitariste comme nous l'avons vu, la minimisation des effets négatifs des drogues ou de la violence envers les femmes aura des retombées pour l'ensemble de la collectivité. Ce type d'argument fut d'ailleurs invoqué amplement par certains défenseurs de la RdM. Peut-on considérer la protection du bien commun comme un argument éthique complémentaire en faveur des programmes de RdM ? Référant aux champs du sida et des maladies infectieuses, Charlotte Paul (2009) et Martin Wilkinson (2009) défendent incidemment la pertinence de l'argument de la défense de l'intérêt commun pour justifier des interventions de santé publique. Si le bien commun est mis en cause par certains comportements à risque, ce n'est plus la responsabilité individuelle qui est convoquée, mais celle de l'ensemble de la collectivité. Pour Wilkinson, la justification des interventions préventives, même invasives, ne doit reposer ni sur la dénonciation de l'intouchabilité des droits individuels à l'autonomie et à la liberté (aucun droit n'est absolu), ni sur le droit de la population générale d'être protégée contre les conséquences des comportements à risques des autres (droit à l'autodéfense). Dans le domaine des maladies infectieuses, par exemple, il souligne que placer l'accent sur les droits individuels engendrera des problèmes d'action collective (ex. : le refus de participer à la vaccination). L'importance du principe de promotion du bien commun prend le contre-pied d'une justification de la réduction des méfaits par une éthique minimaliste, telle que celle défendue par Stuart Mill, et voulant que l'on ne doive interférer avec la vie des autres pour la seule raison de se protéger soi-même des méfaits des autres. L'utilitarisme valorise le bien commun, mais en le subordonnant impérativement au respect de la vie privée. Or la promotion du bien commun doit nous conduire au-delà du « *harm principle* ». Un tel minimalisme moral avaliserait, indirectement, une vision atomiste de l'homme moderne, position ontologique critiquée par Charles Taylor comme conduisant à la primauté des droits individuels (Taylor, 1985). Comme le rappelle Ogien (2007), l'homme

n'est pas un « îlot isolé » et il se définit fondamentalement par ses rapports (sociaux) aux autres. Une justification éthique de la RdM se doit de déborder des considérations utilitaristes, conséquentialistes et pragmatistes et déborder du débat sur le *harm principle*, pour adopter une posture maximaliste qui prendra en compte des considérations de justice sociale. Les valeurs humanistes de compassion et de tolérance doivent occuper une position centrale dans l'argumentaire éthique. Au-delà du respect des droits individuels, des responsabilités envers les autres, des devoirs de compassion et de tolérance envers les pratiques à risque, l'argumentaire doit s'enrichir d'une approche globale de la justice sociale visant à renforcer les « compétences » des individus ciblés par la RdM.

CONTRE LE PATERNALISME : COMPÉTENCES ET JUSTICE SOCIALE

En dépit de leurs dimensions utilitariste et pragmatiste, les interventions en RdM sont susceptibles d'être considérées, par certains, comme une sorte d'expression humaniste du paternalisme inhérent à une santé publique mandatée pour protéger la santé des populations vulnérables. Les toxicomanes, les femmes victimes de violence conjugale ou les fumeurs, à titre d'exemple, n'étant pas jugés en mesure de se protéger eux-mêmes, et étant considérés comme dépossédés des outils ou des « compétences » pour gérer efficacement leur exposition aux risques, la santé publique serait justifiée, minimalement, de les protéger contre les effets négatifs sur leur santé physique, mentale et sociale en mettant entre parenthèses l'espoir d'une disparition improbable de l'attrait des drogues ou de la violence dans la société. Un tel piège paternaliste s'ajoute aux autres enjeux éthiques auxquels la RdM, à l'image des approches classiques de santé publique, est vulnérable. Si, comme nous l'avons proposé, en plus d'une justification en valeurs de la RdM, il est pertinent d'invoquer les droits fondamentaux de l'homme, et s'il est fondamental d'adopter une certaine tolérance à l'égard des pratiques à risque, de même qu'une dose de désespérance face à l'idéal de leur disparition complète, cette invocation des droits de l'individu vulnérable à la protection ne doit pas faire oublier les responsabilités individuelles et collectives. Comme le rappelle Taylor (1995), les hommes n'ont des droits que parce que certaines capacités humaines sont dignes d'être valorisées. Il existe donc une obligation, individuelle et collective, de développer ces capacités. Une éthique de la RdM doit donc tenir compte des capacités et des limites de l'individu à exploiter ses compétences. Il doit pouvoir exploiter la marge de manœuvre que lui confère sa liberté relative et son agentivité. Telle est du

moins l'une des propositions d'une variante sociologique du pragmatisme philosophique abordé plus haut.

Les capabilities

Comme le rappellent Genard et Cantelli (2008), dans la foulée des propositions d'Amartya Sen, (mais aussi de Ricœur et de plusieurs autres, qui resituent les capacités et les compétences au cœur du projet de société), une sociologie pragmatique de la morale doit aller au-delà des déterminismes de l'action sociale que sont l'habitus, la rationalité pratique ou les conflits d'intérêts et de pouvoir. Pour éviter les dérives paternalistes d'un humanisme condescendant, elle se doit d'aborder l'acteur moral à travers ses compétences et ses capacités, et non pas comme le produit des seuls déterminismes extérieurs inscrits dans les normes sociales, les valeurs ou les rapports asymétriques de pouvoir. La modernité aurait façonné une « anthropologie », soit au sens large, une conception de l'Homme qui le situe fondamentalement au cœur de la tension entre liberté et déterminisme (Genard, 1999). Une sociologie pragmatique de la morale, construisant sur cette dialectique entre liberté et déterminisme, devrait situer l'homme dans une perspective « conjonctive » selon laquelle il serait à la fois capable et incapable, libre et déterminé, actif et passif. L'individu moderne se situerait « toujours dans l'entre-deux, toujours susceptible de lâcher prise, mais aussi posséd[erait] toujours quelque ressource, quelque potentialité mobilisable pour se reprendre, se ressaisir » (Genard et Cantelli, 2008 : par. 23). Une sociologie de la morale (au-delà d'une sociologie morale dénonçant les divers déterminismes et toute dédiée à « ouvrir les yeux sur les inégalités ») situerait les concepts de capacité, d'habileté, de potentialité, de ressource et de compétence au cœur de l'éthique. La sociologie pragmatique centrée, à l'image de la philosophie pragmatiste, sur « l'action en train de se faire » s'attardera à analyser les « épreuves » non comme des fatalités, mais comme des « "mises à l'épreuve" des capacités subjectives marquées au sceau de la fragilité constitutive du sujet » (Genard et Cantelli, 2008 : par. 43).

La justification éthique de la RdM doit donc intégrer les responsabilités individuelles et collectives en lien avec la promotion de ces compétences et de l'action moralement responsable de l'individu vulnérable (agentivité morale). Par agentivité, nous entendons avec Hays (1994) « l'activité humaine sociale qui implique des choix parmi des alternatives rendues accessibles par des caractéristiques capacitantes de la structure sociale » (Hays, 1994 : 64).

Avec Abel et Frohlich (2012), nous y voyons la compétence de l'individu de faire des choix dans les limites des structures sociales. Cette agentivité est donc en lien avec les notions d'*empowerment* promues par la santé publique et surtout celle de *capabilities,* développée par Amartya Sen. Globalement, une éthique de la RdM doit reposer sur un engagement des institutions publiques face au développement de ces compétences. Mais elle devra, de même, transcender les classiques oppositions entre, d'un côté, l'autonomie, la liberté et, de l'autre, les déterminismes et le poids des facteurs structurels sur les pratiques sociales et les conditions de vie à risques. L'une des questions fondamentales posées par les sciences sociales demeure celle de l'articulation entre les facteurs structurels déterminant les comportements humains et la part de libre arbitre et d'autonomie dans les choix faits par l'individu. L'enjeu pour une éthique de la RdM sera alors l'analyse de l'articulation (et de la recherche d'un juste milieu) entre le poids des valeurs dominantes et des normes, inscrites dans des « structures culturelles », et le poids du libre arbitre et de l'autonomie.

Afin de transcender cette opposition, Abel et Frohlich (2012), référant au champ de la promotion de la santé, suggèrent d'orienter l'analyse vers une combinaison des notions d'interaction du capital social de Bourdieu et de *capabilities* d'Amartya Sen. Rappelons que selon Bourdieu, les déterminants structurels des pratiques sociales prennent racine dans les interactions entre trois formes de capital (économique, social et culturel), chacune contribuant à la reproduction des deux autres. Ces interactions suivent trois modèles principaux (conversion, accumulation et transmission) auxquels Abel et Frohlich ajoutent un quatrième principe, soit celui de la conditionnalité. Dans ce dernier cas, par exemple, le capital culturel (ex. : les connaissances sur les facteurs de risque) est une condition préalable à l'usage du capital économique pour des pratiques favorables à la santé. La capacité de l'individu à mobiliser chacun de ces trois types de capital serait une condition préalable à une « agentivité structurellement transformative ». De plus, non seulement une éthique de la RdM doit reposer sur la promotion des divers types de capital social qui permettront à l'individu d'exploiter ses compétences et le plein potentiel de son agentivité, mais aussi, le capital social lui-même devra, comme le suggère Illingworth (2009), être considéré comme un concept éthique. En tant que source de rapports sociaux fondés sur la confiance, la réciprocité généralisée et la coopération, le capital social doit être vu comme un bien commun. Le capital social est donc, tout autant que la liberté, une condition de l'expression des compétences de l'individu. Comme la liberté, il est en mesure de « donner aux individus l'opportunité de satisfaire leurs conceptions du bien ; le capital social, et la confiance sociale qui l'accompagne, leur donnent les moyens de travailler

en collaboration avec les autres pour profiter des fruits de cette coopération » (Illingworth, 2009 : 38). Or en tant que concept éthique, son développement est de la responsabilité des États et des collectivités. Il interpelle ainsi directement la promotion de la justice sociale.

L'ajout de la promotion des compétences aux fondements éthiques de la RdM demande toutefois un minimum de recul critique. Rappelons que pour Sen, la redistribution des ressources économiques (et autres) ne suffit pas pour favoriser la justice sociale. Encore faut-il que chacun puisse poursuivre des finalités qu'il jugera lui-même représentatives de sa propre vie bonne et qu'il puisse disposer de la liberté et des outils pour les atteindre. Les *capabilities* sont alors associées à la capacité d'action et à la liberté effective, réelle (et non seulement formelle) d'accomplir ma vie bonne telle que je la conçois, et pouvons-nous ajouter ici, telle que la conçoivent les prostituées, les femmes victimes de violence ou les consommateurs de drogues. Toutefois, il faut éviter de limiter ces compétences aux seules habiletés des individus. Encore faut-il considérer le développement d'un environnement social favorable au développement du capital social, culturel et économique à partir duquel ces compétences pourront être développées. Deuxièmement, l'approche de Sen n'est pas exempte d'un biais de rationalité. Sen suppose que l'individu est en mesure de faire un choix éclairé parmi l'éventail des possibilités et des options qui pourront être ciblées par les compétences, soit les options « que les individus ont des raisons de choisir » (Sen, 1999 : 148). Or il faut remettre en question la construction sociale de ces préférences. Ces dernières sont loin d'être purement individuelles. Elles réfèrent à des conceptions de la vie bonne, bien sûr. Mais ces conceptions sont elles-mêmes des constructions sociales et politiques souvent imposées ou endossées par les processus de socialisation et d'enculturation. Dans le cas de la RdM, s'il est fondamental de respecter les conceptions de la vie bonne que véhiculent les individus concernés, la santé publique ne doit pas être dupe des pressions du milieu social, soit du caractère partiellement exogène de ces conceptions et des rapports de pouvoir dans le cadre desquels elles sont façonnées, justifiées et légitimées. Abdiquer face à tout effort de mobilisation de ces compétences pour les mettre au service de valeurs et de normes partagées par la société, ou pire, considérer d'emblée comme défendable et justifiable, toute représentation de la vie bonne véhiculée par les individus vulnérables risquerait de conduire à une éthique empirique reposant sur la primauté des conceptions de la vie bonne ayant la plus forte prévalence dans ces populations. Un risque corrélatif est celui d'un dérapage vers un relativisme éthique radical (peu importe la nature de la vie vécue tant que l'individu aura eu accès aux compétences), sans égards aux idéaux sociaux, aux valeurs et normes par-

tagés par l'ensemble de la société qui demeure la « communauté éthique » de référence. D'ailleurs, où mènerait une éthique de la RdM qui reconnaîtrait comme objectif ultime, sans balises ni garde-fous, le respect de ces préférences individuelles de la vie bonne ?

Pour une conception élargie de la justice

L'approche sociologique pragmatiste axée sur le développement des compétences prend donc le contre-pied de l'approche de la neutralité axiologique dans sa défense de la RdM. Elle sous-tend la promotion du respect de l'individu à travers ses capacités, une ouverture face à des conceptions alternatives de la vie bonne et, surtout, une conception élargie de la justice sociale. Les questions de justice sociale ne se résument pas à des enjeux d'accessibilité aux ressources (offre de sites d'injections, de drogues de substitutions, de services professionnels de soutien et d'accompagnement). Au-delà d'une justice redistributive, c'est d'une conception élargie de la justice dont aura besoin une éthique de la RdM, à l'image de celle proposée avec conviction par Powers et Faden (2006). Ces auteures proposent une conception de la justice telle que le champ de la santé ne peut être considéré sans que le soit aussi l'accès à l'éducation et aux possibilités d'emploi. Toutes ces sphères sont fondamentalement interreliées. « Les inégalités sont interactives. Elles peuvent combiner leurs influences pour créer des effets adverses plus importants que la somme des effets adverses individuels » (Powers et Faden, 2006 : 5). La justice interpelle, de même, fondamentalement les rapports sociaux interpersonnels qui peuvent prendre la forme de rapports de subordination, de stigmatisation sociale, de manque de respect, d'intolérance par rapport à certaines pratiques sociales qui, chacune à leur façon, limitent les capacités d'attachement, la compassion et la solidarité sociale.

Cette notion de justice part du principe que « la justification morale fondatrice de l'institution sociale qu'est la santé publique est la justice sociale » (Powers et Faden, 2006 : 9) et que « la justice de notre point de vue requière de garantir à chacun un niveau suffisant de chacune des dimensions essentielles du bien-être, desquelles la santé ne constitue qu'une composante » (*Ibid.*, p. 9). Il s'agit d'une conception « non idéologique » de la justice qui « examine les moyens plutôt que les principes d'allocation des soins de santé (*Ibid.*, p. X). Powers et Faden proposent une éthique de la santé publique dont l'objectif est de concilier respect de la justice sociale et respect des fina-

lités humaines fondamentales. Ces finalités se rapportent aux six dimensions suivantes du bien-être global

> [incluant] le respect des autres, la sécurité personnelle, la santé, le développement des capacités de raisonnement et les capacités d'attachement aux autres et les compétences pour déterminer pour soi-même certaines dimensions de notre propre destinée […] Obtenir le respect des autres en tant qu'égaux sociaux, avoir des rapports personnels d'affection et avoir les compétences pour conduire une vie autodéterminée sont des éléments essentiels du bien-être humain, mais qui ne peuvent être garantis simplement par une juste distribution des ressources telles la richesse et le revenu (Powers et Faden, 2006 : 191).

Notons que par « respect des autres », les auteures réfèrent « aux habiletés à voir les autres comme des sources indépendantes de richesse morale et de dignité », et ce, sans oublier le respect de soi. C'est une telle forme de respect qu'appelle une justification éthique de la RdM. C'est d'une telle notion globale de la justice, respectueuse des conceptions pluralistes de la vie bonne (mais sans tomber dans un relativisme radical), axée sur la construction des compétences et présupposant le développement des diverses formes de capital (social, culturel et économique) qui devrait servir, en plus de la défense des valeurs humanistes de tolérance, de compassion et de solidarité, de fondement complémentaire à sa justification éthique.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les approches de réduction des méfaits constituent une composante incontournable des stratégies d'intervention d'une santé publique de plus en plus confrontée au plafonnement de l'efficacité de l'éducation à la santé. Leur mise en œuvre ne peut toutefois pas éviter de heurter un moralisme populaire qui, parfois, prêche plus en faveur de l'abstinence et de la prohibition que de la tolérance envers des pratiques à risques. Elle interpelle tout autant une institution de santé publique mandatée pour créer un environnement social favorable à la santé et pour faire une gestion rationnelle des risques évitables, mandat qui peut paraître en contradiction avec une « abdication » face à l'élimination des pratiques à risques. Toutefois, la justification de la RdM ne peut reposer que sur la seule démonstration scientifique de son efficacité et de son efficience. Nous avons souligné les contributions respectives des éthiques utilitariste et pragmatiste. En mettant l'accent sur le critère d'une proportionnalité entre l'utilité morale en termes

de bonheur ou de préférences pour le plus grand nombre et les coûts pour le plus petit nombre, l'utilitarisme permet de dépasser les considérations purement morales et les pontifications à propos du « bien » ultime de chacun et de la société, ou des valeurs et vertus supérieures de l'Humanité. Il oppose aux jugements moraux une analyse rationnelle de l'utilité conçue de façon élargie. Le pragmatisme, pour sa part, rappelle que la « vérité » relative à la pertinence des interventions en RdM n'est pas inscrite dans des théories ou des principes prédéfinis ; elle doit être construite avec, par et pour les populations vulnérables concernées à travers la communication. Dans l'attente des fruits de politiques favorisant l'équité, il est éthiquement justifié d'aider concrètement les plus vulnérables en appelant la population générale à une solidarité morale.

Toutefois, à l'image des discours sur l'efficacité des interventions en termes de réduction des morbidités et des coûts socioéconomiques, ces deux approches éthiques se refusent à justifier ces interventions par l'évocation de valeurs et soutiennent implicitement un argumentaire fondé sur la neutralité axiologique de la RdM. Or, dans le présent texte, nous nous sommes ralliés au discours éthique prévalant voulant qu'une telle posture de neutralité en valeur affaiblisse l'argumentaire favorable à la RdM. L'analyse éthique doit prendre le parti d'une mise en évidence des valeurs telles la compassion, la tolérance, la bienfaisance, la solidarité, qui sont aux fondements de ces approches. Toutefois, pour éviter les risques de dérives paternaliste et moraliste, nous avons suggéré d'inscrire la défense de ces valeurs dans la promotion d'une version élargie de la justice sociale. Alors que l'utilitarisme et le pragmatisme moral affirment la primauté d'une utilité morale définie en dehors de conceptions prédéfinies du bien, la notion de justice sociale telle que définie par Powers et Faden englobe certaines dimensions jugées fondamentales et universelles du bien-être. Une éthique de la RdM devrait, selon nous, reconnaître l'importance du développement des compétences qui outilleront les individus et les communautés dans leur quête de ce bien-être.

Mais une fois l'approche de réduction des méfaits justifiée éthiquement au niveau de ses finalités, dans la formulation des programmes d'intervention, tout risque de dérapage éthique n'est pas évité. En fait, des enjeux importants ne manqueront pas d'être soulevés, comme pour tout autre type de programme d'intervention préventive, par le format, le contenu et les technicités liées à la mise en œuvre de ces programmes sur le terrain. Comme le rappelle Kleinig (2008), les questions du libre choix, du volontarisme et de la liberté dans la participation de chaque individu des popula-

tions ciblées sont fondamentales. Un programme de réduction des méfaits obligatoire pour tous serait-il toujours éthiquement justifiable ? Quelles sont les limites d'un paternalisme face au choix libre et éclairé d'un toxicomane, d'une conjointe victime de violence, d'un adepte de sport extrême face aux risques acceptés et assumés ? Comment identifier ceux qui seraient trop dépendants ou aliénés pour faire un choix libre et éclairé ? Comment ces programmes doivent-ils concilier le droit à la confidentialité, le droit d'accès aux soins, les enjeux légaux ? Comment réconcilier cette approche avec celles, moins « tolérantes », promues par les autres experts professionnels de la santé publique ?

Enfin, rappelons que les interventions en RdM ne sont pas libres de tout enjeu éthique sur un plan plus global. Si elles sont tolérantes face aux pratiques sociales à risques, elles ne le sont pas face aux risques. Elles s'inscrivent, à leur façon, dans la lutte à la domestication des risques, mais cette fois en mettant plutôt l'accent sur la domestication des conséquences de ces risques pour la santé. Tout en respectant la pluralité des définitions du bien-être, et tout en évitant le piège paternaliste, en mobilisant les compétences à travers des politiques dédiées à la promotion d'une justice sociale globale, elles s'inscrivent toujours dans le cadre d'une espérance politique dans une vie en santé. Or, rappelle Lawrence Olivier (1998), une telle espérance rend éthiquement injustifiable la non-intervention. Devons-nous le suivre lorsqu'il soutient que « le temps est peut-être venu de faire de la désespérance l'enjeu principal de notre expérience politique » (Olivier, 1998 : 33) ? Sans rallier l'appel d'Olivier à la désespérance en matière d'amélioration de la santé, un cadre éthique adapté à la RdM doit toutefois reconnaître que cet impératif d'interventionnisme pour l'amélioration de l'état de santé du plus grand nombre est tellement ancré dans les politiques de gestion des risques à la santé qu'on songe ni à le remettre en question, ni à en analyser les implications éthiques. Une éthique de la RdM devra donc savoir promouvoir une dose de réflexivité dans son argumentaire.

RÉFÉRENCES

Abel T. et K. Frohlich, 2012, « Capitals and capabilities : Linking structure and agency to reduce health inequalities », *Social Science and Medicine*, 74 : 236-244.

Babor T.F., 2003, « Ethics matter : To authors, editors and those we serve », *Addiction*, 98 : 1-2.

Beauchamp T.L. et J.F. Childress, 2009, *Principles of Biomedical Ethics* (6e éd.), Oxford et New York, Oxford University Press.

Bentham J., 1970 [1823], *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, London, The Athlone Press.

Buchanan D.R., 2000, *An Ethic of Health Promotion : Rethinking the Sources of Human Well-being*, Oxford, Oxford University Press.

Carrier N. et B. Quirion, 2003, « Les logiques de contrôle de l'usage de drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation », *Drogues, santé et sociétés*, 2-1 : 1-30.

Cometti J.-P., 2010, *Qu'est-ce que le pragmatisme ?*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais ».

Commission mondiale pour la politique des drogues, 2011, *La guerre aux drogues*. Version française du rapport, juin 2011, [En ligne], <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf>, site consulté le 12 août 2012.

Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002, *Return on Investment in Needle $ Syringe Programs in Australia*, Commonwealth of Australia.

Dewey J., [1920] 1957, *Reconstruction in Philosophy*. Boston, Beacon Press.

Dewey J., 1916, « Essays in experimental logic » : 314, Texte reproduit dans G. Deledalle, 1971, *Le pragmatisme. Textes choisis*. Paris, Bordas : 53.

Dodier N., 2005, « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales HSS*, janvier-février, 1 : 7,31.

Erickson P.G., Riley D.M., Cheung Y.W. et P.A. O'Hare, 1997, *Harm Reduction : A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press.

Ezard N., 2001, « Public health, human rights and the harm reduction paradigm : From risk reduction to vulnerability reduction », *International Journal of Drug Policy*, 12 : 207-219.

Fry C.L., Treloar C. et L. Maher, 2005, « Ethical challenges and responses in harm reduction research : Promoting applied communitarian ethics », *Drug and Alcohol Review*, 24 : 449-459.

Genard J.-L. et F. Cantelli, 2008, « Être capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS, Théories et recherches*, mis en ligne le 27 avril 2008, [En ligne], <http://sociologies.revues.org/1943>, site consulté le 12 août 2012.

Genard J.-L., 1999, *La grammaire de la responsabilité*. Paris, Éditions du Cerf.

Goodin R.E., 2000, « Utility and the good »,p. 241-248, dans P. Singer (dir.), *A Companion to Ethics*, Oxford, Blackwell Publishers.

Hathaway A.D., 2001, « Shortcomings of harm reduction : Toward a morally invested drug reform strategy », *International Journal of Drug Policy*, 12 : 125-137.

Hays S., 1994, « Structure and agency and the sticky problem of culture ». *Sociological Theory*, 12(1), 57-72.

Illingworth P., 2009, « The duty to promote social capital » : 37-48, dans A. Dawson (dir.), *The Philosophy of Public Health,* Farnham, England et Burlington, USA, Ashgate Publishing.

Inciardi J.A. et L.D. Harrison, 2000, « Introduction : The concept of harm reduction », dans J.A. Inciardi et L.D. Harrison (dir.), *Harm Reduction. National and International Perspectives,* Thousand Oaks, CA : Sage.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2009, *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*, Gouvernement du Québec, Québec.

James W., 1916 [1897], *La volonté de croire,* Trad. Loys Moulin, Paris, Flammarion.

James W., 1968 [1907], *Le pragmatisme,* Paris, Flammarion.

Kautz, S., 1996, « The postmodern self and the politics of liberal education », *Social Philosophy and Policy*, 13 : 164-189.

Keane H., 2003, « Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights », *International Journal of Drug Policy*, 14 : 227-232.

Kleinig J., 2004, « Ethical issues in substance use intervention », *Substance Use and Misuse*, 39, 3 : 369-398.

Kleinig J., 2006, « Thinking ethically about needle and syringe programs », *Substance Use and Misuse*, 41, 6-7 : 815-825.

Kleinig J., 2008. « The ethics or harm reduction », *Substance Use and Misuse,* 43 : 1-16.

Kymlicka W., 1999, *Les théories de la justice,* Montréal, Éditions du Boréal.

Lapoujade D., 1997, *William James. Empirisme et pragmatisme,* Paris, PUF, coll. « Philosophies ».

Massé R., 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et Sociétés*, 21, 1 : 53-72.

Massé R., 2003, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité,* Québec, Presses de l'Université Laval.

Massé R., 2012, « Expertises éthiques savantes et profanes en santé publique : défis et enjeux pour une éthique de la discussion », *Santé publique*, 24, 1 : 49-62.

Mill, J. S., 1968 [1863]. *L'utilitarisme*. Paris, Garnier-Flammarion.

Miller P., 2001, « A critical review of the harm minimization ideology in Australia », *Critical Public Health*, 11, 2 : 213-220.

Ogien R., 2007, *L'éthique aujourd'hui. Maximalistes et minimalistes,* Paris, Gallimard.

Olivier L., 1998, *Le savoir vain. Relativisme et désespérance politique,* Montréal, Éditions Liber.

Paul C., 2009, « The common good argument and HIV prevention » : 171-180, dans A. Dawson (dir.) *The Philosophy of Public Health,* Farnham, England et Burlington, USA, Ashgate Publishing.

Pettersen A. et D. Lupton, 1996, *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Powers M. et R. Faden, 2006, *Social Justice. The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, Oxford, Oxford University Press.

Rorty R., 1989, *Contingency, Irony and Solidarity*. Cambridge, Cambridge University Press.

Rorty R., 1991, « Objectivity, relativism and truth », dans *Philosophical papers, Vol. 1,* Cambridge, Cambridge University Press.

Sen A., 1999, *Development as Freedom,* New York, Random House.

Svensson T. et M. Sandlund, 1990, « Ethics and preventive medicine », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18, 4 : 275-280.

Taylor C., 1985, « Atomism » : 187-210, dans *Philosophy and the Human Sciences : Philosophical Papers vol. 2,* Cambridge, Cambridge University Press.

Taylor C., 1995, « Cross-purposes : The liberal-communitarian debate », dans *Philosophical Arguments*, Cambridge, Cambridge University Press.

Tulchinsky T.H. et E.A. Varavikova, 2010, « What is the "New public health" ? », *Public Health Reviews*, 32, 1 : 25-53.

Wilkinson T.M., 2009, « Contagious diseases and rights » : 181-192, dans A. Dawson (dir.) *The Philosophy of Public Health,* Farnham, England et Burlington, USA, Ashgate Publishing.

Deuxième partie
Historique, institutionnalisation et critiques

Usage politique de l'approche de réduction des méfaits et du principe de tolérance dans les stratégies québécoises de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie

Paul-André Lévesque
Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux Sciences sociales, politique, santé (IRIS), CNRS-INSERM-EHESS-Université Paris 13

INTRODUCTION

La réduction des méfaits (RdM) est une approche d'intervention qui vise à réduire les conséquences associées à l'usage de drogues par la mise en place de mesures comme les programmes d'échange de seringues (PES), les programmes de méthadone à bas seuil d'exigence, les sites d'injection supervisée, etc. Cette approche a vu le jour dans les années 1920 en Grande-Bretagne à la suite des recommandations du Comité Rolleston (Riley 1993, 1994). Formé de médecins, ce comité considérait qu'il valait mieux fournir des drogues illégales pour que le toxicomane puisse mener une vie utile plutôt que de le punir. Il constatait en même temps les limites des actions exigeant l'abstinence complète et qu'il était plus approprié, dans certaines circonstances, de faire preuve de tolérance.

Si la RdM s'est institutionnalisée sur la base d'enjeux et de temporalités différentes selon les pays (Kübler 2000 ; Hudebine 2001 ; Berridge 1993, 1999 ; Riley 1994 ; Riley *et al.* 1999 ; Erickson 1999 ; Bergeron 1999 ; Brisson 1997), l'apparition du VIH a été un événement déclencheur de son extension à l'échelle internationale et d'une reconfiguration de l'action en

direction des usagers de drogues dans le registre de la gestion des risques, y compris au Québec.

Ce changement a été interprété par un certain nombre d'auteurs comme l'amorce d'une rupture à l'égard des stratégies d'intervention centrées sur l'interdit et considérée comme étant caractéristique de l'émergence d'un nouveau rapport aux drogues axé sur le « vivre avec les drogues ». Pour Alain Ehrenberg, le VIH a rendu nécessaire le développement de politiques de RdM qui auraient comme effet de remettre en cause le consensus sur la prohibition. Les rapports produits dans les dernières années en France montrent que la distinction entre produits licites et illicites repose sur des bases scientifiques douteuses et proposent la dépénalisation de l'usage des drogues (Ehrenberg 1996, 1998). Les frontières entre le licite et l'illicite tendraient à se brouiller et la signification de l'interdit deviendrait floue. Le nouvel idéal normatif serait celui de la gestion des risques associés à l'usage de drogues (Ehrenberg 1996 ; Garapon 1996).

Dans un ouvrage plus récent, Faugeron et Kokoreff (2002) abondent dans le même sens. Les mutations normatives engendrées par la RdM se caractériseraient par la remise en cause de l'idéal normatif d'une société sans drogue et conduiraient à penser les sociétés « avec drogues ». Cet ouvrage présente les inflexions subies dans les discours et les politiques sur les drogues et montre que, depuis l'avènement du VIH, ceux-ci reposent sur une grammaire de plus en plus proche des enjeux de santé publique (réduction des risques, etc.) et une réponse plus pragmatique.

S'il est tout à fait juste de considérer que la RdM constitue une nouvelle grammaire à travers laquelle la régulation de l'usage de drogues est envisagée (Carrier et Quirion 2003 ; Carrier 2008), l'idée selon laquelle son développement favoriserait une rupture à l'égard de l'idéal d'une « société sans drogue » est plus incertaine. Une ambiguïté persiste : d'un côté, son développement aurait eu comme effet d'instaurer une rupture à l'égard de cet idéal normatif et, de l'autre côté, les logiques d'intervention resteraient difficiles à concilier, les institutions « fortes » visant l'éradication des drogues posséderaient toujours un capital de légitimité (Faugeron et Kokoreff 2002). Non seulement l'éradication de l'offre de drogues illicites par la répression est toujours dans le programme politique des pays occidentaux, mais les ressources investies dans la lutte contre la drogue restent largement marquées par l'idéal normatif d'une société sans drogue, du moins au Canada. À titre indicatif, sur les 368 millions de dollars dépensés dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue pour 2004-2005, 90% (332 millions de dollars) ont

été utilisés pour l'application de la loi, le traitement de la toxicomanie et la prévention primaire. Seulement 2,6% (10 millions de dollars) ont été accordés aux programmes de réduction des méfaits. Le reste (7% : 25 millions de dollars) a été alloué à la recherche sur l'usage de drogues (Réseau juridique canadien, 2006). Dans ces conditions, bien que les promoteurs de la RdM présentent cette approche comme une *alternative* au régime prohibitionniste, elle se développerait sans remettre en cause l'existence des politiques orientées vers un objectif d'éradication des drogues.

L'objectif de ce texte est de mieux comprendre les enjeux liés à l'institutionnalisation politique de la RdM dans un contexte de maintien du prohibitionnisme. L'hypothèse qui est soutenue est que cette approche s'appuie sur un principe (tolérance) qui n'est pas contradictoire avec celui (interdit) à la base du prohibitionnisme (la tolérance suppose l'interdit), et qu'elle s'institutionnalise au sein de l'État québécois sur la base de justifications propres au développement des dispositifs de sécurité dans les sociétés libérales (Foucault 2004a, 2004b).

La première partie du texte porte sur les *justifications* liées à l'institutionnalisation de la RdM dans les politiques de lutte contre le VIH et de lutte contre la toxicomanie. Ce ne serait pas tant la remise en cause de l'idéal normatif d'une société sans drogue qui serait en jeu que la nécessité de faire face aux dangers associés à l'usage de drogues. Ceux-ci sont au fil du temps de plus en plus construits dans les discours comme une *menace* pour la sécurité sanitaire, sociale et économique. La deuxième partie est consacrée à l'analyse des logiques discursives à travers lesquelles elle a favorisé une reconfiguration de l'action en direction des usagers de drogues. La RdM trouverait une autre part de sa justification dans le fait que le principe de tolérance sur lequel elle s'appuie offre la possibilité d'étendre la sphère d'action de l'État aux espaces illicites de liberté qui lui échappent et qui lui sont nécessaires, sans avoir à réinterroger le prohibitionnisme. Nous nous interrogeons dans un troisième temps sur les enjeux liés à l'usage du principe de tolérance dans ces politiques, sur deux plans : son usage dans la régularisation de logiques paradoxales d'actions de l'État et son usage sur le plan de la régulation. Si l'usager de drogues a été construit dans le cadre du prohibitionnisme comme un sujet déviant ne possédant aucun droit de faire usage de drogues (tolérance zéro) et ayant le devoir de suivre une cure visant l'abstinence lorsque nécessaire, comment peut-on qualifier le nouveau sujet qui émerge à travers l'usage politique du principe de tolérance ? Nous terminerons ce

texte en formulant un certain nombre d'interrogations sur les enjeux éthiques et politiques que soulèvent ces politiques.

INSTITUTIONNALISATION DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS : UN ENJEU DE SÉCURITÉ

Les discours à travers lesquels les politiques de lutte contre le VIH et la toxicomanie se sont développées tendent à montrer que la RdM trouve sa justification *première* en relation avec la *menace* que représente l'usage et les usagers de drogues dans le développement de l'épidémie du VIH et avec la reformulation de la problématique de la toxicomanie comme problème d'ordre sanitaire, social et économique.

Dans les premiers documents entourant le développement de projets pilotes de PES au Québec[1], les usagers de drogues sont non seulement considérés comme un groupe à risque d'infection par le VIH, mais aussi comme un vecteur de transmission du virus sur une grande échelle, par les relations qu'ils entretiennent avec les partenaires dans la population hétérosexuelle, la transmission fœtale ou verticale, etc. (Roy et Thabet 1991a, 1991b ; Arcand 1990 ; DSC Maisonneuve-Rosemont 1992 ; Hankins *et al.* 1993).

L'*urgence d'agir* pour contrer le danger d'épidémie chez les usagers de drogues par injection (UDI) deviendra au fil du temps le principal motif évoqué pour justifier la nécessité de développer des actions de RdM dans les différents plans de lutte contre le VIH. À partir de la phase 3 (1992-1995) de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (SQLCS), la situation est présentée comme *potentiellement explosive* par le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS 1992) et, deux ans plus tard, l'urgence d'agir se traduit alors par l'idée que « ... la transmission du VIH pose à la société un problème plus urgent que ne le fait la consommation de drogues » (CQCS 1994 : 24).

1. Il s'agit de PES mis de l'avant par les autorités locales de santé publique de l'époque (les Départements de santé communautaire) et financés par le gouvernement du Québec et du Canada comme projets pilotes. Leurs objectifs étaient d'évaluer leur faisabilité et leur efficacité dans la lutte contre le VIH auprès des usagers de drogues. Ils ont constitué une assise pour l'élaboration d'un cadre de référence de prévention du VIH pour cette population (CQCS 1994) et ont favorisé l'entrée de la RdM comme partie intégrante de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (SQLCS) à partir de la phase 3 (CQCS 1992).

Le discours a évolué dans le même sens dans la région de Montréal-Centre, où le nombre d'usagers de drogues est proportionnellement plus élevé que dans les autres régions du Québec. Le premier plan régional de prévention du VIH visant les UDI est justifié sur la base que les projets pilotes de PES n'auraient répondu qu'aux besoins les plus urgents, et été par conséquent insuffisants pour enrayer l'évolution de l'épidémie (DSP de Montréal-Centre 1996). Un an plus tard, en 1997, la Direction de santé publique (DSP) de Montréal-Centre adopte un discours plus alarmiste en parlant d'une *véritable flambée épidémique* chez les UDI de Montréal et l'approche de RdM sera « déclarée » priorité d'action régionale (DSP de Montréal-Centre 1997a).

En quelques mots, ces discours montrent que l'institutionnalisation de la RdM au sein de l'État québécois trouve sa justification *première* en relation avec une logique de sécurité sanitaire de contrôle du danger d'épidémie du VIH. Elle deviendra dans cette mouvance un des référentiels du secteur de la toxicomanie, à partir du milieu des années 1990. Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a en effet publié un document sur les expériences de RdM réalisées dans plusieurs pays en 1997 (Brisson 1997), formulé un avis favorable à celle-ci au ministre de la Santé et des Services sociaux la même année (CPLT 1997a) et rendu public un document synthèse de sa conception de l'approche en 1999 (CPLT 1999). Un comité chargé de définir de nouvelles orientations en matière de lutte contre la toxicomanie va, au tournant du millénaire, proposer une approche pragmatique de prévention de la toxicomanie en accord avec les principes de la RdM (MSSS 2001) et les grandes lignes de ces recommandations vont être reprises dans le premier plan d'action interministériel en toxicomanie du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 2006-2011 (MSSS 2006).

Pour le CPLT, si la RdM a été développée pour faire face à la menace de transmission du VIH au cours des années 1980, elle peut toutefois constituer un apport déterminant dans une stratégie de lutte contre la toxicomanie qui tient compte de la réalité de l'usage de drogues comme une menace pour la santé publique : « la mise en place de programmes de réduction des méfaits équivaut à reconnaître l'existence de la consommation de substances psychoactives comme une menace à la santé publique… » (CPLT 1999 : 15). Pour le Comité, l'usage de drogues n'aurait pas que des conséquences pour l'usager. Il en aurait également pour la société et celles-ci seraient diversifiées :

> Il faut empêcher que l'usage abusif ou la consommation inappropriée de drogues mettent en péril le bien-être et la santé des consommateurs eux-mêmes, de leur entourage et de la société en général. Par « usage abusif », on entend des formes de consommation qui entraînent des conséquences humaines, économiques ou socio-sanitaires négatives, telles la dépendance, les problèmes de santé, la violence conjugale, la négligence parentale, le suicide, la criminalité, la prostitution, l'itinérance ou la dégradation de la qualité de vie ; par « consommation inappropriée », on entend l'usage de matériel dangereux ou la consommation dans un contexte susceptible d'entraîner des conséquences négatives. On peut donner comme exemples l'utilisation de seringues souillées, la consommation durant les heures de travail, l'usage de substances psychoactives durant la grossesse ou la conduite automobile avec facultés affaiblies (CPLT 1997a : 21).

Les orientations ministérielles de lutte contre la toxicomanie (MSSS 2001) vont reprendre ces justifications et mettre de l'avant l'idée que l'urgence d'élaborer une nouvelle stratégie de prévention est justifiée par les effets dévastateurs que l'usage inapproprié de substances psychotropes entraîne sur les plans économique, social et de la santé physique et mentale : « Globalement, l'usage inapproprié est un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social… » (MSSS 2001 : 11). Plus récemment, dans le premier plan d'action interministériel en toxicomanie du Québec (2006-2011), ce n'est plus seulement l'urgence d'agir pour contrer un certain nombre de méfaits qui vient justifier la RdM, mais l'idée selon laquelle la situation de l'usage de drogues se serait détériorée au point qu'elle est jugée *préoccupante*, c'est-à-dire menaçante pour la *cohésion de la société*. L'augmentation de l'offre et de la variété des produits, l'accessibilité accrue de certaines drogues illicites (en particulier le cannabis, mais aussi les drogues de synthèse et leur bas prix) et une plus grande tolérance à l'égard de leur usage, l'augmentation de la toxicité des produits, la diversification des pratiques de consommation (âge précoce, polyconsommation, augmentation de l'usage dans les contextes récréatifs, etc.) et la détérioration des conditions sociales et économiques de certaines populations sont tous des éléments qui contribueraient à la détérioration de la situation. On va jusqu'à considérer que cette situation aurait des répercussions importantes sur l'unité de la société : « Elle mine les liens entre les individus, nuit à la cohésion sociale et entraîne des coûts économiques importants » (MSSS 2006 : 21). La conclusion générale du plan élève ce propos au rang de préoccupation pour l'ensemble de la société : « La toxicomanie nous concerne tous. Elle n'épargne aucun groupe, aucune portion de la société. Ses conséquences individuelles et sociales sont préoccupantes » (MSSS 2006 : 63).

En résumé, la RdM a pris place dans les politiques de lutte contre le VIH et la toxicomanie en relation avec des justifications de sécurité liées, dans un premier temps, au développement de l'épidémie du VIH et, dans un deuxième temps, avec l'idée que l'usage de drogues aurait des effets de plus en plus néfastes sur l'ensemble de la société. Dans les derniers plans de lutte contre la toxicomanie, le problème est élevé au rang de quasi-fléau social : celle-ci n'épargnerait aucun groupe de la société, mettrait en danger le principe de cohésion sociale qui assure l'unité de la société et, bien sûr, entraînerait des coûts économiques importants pour la collectivité. Dans ces conditions, c'est la reformulation de la problématique de l'usage de drogues comme problème de sécurité qui est au cœur des justifications sous-jacentes au développement de la RdM. Les problèmes associés à l'usage de drogues ne sont plus formulés sur un plan individuel comme c'était le cas dans les dispositifs cliniques, mais sur un plan collectif, c'est-à-dire comme des problèmes constituant un danger ou une menace pour la sécurité de la société.

Les discours analysés ici viennent corroborer deux intuitions. L'idée selon laquelle ce serait sous l'influence de la menace représentée par le VIH que la RdM s'est institutionnalisée dans les politiques de l'État québécois (Brisson 1997, 2000) et celle que ce serait dans un objectif de sécurité de protection de la collectivité que ce même État y aurait fait appel (Beauchesne 2005). De plus, ces discours convergent avec la politique canadienne de lutte contre la toxicomanie, où la RdM se présenterait comme un mode de gestion des problèmes de sécurité par la neutralisation des conduites perçues comme une menace pour la société et une attribution de la faute et de la responsabilité aux usagers de drogues eux-mêmes (Quirion 2001, 2002). Plus récemment, Dubé *et al.* (2009) soulignaient l'importance prise par la rationalité instrumentale dans les politiques québécoises et le fait que la RdM y soit présentée comme une mesure pour faire face à l'épidémie des infections transmises par le sexe et le sang (ITSS), pour réduire les coûts qui y sont associés et pour protéger la collectivité.

Dans cette perspective, il est possible de considérer que la RdM trouve sa justification *première* dans les politiques de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie en lien étroit avec la nécessité de *régulariser* des problèmes de plus en plus construits comme des problèmes de sécurité. Nous reviendrons sur cette question dans la troisième partie car elle soulève un dilemme éthique et politique important : l'institutionnalisation politique de la RdM ne relèverait pas tant d'un objectif de bienfaisance d'amélioration de l'état de santé des populations visées que d'un objectif de protection de la collectivité. Ce souci

de protection passerait par la mise en œuvre de mesures visant la responsabilisation de ces populations à l'égard des problèmes associés à l'usage de drogues (épidémie, coûts, etc.), avec tous les dangers de stigmatisation que ce ciblage est susceptible d'avoir sur des populations déjà fortement marginalisées (Dubé 2007 ; Quirion 2002 ; Carrier et Quirion 2003). Toutefois, s'il existe bel et bien un danger de transfert des responsabilités sur les épaules des usagers de drogues, la notion de responsabilisation nous apparaît insuffisante pour comprendre les transformations qui ont cours. La demande de responsabilité existe dans la plupart des dispositifs qui visent la régulation sociale d'une pratique quelconque, y compris dans les plus répressifs. Nous soutiendrons plutôt que c'est la nouvelle distribution des droits et des devoirs que permet l'usage politique du principe de tolérance et, en particulier, ses effets sur la constitution d'un nouveau sujet apte à réguler la tension dans le jeu liberté-sécurité qui permet de rendre intelligibles les transformations en cours. Mais au préalable, il faut discuter d'une autre part des justifications inhérentes à l'institutionnalisation politique de la RdM, soit celles reliées à l'usage du principe de tolérance.

Réduction des méfaits et pragmatisme : de la tolérance zéro à la tolérance *de facto*

Si la RdM a contribué à inscrire l'action en direction des usagers de drogues dans le registre de la gestion des risques, cette reconfiguration ne s'est pas pour autant appuyée sur une réinterrogation des effets du prohibitionnisme sur les risques associés à l'usage de drogues. C'est l'incapacité de l'approche de tolérance zéro à les contenir sous des seuils « acceptables[2] » et la nécessité d'élaborer une stratégie pragmatique (tolérance *de facto*) qui a constitué une part des justifications de son développement dans les politiques de lutte contre le VIH et la toxicomanie.

Pour le CQCS, la lutte contre l'épidémie du VIH a mis en évidence une polarisation entre deux approches d'intervention à l'égard de l'usage de drogues, soit l'approche de *tolérance zéro* et la RM.

L'approche de tolérance zéro préconise la répression des usagers de drogues. Ces derniers sont considérés comme des criminels qui doivent être

2. Un taux de séroprévalence au VIH supérieur à 10% est perçu dans la SQLCS comme un indicateur de l'atteinte d'un seuil annonciateur d'une flambée épidémique incontrôlable (Lévesque 2007).

punis. Une limite de cette approche serait de négliger les risques associés à l'usage de drogues et de rendre le travail de prévention du VIH difficile, sinon impossible à réaliser. Il devient difficile par exemple d'accéder aux milieux illicites pour y déployer des actions de prévention, de maintenir une communication soutenue avec les usagers de drogues, de rejoindre et de mobiliser les membres de leurs réseaux dans la prévention. Cette problématique fait ressortir les limites et les contradictions que la société entretient avec les substances psychotropes en général, et les drogues par injection en particulier (CQCS 1994).

L'approche de RdM considère les usagers de drogues comme des personnes qui ont un problème de santé pour lequel elles ont besoin d'être aidées et elle vise à travailler *avec* eux afin qu'ils minimisent les dommages qu'ils s'infligent, qu'ils infligent à leurs partenaires, à leurs familles et à l'ensemble de la société. Si le CQCS estime que l'abstinence est le meilleur moyen d'éviter les risques, il considère que, devant l'ampleur du problème de propagation du VIH, il faut se distancier de l'approche de tolérance zéro et adopter une approche de RdM fondée sur le pragmatisme, c'est-à-dire sur la reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues et la tolérance. L'enjeu est que le travail de prévention ne peut se réaliser que dans un cadre où il existe une forme de dépénalisation *de facto* de l'usage de drogues et, plus spécifiquement, une reconnaissance d'un droit d'accès aux services de prévention (CQCS 1994). La nécessité d'accéder aux milieux de vie illicites des usagers de drogues de même que la nécessité de travailler *avec* eux et les membres de leur entourage pour réduire les risques sont les conditions jugées nécessaires à la réalisation du travail de prévention.

Le principe de tolérance s'est dans cette perspective actualisé dans la région de Montréal-Centre par une double stratégie. D'une part, une stratégie de communication visant à réduire la marginalisation et la stigmatisation des personnes toxicomanes, la réduction de l'intolérance et de l'incompréhension à l'égard de l'usage de drogues et l'engagement des acteurs locaux auprès de cette population sera mise en oeuvre (Morissette 1994). Elle prendra forme notamment dans le soutien au développement du travail de milieu dans les PES. L'objectif principal est de favoriser une cohabitation pacifique entre les usagers de drogues, les intervenants des PES et les autres acteurs du milieu (citoyen, policier, etc.), voire de créer un « environnement de tolérance » favorable à la réalisation du travail de prévention. D'autre part, une stratégie d'accès non discriminatoire à des services de première ligne fondée sur le respect ou la non-condamnation de l'usager de drogues sera promue

(DSP de Montréal-Centre 2004). L'objectif est de rejoindre une population refoulée dans la clandestinité ou l'exclusion, d'établir un lien de confiance et de la mobiliser dans la lutte contre le VIH, par différentes mesures tels la distribution de seringues, l'écoute, les actions d'éducation et de sensibilisation ou l'accompagnement dans l'accès aux services de santé.

Le principe de tolérance prendra forme dans les différentes politiques de lutte contre la toxicomanie selon une logique similaire. Dans son premier avis officiel, le CPLT considère qu'un plan d'action visant à réduire les problèmes sociaux et de santé associés à l'usage de drogues ne peut reposer sur une optique de *tolérance zéro* et suggère que la problématique doit être reformulée dans une perspective pragmatique de santé publique. L'argument est que les stratégies de tolérance zéro n'ont pas permis de réduire la prévalence de l'usage de drogues et qu'il n'est pas nécessaire de réduire son ampleur pour réduire les méfaits (CPLT 1997a)[3]. Les orientations ministérielles qui ont suivi (MSSS 2001), de même que le premier plan d'action interministériel en toxicomanie de 2006-2011 (MSSS 2006) vont, dans cette perspective, s'appuyer sur l'idée qu'il n'existe pas de société sans drogue, que l'usage de drogues constitue une réalité universelle, qu'il est utopique de penser l'éliminer, que le prohibitionnisme remporte un succès mitigé et qu'il vaut mieux tolérer que punir (MSSS 2001, 2006).

Toutefois, si le MSSS (2001) reconnaît que la prohibition est en cause dans la plupart des problèmes liés aux drogues illicites et que les lois actuelles sont susceptibles d'entraver le développement de la prévention, le problème est formulé comme un simple problème de déséquilibre : « il existe un déséquilibre entre les actions répressives, qui consistent à punir et à exclure les usagers de drogues illicites, et les actions préventives, qui visent l'intégration sociale et le soutien » (MSSS 2001 : 18). Dans la foulée des recommandations formulées par le CPLT (1997b) visant à adopter une stratégie pragmatique fondée sur la formulation d'une hiérarchie d'objectifs réalistes adaptés aux différents profils d'usagers, le MSSS propose l'adoption d'« une approche pragmatique de promotion de la santé et de prévention [qui] consiste à composer avec la réalité de l'omniprésence des substances psychotropes dans la plupart des sociétés » (MSSS 2001 : 39). Au chapitre des drogues illicites qui

3. Il faut souligner que, pour le CPLT, ce n'est pas l'objectif de réduction des risques qui différencie la RdM des approches traditionnelles, puisque celles-ci visent également cet objectif à travers la réduction de la prévalence. La différence réside dans le fait que la RdM s'attaque aux conséquences de l'usage (et non à l'usage) et adopte une stratégie fondée sur la tolérance plutôt que sur l'interdit (CPLT 1999).

nous intéressent ici, il est proposé de « ... poursuivre la mise en place de zones de tolérance telles que des organismes accueillant les toxicomanes afin qu'ils se procurent du matériel stérile d'injection, des condoms, qu'ils obtiennent le support des intervenants et intervenantes tout en facilitant l'accessibilité à des soins médicaux » (MSSS 2001 : 44).

Le plan d'action interministériel de 2006-2011 vient renforcer cette tendance à la tolérance, puisqu'il est orienté sur la prévention de la toxicomanie et la réduction des méfaits, plutôt que sur l'abstinence. La toxicomanie n'est plus synonyme d'usage de drogues. Elle est définie comme une *dépendance à une substance*, c'est-à-dire comme une « consommation incontrôlée et continuelle de drogues malgré son caractère nuisible » (Santé Canada 2002). C'est donc la perte de contrôle dans l'usage de drogues qui est prioritairement visé, et non pas l'abstinence. De plus, les grands axes de ce plan se structurent autour de l'idée voulant que la prise en charge sera d'autant plus efficace qu'elle s'inscrira d'abord dans une perspective de prévention de la dépendance, de réduction des méfaits, de réadaptation et de réinsertion sociale plutôt que de répression et d'exclusion.

Les discours analysés ici tendent donc à montrer que la reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues est maintenant bien ancrée dans les politiques du gouvernement du Québec. Un consensus[4] semble exister autour de l'idée que le prohibitionnisme rencontre des limites dans sa capacité à réguler les « nouveaux » risques, et qu'il vaut mieux *tolérer* plutôt qu'agir de manière coercitive en imposant *a priori* l'abstinence comme exigence à l'accès aux services de santé. La logique de fond est qu'il vaut mieux tolérer un moindre mal (usage de drogues) pour contrer un plus grand mal (menaces liées à l'usage de drogues) tout en poursuivant l'objectif de réduire la prévalence au maximum. En ce sens, tolérer, ce n'est pas faire entrer les drogues et les usagers de drogues dans le registre de la normalité. C'est

4. Ce plan est le premier de nature interministérielle dans le champ de la toxicomanie au Québec. Il est piloté par le MSSS, mais huit autres ministères y souscrivent : Sécurité publique ; Éducation, Loisir et Sport ; Emploi et Solidarité sociale ; Conseil exécutif (Secrétariat à la jeunesse et Secrétariat aux affaires autochtones) ; Transports ; Justice ; Famille, Aînés et Condition féminine et Immigration et Communautés culturelles. Il faut cependant souligner qu'outre le fait que ces acteurs s'engagent à agir de manière concertée, le plan ne comporte aucun axe sur les conditions de réalisation de l'action intersectorielle. Le consensus semble se réaliser davantage au niveau des finalités à atteindre qu'à celui des moyens à mettre en œuvre. L'action intersectorielle est envisagée dans le cadre des missions respectives de chacun et semble être laissée à l'expérimentation et à la recherche de compromis par la négociation au cas par cas.

plutôt créer une « alternative » pragmatique apte à composer avec les nouveaux risques associés à l'usage de drogues qui échappent au prohibitionnisme qui est en jeu. L'usage politique du principe de tolérance est dans cette perspective d'ordre stratégique : les objectifs sont, dans un contexte de maintien du prohibitionnisme, d'ouvrir l'espace nécessaire à l'accès au milieu de vie clandestin des usagers de drogues pour y réaliser le travail de prévention (travail de milieu, de proximité, de rue, accompagnement vers les ressources à bas seuil, etc.).

Dans ces conditions, si la RdM fait entrer l'usager de drogues dans le registre du droit, c'est dans le registre d'un « droit limité[5] » à l'accès aux services de santé. Il faut en effet souligner que, dans tous les discours analysés, tolérer ne signifie pas banaliser l'usage de drogues et n'est pas du tout synonyme de normalisation ou de légalisation. S'il est reconnu que la prohibition a eu un succès mitigé, il est néanmoins estimé qu'il est possible d'orienter les politiques sur les drogues vers la RdM malgré la présence de lois prohibitives. De plus, si l'objectif est de réduire les risques, le prohibitionnisme, en tant que régime producteur de conditions d'usage de drogues à risques pour la santé, n'est pas à l'ordre du jour. L'ordre du jour, c'est le développement d'une gamme diversifiée et complémentaire d'actions de réduction des risques sur le plan individuel dont l'objectif est de *composer* avec l'existence des drogues, c'est-à-dire de s'adapter le mieux possible à un phénomène dorénavant considéré comme universel, mais un phénomène toujours considéré de l'ordre de l'indésirable.

ENJEUX LIÉS À L'USAGE POLITIQUE DU PRINCIPE DE TOLÉRANCE

Comme nous l'avons présenté ci-dessus, la RdM s'est institutionnalisée au sein de l'État québécois en relation avec des justifications de sécurité sanitaire, sociale et économique. Le contrôle du danger d'épidémie du VIH et la reformulation des problèmes associés à l'usage de drogues comme des problèmes de sécurité ont été à la base de ce processus d'institutionnalisation. De plus, elle trouve une autre part de sa justification en relation avec une des prémisses sur laquelle repose ce concept, soit le pragmatisme, entendu comme la reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues et

5. Entendu ici dans le sens que ce droit ne donne pas pour autant accès à des conditions d'usage appropriées (droit de faire usage, accès à des produits de qualité sur un marché régulé légalement, reconnaissance et accès aux droits sociaux nécessaires à des conditions d'usage appropriées, etc.).

l'importance, dans un contexte prohibitionniste, de faire preuve de tolérance. Le recours au principe de tolérance résulte de l'incapacité du régime prohibitionniste de réguler à lui seul les « nouveaux » risques associés à l'usage de drogues et constitue en même temps la condition de possibilité de leur régulation en favorisant l'accès aux milieux de vie clandestins et l'utilisation des services de santé.

Dans ces conditions, il est possible de considérer que la RdM trouve, à travers le principe de tolérance qui la caractérise des autres approches de prévention en santé publique[6], sa légitimité politique en relation avec deux grands enjeux caractéristiques des dispositifs de sécurité : 1) celui de réguler la tension existante entre des politiques en apparence contradictoires (politiques répressives vs politiques de RM) et 2) celui de réguler ce que nous qualifions ici de tension existante dans le jeu liberté-sécurité.

Régulation de la tension existante entre les politiques répressives et la RM

En ce qui concerne le premier enjeu, nos analyses montrent que ce n'est pas la normalisation de l'usage de drogues qui est visée dans les discours de RdM, mais bel et bien l'enjeu de mieux *composer* avec cette réalité universelle toujours jugée hors norme. L'idéal normatif d'une société sans drogue ne change pas pour autant. Ce qui change, c'est que la RdM se présente comme un moyen d'action supplémentaire permettant de *contenir* l'ampleur des dangers associés à l'existence des drogues. Si la maîtrise des risques est l'objectif de la RdM, elle n'a pas, dans l'espace discursif analysé ici, le statut d'un principe favorisant l'émergence d'un nouveau régime normatif. Elle a plutôt le statut de *moyen pratique* de mieux gérer l'indésirable. La logique de fond est une logique de « tolérance de l'indésirable » à des fins pragmatiques de gestion sécuritaire des risques de conséquences associés à l'usage de drogues, et non dans une réinterrogation d'un des principaux principes normatifs à la base du régime prohibitionniste, à savoir l'interdit.

6. Il faut insister ici sur le fait que ce n'est pas en soi la réduction des risques de conséquences associées à l'usage de drogues qui caractérise la RdM, puisque les approches de prévention existantes dans le champ de la santé publique pour d'autres objets (périnatalité, santé mentale, etc.) visent les mêmes objectifs. Ce qui fait sa particularité, c'est le principe de tolérance sur lequel elle prend appui et qui la caractérise par rapport aux approches habituelles de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Cet aspect est important, car si la RdM est souvent présentée par ses promoteurs et également par un certain nombre d'auteurs (Ehrenberg 1996 ; Garapon 1996 ; Quirion 2001, 2002) comme l'amorce d'une rupture à l'égard du régime prohibitionniste, force est de constater, comme nous l'avons souligné en introduction, que ce régime est bel et bien vivant et qu'il possède toujours un capital de légitimité élevé. Les analyses présentées ici tendent plutôt à montrer qu'il y a plus continuité que rupture, et que la RdM ne fait pas que coexister avec celui-ci. La RdM compterait plutôt comme une des parties intégrantes d'un même régime de prévention qui cherche à dépasser ses limites d'éradication de l'usage de drogues par l'ajout[7] de dispositifs de minimisation des risques. Le principe de tolérance serait l'élément clé par lequel des logiques d'actions en apparence contradictoires trouvent leur « équilibre » au sein du régime prohibitionniste, fondé sur l'interdit. Toutes les politiques analysées sont explicites à cet effet : il ne s'agit pas de banaliser l'usage de drogues, encore moins de le cautionner et surtout pas de normaliser cette pratique. Et ces observations ne sont pas spécifiques au Québec. La loi française de santé publique, par exemple, interdit formellement la pratique du « testing », car cette pratique est perçue comme un encouragement à l'usage de drogues plutôt qu'un moyen de réduire les risques. *Bref, la frontière dans laquelle les actions de RdM se déploient relève encore du rapport entretenu à l'interdit : il est légitime de tolérer, mais pas de normaliser, même s'il est reconnu que le prohibitionnisme est un des principaux producteurs de risque* (Hankins 1997 ; Castel 1992, 1994a).

Pour Foucault (2004a), les dispositifs de sécurité sont apparus au XVIII^e^ siècle dans le passage de l'État de police à l'État libéral et régulateur. Ils constituent un moyen d'investir les sphères de l'activité humaine qui échappaient au contrôle réglementaire de l'État, fondé sur l'interdit. Leur objectif n'est plus seulement d'obtenir une conformité à une norme par la mise en

7. Le modèle suisse à quatre piliers (Kübler 2000) est sans doute un bon exemple d'un modèle de politique à l'égard des drogues où la RdM s'est ajoutée aux autres dispositifs, sans pour autant remettre en cause l'idéal normatif d'une société sans drogue. La réduction de l'offre, la prévention primaire de même que le maintien de dispositifs thérapeutiques visant l'abstinence montrent qu'on est très loin d'un renversement de régime. Cette situation est encore plus accentuée en France, où la RdM ne constitue pas seulement une politique, mais un référentiel qui a été inscrit au sein même de la loi de santé publique, voté par l'Assemblée nationale et approuvé par le Sénat, sans pour autant avoir suscité une réforme de la loi de 1970, qui est jugée comme une des lois les plus répressives en matière de lutte contre la drogue en Europe.

place de mesures disciplinaires, mais de mettre en œuvre des mesures afin d'obtenir une *régularisation*[8] des situations posant problème sur le plan du maintien de la sécurité ou, si l'on préfère, un *rééquilibrage* des processus (biologiques, sociaux, économiques, etc.) qui gouvernent la vie en société, et non en soi la gestion des risques. Leur objectif est : « … par des mécanismes globaux, d'agir de telle manière qu'on obtienne des états globaux d'équilibration, de régularisation ; bref, de prendre en compte la vie, les processus biologiques de l'homme-espèce, et d'assurer sur eux non pas une discipline, mais une régularisation » (Foucault 1997 : 220). Cela ne signifie pas que les interdits et les disciplines aient disparu, mais plutôt que les dispositifs de sécurité cherchent à agir sur l'événement aléatoire qui échappe à la discipline ou à la loi pour le contenir sous des seuils permettant d'éviter des crises (épidémie, fléau, révolte, etc.).

Vue sous cet angle, la régulation de la tension existante dans les logiques d'actions en apparence contradictoires serait au cœur de l'usage du principe de tolérance : on l'a déjà souligné, la tolérance suppose par définition l'interdit et permet par conséquent d'envisager la possibilité de faire un usage de l'approche de RdM comme une mesure complémentaire aux dispositifs disciplinaires ou répressifs du prohibitionnisme. En ce sens, la notion de tolérance serait une notion éminemment politique, avant d'être une notion humaniste. Car l'usage politique du principe de tolérance n'a pas pour but la reconnaissance d'une différence (l'usager de drogues est toujours un déviant et il n'acquiert pas de nouveaux droits d'usage), mais bien comme enjeu stratégique de créer les conditions de possibilité nécessaires à la mise en œuvre de mesures pragmatiques aptes à faire face aux nouveaux dangers qui échappent au prohibitionnisme.

8. À ne pas confondre avec la notion de régulation. Régulariser, c'est poursuivre l'objectif (finalité) de mettre en ordre ce qui est en désordre ou susceptible de l'être alors que réguler, c'est mettre en œuvre des mesures (moyens) aptes à atteindre un certain niveau de régularisation ou de régularité. Dans le cadre des analyses présentées dans ce texte, régulariser, c'est poursuivre un objectif de maintien de l'ordre sanitaire, social et économique comme nous l'avons présenté dans la première partie, alors que réguler, c'est mettre en œuvre différentes mesures de RdM (PES, programmes de méthadone, etc.) pour y parvenir.

Régulation de la tension existante dans le jeu liberté-sécurité : d'une logique de responsabilisation à une logique d'activation

Une deuxième source de légitimité du principe de tolérance se rapporte à sa capacité à réguler la tension existante dans le jeu sécurité-liberté, c'est-à-dire *l'arbitrage des intérêts collectifs et individuels* autour de la notion de danger ou de menace (Foucault 2004b). L'hypothèse que nous voulons défendre ici est que l'usage politique de ce principe favorise une nouvelle distribution des devoirs constitutive de la fabrication d'un nouveau sujet « usager de drogues » : ce dernier n'est plus seulement construit comme un sujet qui se doit de se responsabiliser et se conformer à des normes prescrites (ne pas consommer ou se faire désintoxiquer), mais s'activer, c'est-à-dire se comporter comme un entrepreneur privé de lui-même dans la gestion des risques.

Les analyses présentées ci-dessus montrent que l'usager de drogues n'acquiert pas, *au sens positif du terme*, de nouveaux droits en matière d'usage de drogues : il ne doit toujours pas consommer et il n'a pas davantage accès à des conditions favorisant un usage plus approprié, comme l'accès à des produits de bonne qualité sur un marché régulé légalement. La principale transformation se réalise sur le plan des devoirs. S'il n'acquiert pas de nouveaux droits, le principe de tolérance favorise, *par la négative*, un allégement des exigences (devoirs) qui lui sont formulées par le développement de ressources à *seuil d'exigence* moins élevé que l'abstinence (méthadone, etc.).

Nous l'avons montré, l'usage politique du principe de tolérance vise à favoriser l'accès aux milieux illicites fréquentés par les usagers de drogues et leur accès aux services de santé. Les politiques analysées sont sur ce plan en concordance avec le concept d'humanisme à la base de la RdM. Pour Brisson (1997), ce concept repose sur trois grands principes : 1) « aller à la rencontre des usagers là où ils sont (« *outreach* »), plutôt que d'attendre ou exiger qu'ils viennent vers les institutions en place, 2) leur offrir une variété de ressources, en termes de « portes d'entrée » (seuils d'accès) et d'opportunités de changement, qui correspondent à leurs besoins, plutôt que proposer un cheminement normatif auquel tous doivent s'adapter et 3) favoriser leur implication et le respect de leurs droits et libertés dans les démarches de changement, y compris à travers l'auto-organisation et l'auto-support, plutôt que les confiner à un rôle passif, dans des démarches directives ou imposées » (Brisson 1997 : 45).

Dans cette perspective, si l'usager de drogues n'a plus le devoir ou l'obligation d'être abstinent pour accéder aux services de santé (ce qui est

un gain), il a dorénavant le devoir de se prendre en main et de s'activer de manière à ce que son usage n'ait pas de conséquences pour lui-même, son réseau social et la société en général. Les transformations se caractérisent par le passage d'une logique de responsabilisation fondée sur une normativité de type prescriptive ou proscriptive, à une *logique d'activation fondée sur une exigence d'autonomie du sujet.* La demande n'est plus formulée en termes d'exigence de conformité à une norme. Elle est formulée selon une logique gestionnaire et conséquentialiste, comme un devoir de prendre les moyens nécessaires pour ne pas se nuire et nuire à autrui, voire comme un moyen de mobiliser ses ressources personnelles et sociales afin d'entreprendre un parcours individuel nécessaire pour s'émanciper de lui-même des conditions de vie qui le rendent vulnérable aux risques.

Deux exemples sur lesquels le plan d'action interministériel en matière de lutte à la toxicomanie (2006-2011 ; MSSS 2006) prend appui permettront d'illustrer les transformations décrites dans la section précédente et de faire ressortir les enjeux qu'elles soulèvent sur le plan de la régulation. Dans ce plan, l'on juge que la RdM peut s'intégrer au traitement de la toxicomanie et à la réinsertion sociale, notamment pour joindre les usagers de drogues qui sont moins motivés par l'arrêt de l'usage. L'argument est que non seulement cette approche ne fait pas de l'abstinence un passage obligé, mais qu'elle valorise aussi l'établissement d'un lien de confiance avec la personne et tente de susciter chez elle un *désir de changement*. Il s'appuie sur deux expériences d'intégration de cette approche dans le traitement de la toxicomanie (réadaptation et substitution) et sur une proposition de son intégration aux actions de réinsertion sociale (Boivin et De Montigny 2002).

La première expérience est celle de l'intégration de la RdM dans les démarches de *réadaptation* du Centre Dollard-Cormier. Celle-ci aurait trouvé un point de ralliement chez les intervenants autour de l'expression « haute tolérance » et aurait favorisé l'adoption de valeurs telles que flexibilité, accessibilité, accueil non discriminatoire, etc. (Landry et Chevalier 2003). Plus précisément, elle s'est réalisée autour de trois objectifs : 1) augmentation de l'accessibilité des services par la multiplication des portes d'entrée (réponse aux situations d'urgence, « *reaching out* », etc.) pour joindre les usagers non joints par les services, 2) tolérance dans les exigences d'admission à l'intervention (aucune discrimination au niveau de l'admission, pas de limite dans la durée de l'intervention, possibilité de réadmission en tout temps, etc.) et 3) mise en place d'un service visant l'action dans la communauté et sa mobilisation (soutien sous forme de consultation et de conseils, etc.) (Landry et

Chevalier 2003). Cette expérimentation du Centre Dollard-Cormier aurait permis de mieux s'adapter aux désirs exprimés selon le concept d'appariement («*matching*»), d'utiliser ceux-ci comme point de départ de l'intervention et, dans la perspective des approches motivationnelles et cognitives-comportementales, de favoriser l'engagement dans un parcours en travaillant sur les motivations, les moyens, les stratégies, etc. (Centre Dollard-Cormier 2002).

En ce qui concerne les *traitements de substitution,* les objectifs sont les mêmes, à la différence cependant que ceux-ci sont essentiellement d'ordre biomédical. Ils visent à stabiliser l'état de dépendance physique à l'égard d'une drogue en fournissant un «... produit de remplacement qui pénètre progressivement dans l'organisme, qui ne produit pas de sensation euphorique et qui maintient le consommateur dans un état fonctionnel» (Paquin 2003 : 1). Ils peuvent être utilisés dans des approches traditionnelles d'interventions centrées sur le sevrage et la sortie de la toxicomanie. Dans une perspective hygiéniste ou de RdM, ils visent soit à minimiser les méfaits à court terme (faible seuil d'exigence) ou à plus long terme (seuil intermédiaire d'exigence), ainsi que la stabilisation de l'usage, celle-ci étant perçue comme étant la condition de base nécessaire à l'engagement dans un projet de changement individuel.

La deuxième expérience d'intégration de la RdM dans les dispositifs de traitement de la toxicomanie concerne la *réinsertion.* Le plan d'action s'appuie à cet effet sur un document de Boivin et De Montigny (2002), qui la conçoivent comme une étape charnière entre la réadaptation (désintoxication) et l'intégration sociale. La réinsertion, c'est «un état que connaissent ceux qui ont vécu une certaine forme de désinsertion», un «premier pas dans l'acquisition d'une place reconnue dans la société», une «étape où il est souvent nécessaire de développer ou de consolider les unes après les autres les compétences requises pour rendre la personne la plus autonome possible avant même qu'elle ne réintègre la communauté» et une «période intercalaire fondamentale entre la réadaptation et l'intégration à la vie en société» (Boivin et De Montigny 2002 : 12). Autrement dit, c'est une étape où l'on agit pour transformer les représentations négatives que l'individu a de lui-même, pour favoriser une réinscription dans le tissu social communautaire et l'élaboration d'un projet de vie. Cette étape de re-prise en main est conçue comme une phase «où l'individu tente d'acquérir ou de consolider une place reconnue dans la société» (Boivin et De Montigny 2002 : 21). L'intégration sociale relèverait ainsi de la capacité de l'individu à entreprendre un parcours de reprise en main de sa «destinée».

Dans cette perspective, les actions de réinsertion sociale visent le renforcement du potentiel d'autonomie des usagers de drogues sur différents plans de la vie en société (psychorelationnelle, sociocommunautaire, etc.) et misent sur les besoins en développement personnel et social, soit la consolidation des acquis de la réadaptation, la confiance en soi, les compétences relationnelles, le développement d'un réseau social, l'engagement communautaire, l'employabilité, etc. (Boivin et De Montigny 2002). De plus, pour y parvenir, il est proposé de fonder l'intervention sur un « environnement pro-client », c'est-à-dire de placer la personne au cœur de l'intervention (agir avec) et d'intervenir comme un conseiller d'orientation (écoute, conscientisation, conseil, soutien, accompagnement, etc.) selon les principes à la base du modèle d'intervention de l'appariement (« matching »), qui consiste à « ... trouver la combinaison optimale entre l'expérience de vie de la personne toxicomane et les ressources disponibles les mieux adaptées » (Boivin et De Montigny 2002 : 22).

Bref, que ce soit à travers le travail d'« *outreach* » ou de proximité, le développement de traitements à bas seuil d'exigence ou l'action de réinsertion sociale, la RdM se développe dans un objectif de soutenir le potentiel de réinscription sociale nécessaire à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques. L'accès aux milieux de vie illicites, l'établissement d'un lien de confiance, le travail sur l'estime de soi, la mobilisation des pairs, le soutien à l'autosupport ou à l'« *empowerment* », les traitements de substitution, etc., sont des dimensions constitutives d'une approche biopsychosociale dont la finalité est d'agir sur le rapport que l'individu entretient avec lui-même à travers son inscription dans un réseau social local (services publics, communautaires, etc.). La dynamisation du *soi* biologique, du *soi* psychologique et du *soi* relationnel constitue le fil directeur d'un processus d'intervention visant l'intégration sociale à travers le développement du potentiel personnel et relationnel ou, plus précisément, à travers le développement du « capital humain » et du « capital social[9] ». Ce type d'actions s'appuie sur l'idée que les conditions de vulnérabilité aux risques liés à l'usage de drogues relèvent

9. Les concepts de « capital humain » et de « capital social » doivent être considérés ici dans le sens qu'ils ont dans la sociologie étatsunienne, et non pas dans le sens bourdieusien du terme. Dans la sociologie étatsunienne, ils reposent sur une conception libérale et utilitariste de constitution du sujet (« rational choice theory ») qui fait l'économie des contraintes structurelles alors que chez Bourdieu, le capital social est issu de l'héritage et de la trajectoire sociale et est un enjeu des inégalités structurelles liées étroitement à la possession d'autres capitaux : économiques, culturels et symboliques. Pour une présentation de la généalogie du concept de « capital social » dans la sociologie étatsunienne, de la philosophie libérale et utilitariste qui y

essentiellement du sous-développement personnel et social et visent, pour reprendre une formule de Robert Castel (1981), une solution au problème par l'instrumentalisation de leur espace de subjectivité et d'intersubjectivité. Avec la RdM, le toxicomane n'est pas seulement construit comme une personne qui souffre de conditions de vie précaires et qu'on écoute (Fassin 2004), mais comme un être sous-développé que l'on cherche à gouverner par l'exercice d'un travail sur soi, l'écoute n'étant qu'une première étape d'un processus allant de l'établissement d'un lien avec le plus marginalisé jusqu'à sa mobilisation dans un parcours individuel d'intégration sociale.

TRAVAIL SUR SOI, REDISTRIBUTION DES DEVOIRS ET GOUVERNEMENTALITÉ NÉOLIBÉRALE

Comme nous venons de le voir, la réduction des conditions de vulnérabilité au risque passe dans les discours analysés ici par l'activation des individus et la mobilisation des membres du réseau social local. S'il est reconnu par exemple dans le document de Boivin et De Montigny (2002) que la désaffiliation relève de mutations profondes du rapport salarial (on fait référence à Castel 1994b), les enjeux liés à ces mutations sont exclus de la problématique. La réponse est formulée sous l'angle de la mobilisation de l'usager de drogues d'agir sur le rapport qu'il entretient à lui-même (le soi biologique et psychologique) et aux autres (le soi social ou relationnel) pour développer son potentiel d'intégration sociale nécessaire à la réduction des conditions de vulnérabilité.

Dans ces conditions, le sujet construit par la RdM n'est plus un sujet de devoir au sens disciplinaire, devant obéir à des prescriptions ou à des proscriptions, tel que c'est le cas par exemple dans les logiques plus traditionnelles de santé publique d'éducation sanitaire, ou encore dans les logiques d'actions du prohibitionnisme. À travers l'usage du principe de tolérance, les politiques de lutte contre le VIH et la toxicomanie ne formulent plus une exigence de conformité à la norme d'abstinence, mais celle de réaliser un *travail sur soi*. Ainsi, le sujet « usager de drogues » est devenu un sujet de devoir *au sens entrepreneurial du terme*, c'est-à-dire un sujet qui doit réaliser un travail sur lui-même et s'engager dans un parcours individuel de réinscription sociale nécessaire à la réduction de ce qui est dorénavant considéré comme *ses* conditions de vulnérabilité au risque.

---

est sous-jacente de même qu'une analyse critique des enjeux liés à son entrée dans le champ de la santé publique, il est possible de consulter le texte de Gilles Bibeau (2005).

En effet, si la santé publique a traditionnellement fondé son action sur une logique utilitariste de type coût-avantages et tendait à interpeller les individus comme des acteurs rationnels dédiés à la maximisation du rendement de leurs « agirs » (Massé 1999), notamment à travers des modèles d'éducation sanitaire comme le « Health Belief Model », celui de la théorie de l'action raisonnée et celui de la théorie de l'apprentissage social (van Campenhoudt 1998), avec des approches comme la RdM et la promotion de la santé, elle tend de plus en plus à faire du développement du « capital humain » et du « capital social » l'élément clé de l'émancipation des individus à l'égard des risques. La gestion des risques passe dorénavant par *l'autonomisation* des individus ; les conditions structurelles qui les favorisent sont exclues des discours et des dispositifs de prévention.

Ainsi, si la RdM a comme effet de reporter le poids de la responsabilité de la gestion des problèmes associés à l'usage de drogues (épidémie, coûts, etc.) sur les épaules des seuls usagers de drogues, le recours à la notion de responsabilité nous apparaît insuffisant pour rendre compte des transformations engendrées par l'institutionnalisation politique de cette approche. La nouveauté résiderait davantage dans la nouvelle distribution des devoirs qui se réalise à travers l'usage politique du principe de tolérance et, plus précisément, dans la manière dont cette nouvelle distribution agit sur la constitution d'un nouveau sujet. Si l'on faisait appel à la notion de responsabilité pour réguler la tension existante dans le jeu liberté-sécurité dans le cadre de la modernité libérale, l'on aurait tendance à faire appel dans le cadre de la modernité néolibérale actuelle à l'autonomie du sujet, voire à l'imposition aux individus d'un « nouveau » devoir de se comporter comme des entrepreneurs privés d'eux-mêmes.

Il faut souligner ici que ces transformations ne sont pas spécifiques à l'approche de RdM. Comme l'ont par exemple montré Vrancken et Macquet (2006), l'exigence d'exercer un travail sur soi (importance du *self*) traverse l'ensemble du champ de l'action sociale et est étroitement liée au passage de l'État social à l'État social actif ou, si l'on préfère de ce côté de l'Atlantique, au passage de l'État-providence à l'État néolibéral. L'enjeu de fond dans le passage du libéralisme au néolibéralisme n'est pas seulement le désengagement de l'État, mais un enjeu lié étroitement à la transformation de la manière de concevoir le marché et le rôle de la politique sociale. Si dans le libéralisme classique, l'État doit intervenir le moins possible et laisser jouer les forces vives du marché de manière à favoriser le jeu de la concurrence, la politique sociale des néolibéraux s'appuie sur l'idée que la concur-

rence n'a rien de naturel et, par conséquent, le rôle de la politique sociale est justement de la stimuler. L'extension de l'esprit d'entreprise aux différentes sphères de l'existence et le maintien des inégalités sociales de manière à y favoriser l'esprit entrepreneurial sont deux enjeux constitutifs de cette nouvelle forme de gouvernementalité. Les individus sont désormais invités à se faire acteurs de leur propre vie, à se prendre en charge eux-mêmes, notamment par l'exercice d'un travail sur soi (Foucault 2004b ; Dardot et Laval 2009 ; Donzelot 2005 ; Vrancken et Macquet 2006).

Pour Foucault (2004b), la théorie du capital humain est une des dimensions constitutives de ce néolibéralisme. Dans cette théorie, ce qui importe, c'est la constitution d'un sujet entrepreneur de lui-même : « Dans le néolibéralisme, […] l'homo œconomicus, c'est un entrepreneur et un entrepreneur de lui-même. Et cette chose est si vraie que, pratiquement, ça va être l'enjeu de toutes les analyses que font les néolibéraux, de substituer à chaque instant, à l'homo œconomicus partenaire de l'échange, un homo œconomicus entrepreneur de lui-même, étant à lui-même son propre capital, étant pour lui-même son propre producteur, étant pour lui-même la source de [ses] revenus » (Foucault 2004b : 232). Dardot et Laval (2009) vont plus loin en considérant que la grande innovation de la technologie néolibérale est celle de fonder la gouvernementalité sur la manière dont le sujet se gouverne lui-même, c'est-à-dire le rapport qu'il entretient avec lui-même dans son rapport à autrui, ce qui nécessite un travail poussé jusqu'au plus intime du sujet lui-même : ses désirs, ses motivations, la confiance en soi, la capacité de s'insérer dans des réseaux sociaux locaux, etc.

La conception de l'autonomie qui tend à ressortir des analyses réalisées ici est celle qui prédomine aux États-Unis et qu'Alain Ehrenberg (2010a) qualifie d'*autonomie de condition*, c'est-à-dire une conception de l'autonomie qui trouve ses origines dans le puritanisme du XVII^e^ siècle et le libéralisme du XVIII^e^ siècle (avec la révolution) et qui consiste, dans ses grandes lignes, à concevoir l'individu comme un être moral libre de ses choix dans la poursuite de son accomplissement personnel, voire comme un individu capable de créer par lui-même les conditions de son indépendance ou de son autonomie : savoir saisir les opportunités, entrer en compétition, collaborer, etc. *A contrario*, l'autonomie en France serait une *autonomie d'aspirations*, c'est-à-dire une autonomie pensée dans le registre politique et faisant appel à l'État pour accéder aux ressources et aux droits nécessaires pour s'affranchir de ses dépendances. Dans cette dernière conception, l'autonomie passe donc par l'accès aux droits (économiques, sociaux, etc.) alors que dans la version

étatsunienne, elle relève des caractéristiques intrinsèques des individus (subjectivité) et de leur appartenance à la communauté locale (intersubjectivité).

Ainsi, au-delà des intentions humanitaires tout à fait légitimes des intervenants de RdM, l'objectif des politiques analysées ici n'est pas de réduire les conditions de vulnérabilité aux risques en réinterrogeant les effets du prohibitionnisme sur la prise de risque (Hankins 1997), ceux liés aux conditions de précarité ou aux inégalités sociales (Hankins 1997 ; Castel 1992, 1994a) et encore moins ceux liés aux nouvelles normes de performance de la société contemporaine (Ehrenberg 2001a, 2001b). L'objectif est d'exiger des populations « dangereuses » qu'elles se gouvernent par elles-mêmes malgré le fait qu'elles ne sont pas dans des conditions pour le faire. Elles peuvent toujours se présenter comme des politiques progressistes qui visent, sous le couvert d'une pratique de discrimination positive envers les plus démunis, à assurer une redistribution équitable des ressources rares, à agir par compassion, *avec eux* plutôt que *sur eux*, dans le respect des choix individuels et de la personne comme citoyen, etc.[10]. Mais l'envers du décor est que ces politiques se présentent plus comme une forme *d'injonction à l'autonomie* dans un but sécuritaire de contrôle des problèmes associés à l'usage de drogues que comme politiques dédiées à la production des conditions de vie nécessaires à l'exercice de l'autonomie et à une émancipation réelle à l'égard des risques.

10. Il faudrait par ailleurs s'interroger sur les effets de l'usage de ces conceptions humanistes dans les politiques sur le plan de la gouvernementalité. Comme le souligne Fassin (2010), sur la base de recherches ethnographiques réalisées sur différents objets (lieux d'écoute, interventions humanitaires, etc.), le « nouveau » gouvernement humanitaire qui émerge de l'usage des sentiments moraux dans les politiques contemporaines a sans doute permis de faire des gains en termes de proximité et de compassion envers les plus démunis, mais des pertes importantes en termes de justice et de solidarité sociales peuvent en contrepartie être observées. Le problème par exemple des inégalités sociales s'efface au profit d'une conception morale de la justice et de la solidarité sociales où les maîtres mots sont la compassion, l'altérité, l'empathie, l'affect, les sentiments moraux, etc., et qui trouveraient leurs origines dans le religieux et prendraient forme dans les politiques contemporaines sur la base de justifications visant la protection de la vie biologique (biolégitimité), au détriment de la vie sociale et politique. Que font les politiques sur les drogues, sinon protéger la vie biologique des usagers de drogues et celle des autres ?

CONCLUSION

À la lumière des analyses présentées ci-dessus, nous terminerons ce texte par une interrogation autour de deux grands enjeux politiques liés au développement et à l'institutionnalisation de la RdM, soit celui que soulève la régulation de la tension existante dans le jeu de la sécurité-liberté (arbitrage des intérêts collectifs et individuels) et celui lié à l'usage politique du principe de tolérance.

Premièrement, si la protection de la collectivité est un des principaux mandats de la santé publique et s'il est incontestable que cette dernière doit prendre les moyens nécessaires pour faire face aux menaces (épidémies, problèmes sociaux, etc.), les analyses présentées ici soulèvent néanmoins un certain nombre d'interrogations quant à la manière de formuler le problème et d'envisager les solutions.

En effet, en posant le problème comme un problème d'arbitrage entre les intérêts collectifs et individuels, les politiques tendent non seulement à reporter le poids de la responsabilité collective sur les individus des groupes qu'elles ciblent, en particulier les plus démunis, mais elles tendent aussi à exiger de ceux-ci qu'ils remplissent leurs devoirs en adoptant des comportements responsables à l'égard d'eux-mêmes et d'autrui.

Le problème est bien sûr de limiter la prévention des risques au seul plan individuel alors que, comme on l'a déjà souligné, il est reconnu que les risques associés à l'usage de drogues relèvent pour une large part des effets négatifs du prohibitionnisme, de la pauvreté ou des inégalités sociales, ou encore des normes de performance de la société contemporaine. De plus, derrière ce premier niveau d'analyse se profilent, sur le plan éthique et politique, des questions qui relèvent de la distribution des droits et des devoirs dans la société : est-il éthique, dans une perspective de justice et de solidarité sociales, de demander ou d'exiger aux individus les plus démunis d'être autonomes et responsables à l'égard des risques, alors que les conditions sociales d'un tel exercice ne sont pas réunies ? Et, toujours en termes de justice et de solidarité sociales, quelle signification donner à des politiques qui excluent d'emblée de prendre en considération les droits et les conditions sociales nécessaires à l'exercice de l'autonomie et à l'adoption de comportements responsables à l'égard des risques ?

Si les réponses à ces questions sont complexes, on peut toutefois s'interroger, comme le fait Robert Castel (2010), sur ce que signifie le fait de

penser l'autonomie comme une prérogative du *self*. Pour cet auteur, l'autonomie commandée par des dispositifs visant la dynamisation du *soi* n'est pas l'autonomie. Elle est une forme d'injonction, voire un nouveau mode de domination. L'histoire sociale nous apprend que l'accès à l'autonomie n'est pas seulement une affaire de mobilisation personnelle, mais aussi un enjeu lié à la protection sociale et à l'accès à certaines conditions de vie permettant de mener une vie décente, comme un travail, un logement, l'accès approprié à l'éducation, à un revenu minimal digne de ce nom, etc. (Castel 2010).

Vu sous cet angle, il est possible de considérer que l'autonomie préconisée dans les politiques analysées ici est une autonomie décontextualisée des conditions nécessaires à son exercice. D'un point de vue éthique et politique, un constat s'impose : s'il est indéniable que les acteurs de la RdM tentent d'agir dans un objectif de bienfaisance d'amélioration du bien-être des usagers de drogues, l'institutionnalisation politique de la RdM tend à réduire la portée de cette notion à des considérations purement individualistes (le *self*), dont un des effets paradoxaux est l'éloignement des principes de solidarité et de justice sociales au profit de considérations humanitaires issues du puritanisme et du libéralisme étatsuniens (Ehrenberg 2010) ou, plus largement, du religieux (Fassin 2010).

La rhétorique humanitaire a sans doute contribué à ouvrir la voie du pragmatisme, mais elle a en même temps contribué à reléguer dans l'oubli les enjeux politiques inhérents à l'amélioration des conditions de vie nécessaires à l'émancipation des usagers de drogues. Le défi reste entier. Il consiste à construire des alternatives permettant de créer les conditions de vie nécessaires pour qu'une réelle autonomie puisse advenir. Ce n'est qu'à cette condition que les politiques de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie pourront devenir autre chose qu'une forme d'injonction.

Sur le deuxième plan, on a vu que l'usage du principe de tolérance favorise un allégement des exigences ou des devoirs des usagers de drogues (bas seuil d'exigence) sur le plan de l'accès aux services de santé, en même temps que la mise en place d'actions visant la production d'un nouveau sujet autonome entrepreneur de lui-même. On assiste ainsi au passage d'une logique de *responsabilisation* fondée sur une normativité de type prescriptive ou proscriptive (ne pas consommer) vers une logique *d'activation*, caractéristique du néolibéralisme et fondée sur la norme d'autonomie.

En référence aux analyses de Foucault (2004b) sur la transformation du libéralisme, Donzelot (2005) a fait ressortir les enjeux sous-jacents à l'émer-

gence de la gouvernementalité néolibérale. Il montre qu'à la différence des libéraux, les néolibéraux considèrent que la concurrence n'a rien de naturel et, pour la susciter, il faut maintenir les inégalités sociales. Toutefois, une de leurs grandes craintes est que le jeu des inégalités sociales produise de l'exclusion, c'est-à-dire des populations « hors jeu » qui échappent à la régulation. Pour pallier ce problème, ils proposent que le rôle des politiques sociales soit limité à la lutte contre l'exclusion. L'objectif est de maintenir les individus dans le jeu des inégalités (et de la concurrence) en leur fournissant le minimum de soutien nécessaire pour qu'ils cherchent à s'inscrire dans un parcours d'intégration sociale.

Il est dans cette perspective possible de considérer que le modèle de gouvernementalité néolibérale à l'intérieur duquel s'est institutionnalisée la RdM a limité son potentiel d'innovations et la portée des transformations au *soutien minimal* nécessaire au retour des usagers de drogues dans le jeu de la concurrence. On l'a vu, la réinscription dans un parcours d'intégration sociale nécessaire à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques n'a pas été envisagée en relation avec l'amélioration de leurs conditions de vie, mais en relation avec un soutien à la dynamisation du *soi*.

Ces analyses invitent à réfléchir aux possibilités de dépasser les logiques d'intervention des modèles de politiques de type néolibéral centrées sur le *self* en mettant à contribution les expériences sociales-démocrates. En effet, l'option libérale, centrée sur le développement du capital humain et la constitution d'un sujet entrepreneur de lui-même, n'est pas la seule option. Les politiques des pays sociodémocrates visent, par exemple, à sécuriser les trajectoires, en privilégiant une régulation collective par le développement de nouveaux droits sociaux, qualifiés de droits de transition (Vrancken et Macquet 2006). Ceux-ci visent à soutenir la dynamique des projets de vie en sécurisant les périodes de transitions dans les différentes sphères de l'existence : éducation, emploi, santé, famille, etc. L'enjeu devient le développement de politiques qui envisagent l'émancipation comme une réalité qui repose *à la fois* sur le développement personnel, la sécurisation des parcours et le développement de structures d'opportunités aptes à favoriser la réduction des conditions de vulnérabilité par l'intégration sociale.

En s'inspirant de la notion de « capabilités » d'Armartya Sen, Bonvin et Vielle (2009) proposent de repenser la sécurisation des trajectoires en lien avec le développement des libertés réelles, c'est-à-dire en relation avec deux dimensions : le développement d'opportunités grâce auxquelles les personnes acquièrent les moyens de la liberté de choix et en relation avec le respect

de la liberté processuelle grâce à laquelle elles restent maîtresses de leurs choix (Bonvin et Vielle 2009 : 22). Dans cette perspective, l'objectif n'est plus seulement l'amélioration des compétences individuelles, mais également la sécurisation des personnes exclues par la mise en place de mécanismes de protection d'une série d'aspects fondamentaux de l'existence : logement, moyens d'existence, accès à l'éducation, etc. Le développement de politiques intersectorielles, tant discuté dans le champ de la lutte contre le VIH et contre la toxicomanie, pourrait être l'occasion d'ouvrir la réflexion sur ces enjeux.

RÉFÉRENCES

Arcand L., 1990, *La transmission du VIH chez les toxicomanes : État de la situation sur le territoire du D.S.C. Maisonneuve-Rosemont*, Montréal, DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Beauchesne L., 2005, « L'approche de réduction des méfaits : les risques de récupération politique », *L'Intervenant*, 21, 2 : 71-74.

Bergeron H., 1999, *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité,* Paris, PUF, Coll. « Sociologies ».

Berridge V., 1993, « Harm minimisation and public health : An historical perspective » : 55-64, dans A. Heather, E.N. Wodak et P. O'Hare, *Psychoactive Drug & Harm Reduction From Faith to Science,* London : Whurr Publishers.

Berridge V., 1999, « Histories of harm reduction : Illicit drugs, tobacco, and nicotine », *Substance Use & Misuse*, 34, 1 : 35-47.

Bibeau G., 2005, « Le « capital social » : vicissitudes d'un concept », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10, 2 : 134-168.

Boivin M.-D. et M.-J. De Montigny, 2002, *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir ?* Québec, CPLT, Gouvernement du Québec.

Bonvin J.-M. et P. Vielle, 2009, « Une flexicurité au service des capacités des citoyens européens », *La Revue de l'IRES*, 63, 4 : 17-33.

Brisson P., 1997, *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques,* Québec, CPLT, Gouvernement du Québec.

Brisson P., 2000, « Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e^ siècle » : 3-44, dans P. Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Carrier N. et B. Quirion, 2003, « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation », *Drogues, santé et société*, 2, 1 : 4-34.

Carrier N., 2008, *La politique de la stupéfaction. Pérennité de la prohibition des drogues.* Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Castel R., 1981, *La gestion des risques.* Paris, Les Éditions de Minuit.

Castel R., (dir.), 1992, *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités,* Paris, Groupe de recherche et d'analyse du social et de la sociabilité (GRASS).

Castel R., 1994a, « Les sorties de la toxicomanie » : 23-30, dans A. Ogien et P. Mignon, *La demande sociale de drogues,* Paris, La Documentation française.

Castel R., 1994b, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation sociale », *Cahiers de recherche sociologique,* 22 : 11-27.

Castel R., 2010. *L'autonomie, aspiration ou condition,* <www.laviedesidees.fr>, site consulté le 23 mars 2011.

Centre Dollard-Cormier, 2002, *La motivation, quelque chose qui se construit. Cahier de formation,* Montréal.

CPLT, 1997a, *Avis. L'objectif de la Politique de santé et du bien-être de 1992 qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec,* Québec, Gouvernement du Québec.

CPLT, 1997b, *La toxicomanie au Québec. Des inquiétudes à l'action,* Québec, Gouvernement du Québec.

CPLT, 1999, *Toxicomanie et réduction des méfaits,* Québec, Gouvernement du Québec.

CQCS, 1992, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des maladies transmissibles sexuellement : phase 3 : plan d'action 1992-1995,* Québec, Gouvernement du Québec.

CQCS, 1994, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention,* Québec, Gouvernement du Québec.

Dardot P. et C. Laval, 2009, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale,* Paris, Éditions la Découverte.

Donzelot J., 2005, « Michel Foucault et l'intelligence du libéralisme », *Revue Esprit,* novembre.

DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992, *Pic-Atouts : Programme d'intervention communautaire pour la prévention du sida auprès des toxicomanes utilisant des seringues du quartier Hochelaga-Maisonneuve. Bilan des activités réalisées au 31 mars 1992 et perspectives de développement,* Montréal.

DSP de Montréal-Centre, 1996, *Plan d'action régional de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Montréal-Centre. Planification 1996-1997 et perspectives pour la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Établissement d'un continuum de services intégrés pour les personnes qui font usage de drogues intraveineuses,* Montréal.

DSP de Montréal-Centre, 1997a, *Bulletin de l'unité des maladies infectieuses,* Montréal, 2-3 août.

DSP de Montréal-Centre, 1997b, *Rapport d'activités du plan d'action régional de prévention des MTS et du VIH auprès des usagers de drogues par injection de Montréal-Centre 1996-1997,* Montréal.

DSP de Montréal-Centre, 2002, *Guide d'implantation d'un service de distribution et de récupération de seringues dans le cadre du projet d'adaptation des services de première ligne pour les usagers de drogues par injection. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-Centre,* Montréal.

DSP de Montréal-Centre, 2004, *Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2002 à mars 2003. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-Centre,* Montréal.

Dubé Ê., 2007, *Pour une ethnoéthique de la santé publique : Les programmes de réduction des méfaits,* Québec, Université Laval, thèse de doctorat en anthropologie.

Dubé Ê., Massé, R. et L. Noël, 2009, « Acceptabilité des interventions de réduction de méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique », *Revue canadienne de santé publique,* 100, 1 : 24-28.

Ehrenberg A., 1996, « Comment vivre avec les drogues. Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications,* 62 : 5-26.

Ehrenberg A., 1998, « Introduction : questions croisées », dans A. Ehrenberg et C. Le Pen, *L'expérience française des drogues illicites : rapport final de recherche,* Paris, La Documentation française.

Ehrenberg A., 2001a, *Le culte de la performance,* Paris, Hachette Littératures.

Ehrenberg A., 2001b, *L'individu incertain,* Paris, Hachette Littératures.

Ehrenberg A., 2010a, *La société du malaise,* Paris, Odile Jacob.

Ehrenberg A., 2010b, *Société du malaise ou malaise dans la société ? Réponse à Robert Castel,* <www.laviedesidees.fr>, site consulté le 30 mars 2011.

Erickson P., 1999, « Introduction : The three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques », *Substance Use & Misuse*, 34, 1 : 1-7.

Fassin D., (dir.), 2004, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute,* Paris, La Découverte.

Fassin D., 2010, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent,* Paris, EHESS/Seuil/Gallimard.

Faugeron C. et M. Kokoreff, 2002, *Société avec drogues : enjeux et limites,* Paris, Erès.

Foucault M., 1997, *Il faut défendre la société,* Paris, Gallimard Seuil.

Foucault M., 2004a, *Sécurité, territoire, population,* Paris, Gallimard Seuil.

Foucault M., 2004b, *Naissance de la biopolitique,* Paris, Gallimard Seuil.

Garapon A., 1996, « Justice et drogues. De la répression d'un acte à la protection d'une personne », *Communications,* 62 : 123-135.

Groupe de travail sur le sida, 1988, *Rapport synthèse,* Québec, Gouvernement du Québec.

Hankins C., Gendron S., Roy É. et J. Bruneau, 1993, *Évaluation de CACTUS-Montréal. Projet-pilote d'intervention auprès des utilisateurs de drogues par injection,* Montréal, Centre d'études sur le sida, DSC Hôpital général de Montréal.

Hankins C., 1997, « Le sida et les comportements sexuels à risque : toxicomanie, incarcération et prostitution » : 237-271, dans J. Lévy et H. Cohen (dir.), *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques,* Montréal, Éditions du Méridien.

Hudebine H., 2001, « L'impact des héritages et des sensibilités sur les politiques de la drogue » : 145-178, dans J.-P. Dozon et D. Fassin, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique,* Paris, Éditions Balland.

INSPQ, 2002, *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés,* Québec.

Kübler D., 2000, *Politique de la drogue dans les villes suisses, entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en œuvre,* Paris, L'Harmattan.

Landry M. et M. Chevalier, 2003, « L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie », *Drogues, santé et société,* Montréal, 2, 1.

Lévesque P.-A., 2007, *Santé publique, lutte contre le VIH et réduction des méfaits : gouverner par la tolérance dans la société contemporaine,* Montréal, UQAM, thèse de doctorat en sociologie.

Massé R., 1999, « La santé publique comme nouvelle moralité » : 155-174, dans P. Fortin, *La réforme de santé au Québec,* Cahiers de recherche éthique.

Morissette C., 1994, *Bilan critique des interventions de santé publique en sida à Montréal : VIH et toxicomanie,* Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2001, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention et actions,* Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2002, *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan national de lutte contre la toxicomanie,* Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2006, *Plan d'action interministériel en toxicomanie, 2006-2011,* Québec, Gouvernement du Québec.

Paquin I., 2003, « Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : Une mesure de santé publique en réadaptation », *Drogues, santé et société,* Montréal, 2, 1.

Quirion B., 2001, *La prise en charge par l'État de l'usage de psychotrope au Canada : une analyse des transformations du contrôle social,* Montréal, UQAM, Thèse de doctorat en sociologie.

Quirion B., 2002, « Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontière normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », *Déviance et société,* 4, 6 : 479-495.

Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 2006, « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003. Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 11, 2-3.

Riley D., 1993, *Le modèle de réduction des méfaits. Une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie,* Ottawa, CCLAT.

Riley D., 1994, « La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques » : 129-149, dans P. Brisson (dir.), *L'usage de drogues et la toxicomanie. Volume II,* Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.

Riley D., Sawka E., Conley P., Hewitt D., Mitic W., Poulin C., Room R., Single E. et J. Topp, 1999, « Harm reduction : Concepts and practice. A policy discussion paper », *Substance Use & Misuse*, 35, 1 : 9-24.

Roy É. et C. Thabet, 1991a, *Proposition de stratégies d'action en prévention de l'infection au VIH et du sida à l'intention de la population toxicomane des régions de Montréal métropolitain et de Laval. Partie 1 : état de la situation,* Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida.

Roy É. et C. Thabet, 1991b, *Proposition de stratégies d'action en prévention de l'infection au VIH et du sida à l'intention de la population toxicomane des régions de Montréal métropolitain et de Laval. Partie II : synthèse et plan d'action,* Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida.

RRSSS de Montréal-Centre, 2000, *Cadre de référence du programme de prévention du VIH-sida et autres MTS. Plan régional VIH/sida,* Montréal, Direction de la santé publique.

Santé Canada, 2002, *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone,* Ottawa, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue.

Statistique Canada, 2004, *Tendances des infractions relatives aux drogues et rôle de l'alcool et des drogues dans la perpétration d'infractions,* Ottawa, 85-002-XPF.

Van Campenhoudt L., 1998, « Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements face au risque du VIH » : 71-80, dans ANRS, *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales,* Paris, collection « Sciences sociales et Sida ».

Vrancken D. et C. Macquet, 2006, *Le travail sur soi. Vers une psychologisation de la société,* Paris, Éditions Belin.

La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux

Jean-Sébastien Fallu
École de psychoéducation, Université de Montréal

Pierre Brisson
Programmes de toxicomanie, Université de Montréal et Université de Sherbrooke

La réduction des méfaits (RdM) est une approche relativement nouvelle dont les origines peuvent être retracées au long du XX^{e} siècle. Cette approche suscite de nombreux questionnements au sein de la société et dans les cercles professionnels et politiques. Plusieurs enjeux – sociaux, politiques et éthiques – ont émergé avec cette approche et méritent notre attention. Ce chapitre porte d'abord sur l'histoire de l'approche et ce qui caractérise ses pratiques, dans le monde et au Québec. Il aborde également les différents débats et les controverses soulevés de nos jours par la RdM et les enjeux qui en découlent sur le plan éthique.

LA PETITE HISTOIRE DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

L'histoire est considérée comme une science sociale (Tuchman 1994), et tout phénomène social doit être analysé et compris dans son contexte historique. D'un point de vue postmoderne, il n'existe pas une Histoire unique des choses, mais plutôt une construction sociale influencée par plusieurs facteurs dont la culture (Rosen 1998 ; Berger et Luckman 1966). On peut même dire que l'histoire se transforme avec le temps, un peu comme les souvenirs, à mesure que les événements sont interprétés et réinterprétés. Ce

chapitre ne prétend donc ni à l'exhaustivité ni à la vérité en termes de faits historiques, mais présente une perspective « partagée » et « appuyée » quant aux connaissances qui ont dominé cette construction (Laird 1993).

La RdM a d'abord connu une phase de développement que l'on pourrait qualifier d'*implicite* au travers d'actions qui rencontraient la définition ou les critères de la RdM sans toutefois être nommées comme tel (McVinney, 2006). Ainsi, par exemple, dans la première moitié du XX^{e} siècle, les médecins britanniques prescrivaient de l'héroïne aux toxicomanes pour leur permettre d'avoir une vie « utile » (James 2007). Ce n'est qu'à partir des années 1980 que la RdM s'est développée de manière *explicite*. L'approche est formellement née de la rencontre de deux problématiques majeures de santé publique : la toxicomanie et la propagation du VIH-sida. En 1984, les premiers tests de dépistage de cette infection apparaissent ainsi que les premiers décès attribuables au sida chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) européens, deux ans suivant l'identification des modes de transmission. Avant la fin des années 1980, les toxicomanes deviennent la seconde cohorte à risque pour la transmission du VIH dans la plupart des pays industrialisés, après la communauté homosexuelle masculine. Au début de la décennie 1990, le Québec connaît à son tour l'émergence de l'épidémie de VIH chez les UDI. Cette conjoncture et le sentiment d'urgence qui y est associé auront favorisé l'apparition de la RdM, donnant lieu à la priorisation d'impératifs de santé publique sur les enjeux moraux soulevés par la consommation de drogues.

La RdM est ainsi issue d'une alliance plus ou moins formelle entre acteurs de plusieurs milieux, de la *base associative et militante* (milieux des usagers et des intervenants communautaires) en passant par les *instances professionnelles et institutionnelles* (milieux de la santé publique et de la toxicomanie) et jusqu'au *secteur de la recherche* (milieu universitaire) qui, tous, ont mis leur perspective et leurs efforts en commun pour contrer ce qui s'annonçait comme un véritable fléau.

Cette mobilisation a favorisé l'action communautaire et la remise en question des politiques publiques. En effet, le développement de foyers épidémiques dans les milieux toxicomanes entraîne une mobilisation de la base. Aux Pays-Bas, on voit la création du premier programme d'échange de seringues (PES) à Amsterdam, en 1984, à la suite de pressions des « syndicats de junkies ». Les façons de voir et de faire en santé publique et en toxicomanie s'ajustent pour faire place au pragmatisme à visage humain que plusieurs courants avaient préparé au long du siècle. En effet, la prescription

d'héroïne, les services de maintien à la méthadone, les ressources à bas seuil sont des exemples de pratiques[1] qui, avant d'être réunies sous l'approche de la RdM, annonçaient l'apparition de celle-ci. Concrètement, la RdM apparaît donc comme une cristallisation historique de plusieurs expériences. Ainsi, le *British System* (années 1920 – prescription d'opiacés), l'entretien à la méthadone (années 1960 – traitement de substitution), la scène de la drogue des années 1960-1970 (services à bas seuil, travail de proximité, groupe d'autosupport[2], analyse de substances ou *testing*[3]), les mouvements antiprohibitionnistes (depuis les années 1920 – changements politiques) ou encore les études sur le boire contrôlé (années 1970 – rééducation à la consommation sécuritaire) ont tous été d'authentiques précurseurs de l'esprit et des actions actuelles en RdM.

À partir de sa naissance « officielle », au milieu des années 1980 (l'appellation *Harm Reduction* est lancée par les Britanniques en 1984), la RdM a connu une expansion rapide sur plusieurs fronts. D'abord, elle s'est développée sur le plan de sa *diffusion internationale* : Europe de l'Ouest, Australie, Amérique du Nord, Europe de l'Est, Asie, pays en développement, etc. Ensuite, au niveau de la *diversification des pratiques*, elle a pris la forme de l'échange de seringues et du travail de proximité, du traitement de substitution, de la prescription d'héroïne, des services d'injection supervisée (SIS)[4], de l'information-éducation-communication (IEC), de l'analyse de substances, des changements politiques[5], de groupes d'autosupport, d'approches motivationnelles, etc.). Enfin, elle a aussi connu une expansion rapide en termes d'élargissement de son *champ d'application* : drogues illicites et intervention précoce ; drogues licites ; interventions préventive et curative ; problématiques connexes.

Vers la fin des années 1980 apparaissent les premiers programmes nord-américains de RdM à la suite d'une deuxième vague d'infection. Ainsi,

1. Nous utilisons le terme « pratique » qui est plus flexible que « programme », même si ces pratiques constituent ou font parfois partie de programmes institutionnels à proprement parler.

2. En Europe, « groupe d'autosupport » est une appellation désignant un regroupement de défense ou d'expression issu des usagers dans une perspective d'*empowerment*.

3. *Testing* est le terme utilisé en anglais et en Europe.

4. L'appellation « services d'injection supervisée » est celle adoptée par le MSSS. On rencontre aussi les vocables « sites », « salles », « lieux » et « centres », de même que « de consommation » pour les rares cas où la consommation par inhalation est admise.

5. Certains ajoutent les changements politiques ; des mesures concernant essentiellement le cannabis et qui effectivement sont de nature à réduire les méfaits.

en 1989, l'organisme CACTUS est créé à Montréal suivant l'enquête de Hankins *et al.* (1989) sur la propagation du VIH-sida en milieu carcéral. Les années 1990 peuvent être considérées comme une ère de reconnaissance de la RdM par les institutions québécoises et canadiennes (AITQ 1995 ; CCLAT 1996 ; CPLT 1996 ; CQCS 1994 ; Landry 1995 ; Stratégie canadienne antidrogue de 1998). Depuis les années 2000, on note le maintien de la position consolidée en Europe et ambivalente en Amérique du Nord, alors même qu'on assiste au développement de l'approche de RdM dans les pays en voie d'émergence.

Au Canada et au Québec, plusieurs signes de retour en arrière sont perceptibles depuis le milieu des années 2000. D'abord, au Canada, dès son élection, le gouvernement Harper a mis sur une tablette 500 000 copies du guide *Savoir plus, Risquer moins*, un livret sur les drogues destiné au grand public et teinté d'une philosophie de RdM. Endossé par le ministre québécois de la Santé de l'époque, M. Philippe Couillard, sa saveur pragmatique ne semblait pas cadrer avec la nouvelle philosophie du gouvernement fédéral. Plusieurs autres gestes du gouvernement canadien telle l'évacuation totale de la RdM de la Stratégie canadienne antidrogue de 2007 et des quatre piliers sur lesquels reposent les politiques pour ne conserver que les trois autres (la prévention, le traitement et l'application de la loi) était sans équivoque quant aux orientations du gouvernement à l'égard de cette approche. Les paroles de Stephen Harper tout autant : « la réduction des méfaits est au mieux une stratégie de second ordre », avait-il dit dans le contexte de sa menace de ne plus accorder de dérogation permettant à InSite, un lieu d'injection supervisée dans Downtown Eastside à Vancouver, d'opérer. Cela a donné lieu à un feuilleton juridique. À l'automne 2009, la Cour d'appel de Colombie-Britannique a maintenu la décision en première instance favorable à InSite. Le gouvernement a ensuite porté la cause en Cour suprême à l'hiver 2010 et, en septembre 2011, la Cour a finalement rendu un verdict unanime confirmant la décision des cours inférieures.

Au Québec, l'implantation de SIS est une mesure inscrite au Programme national de la santé publique 2003-2012 et annoncée, en juin 2008, par le directeur de la santé publique et le ministre de la Santé M. Philippe Couillard. Deux mois plus tard, un nouveau ministre, M. Yves Bolduc, y renonce. La mobilisation immédiate du milieu, une recommandation favorable aux SIS de l'Institut national de santé publique (INSPQ) à l'automne 2009 et la décision de la Cour suprême auront néanmoins contribué à faire changer de position le ministre et à obtenir en 2012 la promesse de mise

en œuvre de cette mesure. Cette valse-hésitation n'était pas étonnante à la lumière du *Plan d'action interministériel en toxicomanie* adopté au printemps 2006 (MSSS 2006) et renouvelé en 2011, qui contraste avec le plan d'action de 2001 (MSSS 2001), lequel proposait un renouvellement de l'approche préventive en toxicomanie dans le contexte de la RdM. Malgré le fait que le ministère ne nie pas qu'elle soit une approche privilégiée, le plan stratégique en prévention de 2001 n'y est même pas mentionné, et toute référence à la RdM en est évacuée. Enfin, le plus récent exemple de recul de la RdM est le refus du MSSS en août 2009 de poursuivre le financement du projet SALOME (*Study to Assess Longer-term Opioid Medication Effectiveness*), deuxième phase du projet de recherche NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*), sur la prescription d'opiacés qui visait à établir une option thérapeutique et vérifier l'efficacité d'un substitut à la diacétylmorphine, l'hydromorphone (*Dilaudid*).

Malgré plus de deux décennies de recherches et d'activisme, la confusion règne encore souvent sur la nature et l'objet de la RdM. Il faut dire que les différentes perceptions et conceptions de la RdM reposent en grande partie sur des valeurs morales et que l'application concrète de l'approche peut varier en fonction de ces valeurs. La prochaine section présente justement ces applications.

CHAMPS D'APPLICATION ACTUELS DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Plusieurs conceptions de la RdM et de ses champs d'application existent. À un extrême, la RdM est considérée comme une mesure stricte de santé publique concernant le contrôle des risques associés à l'injection de drogues et la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (service spécialisé). Une vision plus large conçoit, quant à elle, la RdM en tant qu'approche nouvelle de la question des drogues illicites en contexte de transmission des ITSS englobant des actions préventives, d'intervention précoce et de prise en charge (continuum d'intervention). Il existe aussi ce qu'on peut appeler une vision intégrée dans laquelle la RdM est abordée comme une philosophie nouvelle de gestion de l'usage des substances psychoactives (SPA) en société, à tous les stades de l'intervention et pour l'ensemble des produits (licites, illicites). Enfin, une perspective plus large et globale s'est graduellement installée qui voit la RdM comme philosophie d'intervention pouvant s'appliquer à la gestion sociale de n'importe quel comportement à risque revêtant des enjeux moraux ou éthiques (ex. : pros-

titution, itinérance). Ces différentes visions du champ d'application de la RdM, si elles peuvent se rejoindre, finissent par provoquer des affrontements et susciter des tensions entre les multiples acteurs concernés et la priorité des actions à financer et à réaliser. Ces tensions ne sont pas étrangères aux valeurs conflictuelles des personnes et des groupes impliqués, comme nous l'approfondirons dans la prochaine section.

Au Québec, l'intervention en RdM s'actualise à travers des programmes ou pratiques de natures variées. En ce qui concerne les drogues illégales, on retrouve, notamment, la fourniture de matériel, le traitement de substitution, l'information-éducation-communication (IEC), le travail avec et par les usagers ainsi que l'approche motivationnelle (Brisson et Fallu 2008).

La **fourniture de matériel** consiste principalement en la provision de matériel d'injection stérile, dont des seringues propres, aux UDI. Au Québec, en 2010, les Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) couvrent 16 régions sanitaires sur 18 à travers 820 centres déclarés pour un total de quelque 1,4 million de seringues distribuées. La majorité de la distribution (80%) est le fait d'organismes communautaires à vocations multiples et spécialisés en prévention des ITSS qui ne comptent pourtant que pour 7% des CAMI.

Le principal **traitement de substitution** est celui à la méthadone. La méthadone est un opioïde de synthèse permettant d'éliminer les symptômes de sevrage aux opiacés (héroïne, morphine et autres) sans provoquer d'euphorie, et sur la base d'une administration orale quotidienne. Au Québec, le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) a introduit le traitement à Montréal, en 1986. L'offre actuelle au Québec rejoindrait moins du tiers des 5 000 à 20 000 personnes ayant développé une dépendance à des produits opioïdes.

Les stratégies d'**information,** d'**éducation** et de **communication** (IEC) font partie des pratiques les plus universellement répandues de RdM, notamment en tant que composantes clés des pratiques de fourniture de matériel. Au Québec, plusieurs produits ont été diffusés au cours des 15 dernières années sous forme d'affiches, brochures, dépliants, guides, documents vidéo, magazines, visant la connaissance des risques liés à l'usage, des modes de consommation sécuritaires et des facteurs de protection par rapport à la transmission des ITSS.

Le **travail avec et par les usagers** est une pratique fondatrice de la RdM liée au déploiement d'autres stratégies, particulièrement la fourniture de matériel, les sites d'injection supervisée (SIS) et les mesures d'IEC. Le volet du travail auprès des usagers peut revêtir plusieurs formes (prise de contact, information, éducation, provision de matériel, *counseling*, accompagnement, référence, soins physiques) et plusieurs appellations (travail de rue, de proximité ou de milieu pouvant être le fait d'intervenants communautaires, sociaux, en toxicomanie ou en santé). Le second volet, directement orienté vers des visées d'*empowerment*, individuel et collectif, concerne la contribution de pairs aidants au travail auprès des usagers, de même qu'au regroupement d'usagers en groupes d'autosupport.

À ces pratiques, il faut en ajouter d'autres, pas encore implantées au Québec, bien qu'existantes en Europe. La **prescription d'héroïne** consiste à prescrire l'opiacé convoité (héroïne, morphine) afin de joindre les consommateurs ayant échoué leurs tentatives de traitement à la méthadone ou des programmes d'abstinence et se retrouvant dans un état de misère avancé (morbidité, itinérance). Le *North American Opiate Medication Initiative* (NAOMI) est une étude clinique canadienne (Vancouver et Montréal) réalisée auprès de 470 sujets, la moitié étant traités à la méthadone (groupe contrôle) et l'autre aux opiacés naturels (héroïne ou hydromorphone) qui a expérimenté cette mesure qui, malgré ses résultats prometteurs, n'a pas connu de suites et n'a pas été intégrée au continuum de services.

L'**analyse de substances** n'existe en aucun endroit au Canada en dépit d'un travail de lobbying en ce sens par les organismes responsables d'interventions en milieux festifs à Montréal (*Groupe de recherche et d'intervention psychosociale* (GRIP-Montréal)). Les buts poursuivis sont la prévention (réduction des risques pour l'usager), la protection (communication publique sur les substances en circulation) et la surveillance (observation de l'évolution des marchés).

Les **services d'injection supervisée (SIS)** consistent à fournir aux UDI un lieu où ils peuvent s'injecter sous supervision médicale. Les SIS sont intégrés dans une approche globale d'intervention offrant, selon diverses modalités, un éventail de services sociaux et de santé (commodités pour l'hygiène et l'alimentation, soins infirmiers, travail de proximité, *counseling* en toxicomanie, activités de réinsertion). Après plusieurs questionnements et débats, les autorités sanitaires ont annoncé l'implantation de tels services à Montréal et à Québec.

On retrouve aussi la RdM dans le cadre de l'intervention curative. Largement implantées et documentées dans le contexte d'intervention du *counseling* et de la thérapie, les **approches motivationnelles** font aujourd'hui partie des stratégies de plusieurs des plans d'action en RdM en tant qu'interventions brèves, respectant le rythme et le désir de changement des usagers. Le Centre de réadaptation Dollard-Cormier, à Montréal, est précurseur dans l'implantation et l'évaluation de telles approches en contexte thérapeutique.

PRINCIPES ET VALEURS

La RdM repose sur deux grands principes fondamentaux, qui eux-mêmes englobent plusieurs valeurs. Un de ces principes est le pragmatisme, qui reconnaît que l'usage des drogues est là pour rester et que l'usage des drogues est une réalité humaine avec laquelle il faut composer (Brisson 1997). Cette reconnaissance fait appel à la tolérance. Selon ce principe, l'intervention doit à la fois tenir compte des coûts et des avantages de l'usage et porter sur les conséquences négatives dans une approche coûts/avantages. Enfin, l'intervention doit procéder par étapes, prioritaires et réalistes en établissant une hiérarchie des objectifs. Ce pragmatisme s'inscrit en faux et en rupture avec l'idéalisme d'une société sans drogues et de l'abstinence obligée.

L'autre grand principe à la base de la réduction de méfaits est l'humanisme. Ce principe nous apparaît essentiel et complémentaire au pragmatisme, car un pragmatisme sans humanisme peut mener à des actions strictement utilitaires et désincarnées. Ce principe affirme et rappelle que les usagers de drogues sont des personnes dignes de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir. Il implique d'aller à la rencontre des usagers là où ils se trouvent, c'est-à-dire de faire un travail de proximité, et d'offrir aux usagers une variété de moyens (ressources, services) en fonction de leurs besoins (bas seuil d'exigences/haute tolérance) (Brisson 1997). Il exige aussi l'implication des usagers dans le respect de leurs droits et en favorisant l'autosupport et la prise en charge individuelle et collective des consommateurs et des toxicomanes. Ce principe est en contradiction avec le paternalisme d'une propagande antidrogue et de la répression.

Comme stipulé dans le manifeste de l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ), adopté en novembre 2007, dans le contexte de la philosophie dominante d'intervention en toxicomanie, les usagers de drogues sont : « la cible de plusieurs préjugés qui nourrissent une intolérance et un manque de

compréhension face à [leur] situation. Ces attitudes [les] maintiennent en marge de la société dont [ils font] pourtant partie intégrante. Au quotidien [ils vivent] une discrimination fondée sur [leur] statut social, de la part des différents appareils d'État (police, tribunaux, système de santé, aide sociale, etc.). »

Une société sans drogue ni dépendances est possiblement idéale. En réalité, toutefois, l'utilisation de substances et les comportements compulsifs constituent la réalité d'un grand nombre de citoyens et un phénomène social que l'on ne peut occulter. Au cours des 25 dernières années, la RdM a joué un rôle prédominant dans les politiques et les programmes en matière de SPA (James 2007). D'abord, la RdM a gagné en acceptation parce qu'il est maintenant reconnu que les seuls traitements basés sur l'abstinence ne permettent pas de résoudre tous les problèmes liés à l'alcool ou aux autres drogues (James 2007). D'autre part, la RdM s'avère fort utile pour les personnes qui consomment sans avoir nécessairement besoin de traitement ou pour réduire plusieurs problèmes liés à des usages ponctuels. Les programmes de RdM constituent finalement des points d'accès au réseau de la santé : il s'agit souvent du premier contact entre des clientèles vulnérables et le réseau, auquel elles n'auraient pas accès à partir des mécanismes et des institutions traditionnels (British Columbia Ministry of Health 2005 ; Ritter et Cameron 2006).

Même si les actions menées en RdM peuvent devenir le premier pas vers l'abstinence, tel n'est pas leur but premier. L'accent est davantage mis sur les changements pertinents de comportements permettant une amélioration de l'état de santé des usagers et de la qualité de vie de la communauté (Bigg 2001). Ainsi, les stratégies de RdM ont été particulièrement efficaces pour réduire la propagation d'ITSS chez les personnes qui utilisent des drogues par injection, protégeant du même coup la société contre une épidémie (Ritter et Cameron 2006 ; Van Den Berg, Smit, Van Brussel, Coutinho et Prins 2007).

Mais un des défis les plus importants auquel fait face la RdM est probablement son acceptation sociale. L'ampleur du choc éthique engendré par la confrontation entre les valeurs sous-jacentes à certaines mesures de RdM et les valeurs de la majorité ou de certains groupes est souvent négligée (Dubé *et al.* 2009). L'approche est souvent mal comprise et perçue comme encourageant la consommation ou la violation des lois. Quand on lui explique les principes, les valeurs, la situation et le contexte des interventions en RM, une importante proportion de la population les accepte. Néanmoins, pour ceux

dont les valeurs s'y opposent, les interventions de RdM demeurent inacceptables (Dubé *et al.* 2009).

Malgré leurs limites, deux études québécoises nous permettent de mieux cerner cette acceptation sociale de la RdM. D'abord, l'INSPQ a procédé en 2001 à un sondage téléphonique auprès de 2253 personnes de 15 ans et plus à travers la province (Hamel *et al.* 2002). Ce sondage portait notamment sur le degré d'accord avec différentes mesures de RdM. Les résultats ont montré que 46 % des participants se disaient en faveur de l'implantation de SIS, 75 % se disaient favorables aux programmes d'échange de seringues dans la collectivité, 34 % y étaient favorables dans les prisons et, enfin, 47 % approuvaient la prescription d'héroïne.

Une enquête qualitative auprès de 49 citoyens de la ville de Québec, réalisée en 2009, nous permet d'avoir un comparatif (Dubé *et al.* 2009). Ce comparatif est évidemment imparfait, puisque la population étudiée est différente (province C. ville de Québec), de même que la méthodologie et le nombre de participants est limité (N=49). Les taux d'approbation des mêmes mesures de RdM dans cette étude étaient respectivement de 63 %, 70 %, 54 % et 43 %. On observe donc généralement une augmentation de l'acceptation des interventions de RdM. Les résultats de Dubé *et al.* (2009) étant plus approfondis, ils nous permettent de mieux comprendre les valeurs et les facteurs qui sous-tendent cette acceptation. La rationalité instrumentale des mesures de RdM ressort comme élément important facilitant l'acceptation davantage que l'amélioration des conditions de vie des personnes UDI. De plus, l'attachement à certaines valeurs, dont la tolérance, variait surtout selon les représentations que les citoyens véhiculaient sur ces personnes UDI (Dubé *et al.* 2009). En effet, plus le consommateur de drogue est perçu positivement et humainement, meilleur sera l'accueil réservé aux mesures de RdM. Des auteurs affirment qu'il existe un écart considérable entre les valeurs qui sous-tendent la RdM et celles véhiculées dans la population générale (Carrier et Quirion 2003 ; Perretti-Watel 2003), mais les résultats de Dubé *et al.* (2009) semblent en contradiction avec cette idée. En effet, la majorité des personnes juge généralement acceptable l'implantation de mesures d'échange de seringues et de services d'injection supervisée même si cette acceptation pourrait varier selon que ces mesures ont cours à proximité de leur lieu de résidence ou non.

Les différentes conceptions des objectifs de la RdM, de son application ainsi que les principes et valeurs qui la sous-tendent suscitent des craintes, débats, controverses et questionnements, voire des dilemmes éthiques.

Est-il possible de réconcilier la RdM avec l'abstinence dans le traitement des dépendances ? L'approche de RdM est-elle compatible, sur le terrain, avec le déploiement d'autres approches telles que la promotion de la santé ou la guerre à la drogue ? La suite de ce chapitre approfondit quelques débats et présente certains cas de figure pour ensuite conclure avec des pistes de réflexion.

DÉBATS, CONTROVERSES ET QUESTIONS ÉTHIQUES

Les préoccupations courantes face à la RdM sont celles voulant que ses approches encouragent ou banalisent l'usage des drogues ou encore qu'elle envoie le « mauvais message », en ce sens qu'elle ne vise pas absolument et uniquement l'abstinence. On craint aussi qu'elle maintienne les toxicomanes en situation de consommation parce que la RdM atténue justement les méfaits et l'exposition au risque. Une crainte qui se rapproche de celle-ci concerne la croyance que les toxicomanes doivent toucher le bas-fond pour pouvoir s'en sortir et que la RdM freine ce processus. Une autre préoccupation est que la RdM provoque le désordre social et menace la santé et la sécurité publiques (James 2007), dans le sens où ses programmes sont susceptibles d'attirer les revendeurs de drogues et d'insécuriser le voisinage. Ces craintes sont répandues et persistent notamment en raison du fait que la RdM s'applique le plus souvent à des clientèles marginalisées.

Au-delà de ces craintes, plusieurs aspects de l'application de la RdM demeurent complexes et sont vécus comme tels au quotidien. Il suffit de parler à différents intervenants ou acteurs en RdM pour constater que celle-ci soulève des questions, crée de l'ambiguïté et entre en apparente contradiction avec d'autres considérations. Il est possible de distinguer cinq grands lieux de débats ou controverses qui renvoient souvent à des enjeux de société. Dans les lignes qui suivent, nous aborderons chacun de ces débats en les reliant aux enjeux sous-jacents et en tentant de proposer des pistes de réflexion. Nous terminerons cette discussion en présentant quelques exemples de cas pertinents à notre propos.

Réduction des méfaits et règles de déontologie

Un premier espace de débat concerne la cohabitation entre la RdM et les règles de déontologie régissant la pratique des corps professionnels pouvant se retrouver impliqués avec l'approche. Citons, notamment, le cas des

infirmières et des travailleurs sociaux. Comment faire le choix de la RdM dans des contextes régis par des normes telles que la protection de l'intégrité des personnes, la promotion de saines habitudes de vie, le respect de la dignité humaine ?

Chez les infirmières, « …les questions de "microéthique" ou d'éthique de tous les jours abondent dans le fonctionnement et l'évaluation de centres d'injection et d'usage sous surveillance... » (Pauly *et al.* 2007 : 57). Comme le souligne l'expérience de l'équipe de Quai 9, un SIS suisse, certaines situations repoussent les limites des codes de conduite traditionnels : ainsi, jusqu'où peut-on accompagner le geste de l'injection chez un utilisateur inexpérimenté ou incapable de passer à l'acte ? Jusqu'où peut-on respecter le refus de se soigner d'usagers présentant par ailleurs un état de santé dégradé (voir Solai *et al.* 2004) ?

Des dilemmes analogues se posent au travailleur social (de milieu ou de proximité) confronté à des mineurs ou des femmes enceintes qui désirent avoir accès à des services comme l'échange de seringues. Les policiers et les agents correctionnels peuvent également, dans certaines circonstances, être déchirés entre l'application stricte de la loi ou de règlements en vigueur et la compassion dictée par des situations où la RdM s'impose (la non-arrestation d'un toxicomane pris en train de consommer, la tolérance de seringues artisanales en milieu carcéral).

Dans le milieu clinique ou thérapeutique, l'enjeu tourne plutôt autour de la notion de guérison : peut-on soigner la toxicomanie autrement que par l'abstinence ou la RdM a-t-elle sa place dans une perspective de traitement de la dépendance ? Cela ouvre la porte au second débat.

Réduction des méfaits et modèle thérapeutique de l'abstinence

Traditionnellement, le traitement de l'état de toxicomanie impliquait un modèle thérapeutique basé sur l'abstinence, modèle encore dominant dans les institutions et ressources se consacrant au traitement de la dépendance à l'alcool et aux drogues. Avec la RdM, l'intervention clinique s'ouvre à divers scénarios, différentes pistes d'intervention : abstinence partielle, à certaines substances, diminution de la quantité et de la fréquence de consommation, modification des contextes et modes de consommation, recours à des substances de substitution. Cette ouverture n'est pas sans créer des tensions et

des controverses entre tenants de l'abstinence et partisans d'une approche davantage adaptée aux besoins des usagers.

Interviennent ici des débats pointant des enjeux de complaisance versus de compliance. D'un côté, la haute tolérance envers les usagers dépendants ne retarde-t-elle pas l'atteinte d'un bas-fond et la décision d'un véritable changement vers l'élimination du méfait de la dépendance ? Et puis, comment gérer sur le plan clinique l'aller-retour chronique entre espace de vie et espace de soins à partir du moment où le bas seuil et la haute tolérance règnent partout ? De l'autre côté, que donnent des mesures strictes d'abstinence pour ceux qui ne veulent pas cesser leur consommation, qui n'en sont pas capables ou qui rechutent à répétition ? Le scénario d'une réduction progressive et réaliste des méfaits constitue souvent le meilleur moyen de générer un lien de confiance et une alliance thérapeutique avec des personnes en marge du système de santé et de services sociaux et qui, faute d'une trajectoire en RdM, n'y auraient pas accès.

L'application clinique de la RdM exige du professionnel la prise de conscience de ses propres valeurs en tant que soignant et de ce qu'il est prêt à tolérer comme maintien de comportements parfois à risque ou dangereux.

La distribution de seringues en prison relève pour une bonne part d'un affrontement du modèle de l'abstinence. L'emprisonnement est une mesure d'intervention à laquelle font souvent face des personnes toxicomanes et, bien que différent d'un cadre thérapeutique, le modèle dominant veut que ce lieu serve la désintoxication, voire la réadaptation des usagers de drogues qui s'y trouvent. Rien n'est pourtant plus loin de la réalité. Dans cette perspective, fournir des seringues stériles à des individus qui ne sont pas censés consommer est incohérent, non seulement avec la loi, mais aussi avec l'objectif d'abstinence.

Réduction des méfaits et valeurs personnelles et collectives

La cohabitation entre la RdM et l'expression de valeurs personnelles et collectives est aussi source de débat. Comment, en effet, réduire les méfaits dans un contexte de différences de points de vue quant à ce qui est pour le plus grand bien de l'individu et de la société, à court et à long terme ? Les deux grandes questions qui se posent à ce niveau renvoient au type de culture et d'éducation que l'on souhaite voir se développer, autour de soi et dans la société, en regard de la question des drogues. À cet égard, un des

débats concerne le principe de tolérance de la RdM : ne contribue-t-il pas à la banalisation sociale de l'usage des drogues, notamment auprès des plus jeunes ? Sur le plan de la transmission des savoirs et des valeurs, peut-on penser à une « nouvelle » éducation aux drogues dans les écoles à partir de la notion d'usage sécuritaire plutôt que du modèle de l'abstention ? Comment aborder les enjeux liés à la consommation de SPA dans l'espace de la communication sociale et de l'éducation publique ?

La RdM mise sur l'autonomie individuelle et collective en matière de consommation de drogues. Si l'intervention est conçue « et se pratique comme une tâche politique où l'on cultive l'autonomie des citoyens en les mettant devant leurs responsabilités sanitaires, et en les aidant à réaliser leurs éventuels désirs d'assumer correctement ces responsabilités, elle fait montre d'un réel civisme démocratique » (Malherbe 2000 : 386). Mais cette autonomie favorisée au détriment du contrôle social laisse craindre une certaine banalisation de l'usage de drogues dans la société. Par exemple, une initiative novatrice d'éducation à l'extérieur du milieu scolaire, les cartes postales préventives du GRIP-Montréal, a récemment suscité la controverse au Québec en lien notamment avec cette crainte de la banalisation des drogues. Devant la constatation que la consommation de drogues de synthèse n'avait plus exclusivement cours dans les événements raves, *afterhours* et de musique électronique, le GRIP a décidé de joindre sa clientèle en concevant des cartes préventives sous forme de carte postale distribuées dans des présentoirs ciblés de certains bars, cafés ou universités du centre-ville de Montréal. Ces cartes abordent succinctement la description, les effets et les risques de la consommation de différentes substances. Elles fournissent aussi des conseils de RdM particuliers à la substance concernée, ce qui a en choqué certains, qui y voyaient soit un prosélytisme de bonnes pratiques visant l'amélioration de l'expérience de la consommation de drogues, soit un encouragement à la consommation de drogues. Cela a aussi suscité un important débat à l'Assemblée nationale et dans les médias, d'autant plus que le financement pour le projet provenait indirectement du ministre délégué à la Jeunesse, le premier ministre M. Jean Charest.

Par ailleurs, favoriser l'autonomie lorsqu'on s'adresse à des adultes ou à des adolescents plus âgés peut paraître acceptable, mais possiblement moins lorsqu'on intervient auprès de jeunes adolescents. En effet, le développement cognitif n'étant généralement pas assez avancé avant 15 ans pour faire preuve de suffisamment d'introspection (Flavell *et al.* 2002), il semble périlleux de principalement miser sur l'autonomie dans l'intervention. C'est

essentiellement le propos de Poulin (2006) lorsqu'elle s'intéresse au rôle de la RdM dans ce qui constitue le principal type d'intervention pour les adolescents, la prévention en milieu scolaire. Il s'y instaure une nouvelle approche éducative et une façon de faire la prévention qui ne manque pas de soulever des questionnements. Pour l'éducateur, « changer les politiques et programmes antidrogue en milieu scolaire – les faire passer d'un objectif explicitement axé sur l'abstinence à un but visant la réduction des méfaits – pourrait affecter un grand nombre de jeunes d'âge mineur […]. Il est particulièrement nécessaire d'obtenir des données probantes quant au niveau scolaire ou à l'âge auquel l'éducation à l'école pourrait graduellement passer du message "ne consomme pas" à "si tu choisis de consommer, souviens-toi de ceci" » (Poulin 2006 : 11).

Réduction des méfaits et guerre à la drogue

D'un point de vue de santé publique, la « tolérance » que supposent les programmes de RdM est porteuse de conflits de valeurs, puisqu'elle s'éloigne de la morale prohibitionniste traditionnelle. Doit-on par exemple permettre l'accès au matériel d'injection dans les prisons ? La cohabitation entre la RdM et le prohibitionnisme/guerre à la drogue fait évidemment l'objet de débats. Comment réduire les méfaits liés à l'usage des drogues dans un contexte légal qui est tout autant source de méfaits ou de leur maximisation ? Pour Cavalieri, « La majorité du travail fait en RdM – soit la plupart des programmes et des services – ont moins à voir avec la correction des méfaits inhérents aux drogues qu'avec la correction des méfaits inhérents à la prohibition. Le gros du travail de " patchage ", avec la RdM, ne serait pas nécessaire si les drogues n'étaient pas illégales et si les gens qui en usent n'étaient pas criminalisés » (trad. libre ; Cavalieri 2004 : 3). La guerre à la drogue est de plus en plus décriée par différents groupes et associations, des responsables de santé publique, ainsi que des chefs d'État (Global Commission on Drug Policy, Students for Sensible Drug Policy, Drug Policy Alliance, Canadian Drug Policy Coalition, administrateur en chef de la santé publique de la Colombie-Britannique, président de l'Uruguay, etc.) parce que les études montrent de plus en plus clairement l'inefficacité de la guerre à la drogue pour atteindre ses objectifs de réduction de l'offre et de la demande, alors qu'elle produit toutes sortes de méfaits sur la santé des usagers, la sécurité des populations, l'économie, la démocratie et l'environnement.

La RdM remet en cause la guerre à la drogue et mène inévitablement au débat sur la pertinence des politiques en matière de drogues. Certains considèrent ainsi la RdM tel un cheval de Troie ouvrant sur l'agenda de la décriminalisation et de la légalisation. D'autres voudraient effectivement voir un changement dans les politiques actuellement en vigueur (James 2007). La RdM ne prescrit pas de modèle politique particulier et s'applique d'ailleurs aux produits licites comme illicites, prônant ce qui occasionne le moins de méfaits (James 2007). Le discours prohibitionniste, quant à lui, fait trop souvent abstraction des méfaits occasionnés par la prohibition et la répression, laissant sous-entendre que les méfaits que vivent les toxicomanes ne sont que la conséquence de leur consommation. La RdM rappelle toutefois que les politiques sur les drogues occasionnent d'importants méfaits, selon certains au moins aussi importants que ceux produits par la drogue elle-même. Cette cohabitation malaisée entre la RdM et la prohibition alimente plusieurs débats, notamment sur la gravité relative des différents méfaits des drogues et des politiques (Weatherburn 2008).

L'analyse de substances constitue un exemple de mesure au cœur de ce débat. Cette mesure existe depuis longtemps et selon des modalités variables dans sept pays d'Europe : Pays-Bas, Autriche, Belgique, Allemagne, Espagne, France et Suisse. Seuls les Pays-Bas et Zürich les ont intégrées à leur politique publique. Cette pratique est illégale au Québec et en Amérique du Nord. Pourtant, d'un point de vue éthique, les usagers pourraient bénéficier d'un service qui vient contrecarrer un méfait découlant de la prohibition, à savoir l'adultération des produits. Cette pratique est étroitement liée à un ensemble organisé d'autres pratiques : fourniture de matériel (eau, condoms, lubrifiant, etc.), mesures d'information, communication et éducation (IEC), travail avec et par les usagers, ce qui en fait une mesure prometteuse sur le plan de l'efficacité. Les effets potentiellement bénéfiques de cette mesure sont principalement attribués au contact avec l'intervenant qui permet à la personne de discuter de sa consommation pendant l'exécution du test. Cependant, plusieurs enjeux émergent de l'application de cette mesure. Est-ce que l'analyse de substances cautionne certaines substances ou certains revendeurs ? Est-ce que cette pratique donne un faux sentiment de sécurité à celui qui y a recours ? Les informations recueillies devraient-elles être diffusées largement au grand public ou seulement aux participants à une soirée rave ou encore à l'usager seulement ? Devrions-nous tenter d'empêcher un individu de consommer une substance testée qui s'est révélée potentiellement dangereuse ?

Réduction des méfaits, contrôle social et exploitation criminelle

Un dernier débat concerne la cohabitation entre la RdM et les stratégies contemporaines de contrôle social et d'exploitation criminelle. Comment réduire les méfaits dans un contexte de récupération de l'approche par l'État aux fins de régulation sociale des individus et groupes à risque et par le crime organisé aux fins d'expansion de son emprise sur les populations vulnérables ? « La mesure dans laquelle la RdM est harmonisée avec les engagements fondamentaux envers l'équité et la justice sociale, décrits dans le Code de déontologie de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (AIIC 2008), est le second conflit auquel sont confrontés les infirmières et les infirmiers. […] …la dépolitisation de la RdM comporte des limites lorsque l'on néglige de s'attaquer au contexte social dans lequel les méfaits causés par l'usage de substances illicites sont amplifiés » (Pauly *et al.* 2007 : 60). Plusieurs critiques ont été adressées à la RdM à ce propos. Ces critiques proviennent notamment des courants militants de la justice sociale et de la sociologie de la santé.

Du point de vue de la justice sociale, on prétend qu'« autant l'approche répressive et criminalisante promue par les conservateurs que celle, plus libérale, fondée sur les « droits » des toxicomanes font l'impasse sur les structures d'exploitation qui fondent le commerce mondial de la drogue et sur la vision gestionnaire dominante. Ainsi, organiser la consommation de drogues dans des lieux d'injection sans s'attaquer aux structures et aux causes qui la favorisent s'inscrit dans le processus plus large de dépolitisation de la société » (Descheneau-Guay 2011 : 37).

Enfin, du point de vue de la sociologie de la santé, on reproche à la RdM qu'au-delà de ses intentions humanitaires légitimes, elle ne vise pas à réduire les conditions de vulnérabilité aux risques, à réinterroger les effets du prohibitionnisme, des conditions de précarité ou des inégalités sociales ni des nouvelles normes de performance de la société, mais elle exige « des populations dangereuses qu'elles se gouvernent par elles-mêmes malgré le fait qu'elles ne sont pas dans des conditions pour le faire » (Lévesque 2011 : 20). L'approche de RdM ne sert-elle pas, dans cette perspective, d'alibi à l'État pour ne pas investir dans des ressources préventives et curatives durables ou encore dans des transformations sociales en profondeur (réduction des inégalités, accès à l'emploi) qui pourraient avoir un effet sur la genèse de problèmes comme la toxicomanie ? Notons simplement l'exemple de la Grèce où, bien avant la toxicomanie, la pauvreté et les récentes politiques

d'austérité auraient provoqué la dégradation éclair de plusieurs indicateurs socioéconomiques dans la population (chômage, programmes sociaux, suicides, admissions aux urgences) (Kentikelenis *et al.* 2011).

CONCLUSION

Nous aimerions, en conclusion de ce chapitre, apporter quelques pistes de réflexion par rapport à l'ensemble des enjeux soulevés précédemment.

D'abord, il est utile de mentionner que selon les études d'évaluation réalisées à ce jour, les différentes prétentions de la RdM semblent en grande partie fondées. En effet, il est généralement reconnu que la RdM, particulièrement la fourniture de matériel et le traitement de substitution, prévient la transmission des ITSS, améliore les conditions de vie et de santé des usagers et réduit leur criminalité (Des Jarlais *et al.* 1996 ; Gibson *et al.* 2001 ; Jürgens *et al.* 2009). Les autres mesures présentées plus tôt sont également réputées efficaces ou prometteuses, mais de façon davantage contextuelle : auprès de populations plus marginales et vulnérables (prescription d'opiacés, SIS) ou en synergie avec d'autres mesures, éducatives, de soutien et d'accompagnement (analyse de substance, IEC, autosupport). *A contrario*, plusieurs appréhensions des détracteurs de la RdM (p. ex. : encourager la consommation, empêcher la sortie de la dépendance, attirer les revendeurs de drogues et insécuriser le voisinage) n'ont jusqu'ici généralement pas été confirmées. Les études montrent parfois même le contraire. Par exemple, les sites d'échange de seringues récupèrent parfois davantage de seringues qu'ils n'en distribuent (James 2007).

Par ailleurs, les initiatives de RdM sont souvent peu coûteuses sur les plans social et économique, et présentent généralement un bon rapport coûts-avantages, ce qui peut influencer la prise de décision éthique. Elles semblent constituer un bon investissement financier et social en ce qu'elles réduisent généralement les coûts associés au crime organisé, la maladie, le chômage, les comportements à risque et la transmission d'ITSS (James 2007). En effet, « puisque l'élimination de l'usage inapproprié de drogues est utopique, il ne serait pas éthique pour la santé publique d'ignorer une approche qui permet de réduire les risques et les souffrances des personnes UDI. […] C'est une bienfaisance utilitariste, qui vise la maximisation des bénéfices, sur le plan de la santé des personnes UDI dans le respect de leur autonomie, et la minimisation des inconvénients liés à la consommation de drogues injectables pour la collectivité » (Noël 2009 : 4).

Sans nier les inévitables effets pervers potentiels de la RdM, il faut se demander si les différentes actions sont contradictoires et s'il est possible de travailler sur de multiples fronts simultanément. Évidemment que des mesures de RdM, sans que l'on s'attaque aux conditions de vie, aux causes et aux structures favorisant la toxicomanie, n'auront peut-être pas les retombées anticipées. C'est pourquoi il doit y avoir un continuum de services où tous les aspects doivent être visés. Dans bien des cas aussi, c'est la résistance sociale qui freine les initiatives de RdM et on ne saurait ainsi rendre la RdM fautive des torts provenant de cette résistance.

Il est aussi tout à fait probable que l'État se serve de la RdM comme alibi à une action sur les causes, parfois politiques, de la dépendance et de ses méfaits parce que cela impliquerait des risques électoraux. Cependant, agir à tous les niveaux possibles pour réduire ou éliminer la consommation ou la dépendance ne changera pas à court et moyen termes ; il y aura toujours des gens dans des conditions difficiles et qui vivront des conséquences négatives exigeant une intervention de RdM.

D'autre part, il est complexe de départager les causes qui font que la toxicomanie perdure. Est-ce à cause de l'inefficacité des mesures curatives ou à cause de la RdM ? Même si la RdM contribuait à maintenir les personnes toxicomanes dans leur état en ralentissant leur processus de rémission, à partir de quel niveau d'amélioration de leur sort et à partir de quel principe pourrions-nous croire que la RdM compense pour ses effets pervers ? Ultimement, la RdM constitue-t-elle un outil de plus et s'agit-il de trouver un équilibre dans le dosage des différentes mesures incluant la RdM ? Ou doit-elle être fondamentalement remise en question jusqu'à son abandon ? Évidemment, il faut se le rappeler constamment, la RdM ne suffit pas, elle n'est que palliative. Mais est-elle complémentaire ou indésirable ? Certains avanceront qu'en privant les usagers de drogues d'un service ayant fait la preuve de son efficacité et de son utilité sur le plan sociosanitaire, nous commettrions une faute éthique et contribuerions à l'exacerbation des méfaits liés à l'usage des drogues.

Devant la confusion qui règne encore souvent par rapport à la RdM et les conflits de valeurs et dilemmes éthiques, il semble qu'il soit important de s'assurer que les mesures de RdM soient bien comprises et que cette compréhension soit partagée pour éviter des affrontements et des nuisances inutiles entre différentes mesures. Pour y arriver, les différents acteurs doivent procéder à une clarification de leurs valeurs afin de mieux comprendre ce qui motive leur prise de position.

Les débats et les questionnements éthiques entourant l'application de la RdM mettent en lumière des questions concernant nos façons de travailler et d'aider les toxicomanes au quotidien, la place des drogues dans nos sociétés et le type d'éducation que cela commande, le poids des intérêts politiques et économiques dans la genèse des conditions de vie et de problèmes sociaux comme celui de la toxicomanie, la part entre autonomie personnelle et responsabilité publique, etc. Toutes ces questions et bien d'autres sont faciles à occulter, dénier, oublier. En ce sens, la RdM fait œuvre utile comme révélateur de débats, de tensions, voire de conflits entre des visions différentes de la société.

Les questions d'éthique en lien avec la RdM sont nombreuses et n'ont pas été systématiquement ni toutes abordées ici. Ce chapitre est un aperçu, une entrée en matière, l'ouverture d'un terrain sur lequel pourront réfléchir et débattre les acteurs intéressés par la RdM et son parcours. Nous croyons avoir démontré que, bien qu'indispensable à la santé publique, la RdM ne doit pas être tenue pour acquise, qu'elle n'est pas une panacée, un nouveau prêt-à-penser et que d'autres actions sont autant sinon plus importantes à mener si nous ne désirons pas vivre dans une société qui fabrique de la toxicomanie pour ensuite s'acharner à en réduire les méfaits.

RÉFÉRENCES

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2008, *Code de déontologie*. Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Édition du centenaire 2008.

Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ), 1995, *Réduction des méfaits,* Montréal.

Berger P.L. et T. Luckman, 1966, *The Social Construction of Reality,* Londres, Inglaterra : Penguin.

Bigg D., 2001, « Substance use management : A harm reduction-principled approach to assisting the relief of drug-related problems », *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 1 : 33-38.

Brisson P., 1997, *L'approche de réduction des méfaits : sources, situations, pratiques,* Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Brisson, P. et J.-S. Fallu, 2008, « Réduction des méfaits, science et politique : d'hier à demain », *L'intervenant*, 24, 3 : 9-15.

British Columbia Ministry of Health, 2005, *Harm Reduction. A British Columbia Community Guide,* Victoria, BC.

Carrier N. et B. Quirion, 2003, « Les logiques de contrôle de l'usage de drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation », *Drogues, santé et sociétés*, 2, 1 : 1-30.

Cavalieri W., 2004, « Toronto Harm Reduction Task Force », *Newsletter,* été : 1-4.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 1996, *Harm Reduction : Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper,* Ottawa, CCSA National Working Group on Policy.

Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), 1994, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH – Cadre de référence pour la prévention,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Comité permanent de la lutte aux toxicomanies (CPLT), 1996, *La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action,* Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Descheneau-Guay A., 2011, « Les centres d'injection supervisée en débat », *Relations*, oct-nov : 37.

Des Jarlais D.C., Marmor M., Paone D., Titus S., Shi Q., Perlis T., Jose B. et Friedman S.R., 1996, « HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes », *The Lancet*, 348, 9033 : 987-991.

Dubé E., Massé R. et L. Noël, 2009, « Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique », *Revue canadienne de santé publique*, 100, 1 : 24-28.

Flavell J.H., Miller P.H. et S.A. Miller, 2002, *Cognitive Development* (4th edition), Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

Gibson D.R., Flynn N.M. et D. Perales, 2001, « Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users », *AIDS*, 15, 11 : 1329-1341.

Hamel D., Cloutier R. et P. Roberge, 2002, *Les approches de réduction des méfaits trouvent un certain appui dans la population québécoise,* Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Hankins C.A., Gendron S. et J. Bruneau, 1989, « Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes – Québec », *Rapport hebdomadaire des maladies du Canada*, 15, 33 : 168-170.

James D., 2007, *Harm Reduction Policy Background Paper,* Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Government of Alberta.

Jürgens, R., Ball A. et A. Vester, 2009, « Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison », *The Lancet Infectious Diseases*, 9, 1 : 57-66.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., et D. Stuckler, 2011, « Health effects of financial crisis : Omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, 378, 9801 : 1457-1458.

Laird, J. (dir.), 1993, *Revisioning Social Work Education : A Social Constructionist Approach*, Bighampton, NY : Hayworth.

Landry, 1995, *Conception de la toxicomanie et choix des approches de réadaptation. Version HI*, Direction des services professionnels, Le regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine.

Lévesque P.-A., 2011, *Usage de l'approche de réduction des méfaits et du principe de tolérance dans les politiques québécoises de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie*, Document préparatoire à l'atelier « Éthique et réduction des méfaits » organisé par l'axe « Éthique et santé publique » du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 8 avril 2011, Mont-Saint-Hilaire, Québec (non publié).

Malherbe J.-F., 2000, « Éthique et toxicomanie : remarques sur l'incertitude, la violence et le mensonge dans les relations d'aide » : 367-388, dans P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie volume III*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

McVinney L.D., 2006, « Harm reduction, crystal methamphetamine, and gay men », *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 10, 3-4 : 159-169.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), 2001, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), 2006, *Plan d'action interministériel en toxicomanie*.

Noël L., 2009, *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Pauly B., Goldstone I., McCall J., Gold F. et S. Payne, 2007, *Document de travail sur la réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers*. Ottawa, Association des infirmières et infirmiers canadiens.

Perretti-Watel P., 2003, « Heroin users as folk devils and French public attitudes toward public health policy », *International Journal on Drug Policy*, 14, 4 : 321-329.

Poulin C., 2006, *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes*, Ottawa, Centre canadien de lutte aux toxicomanies.

Ritter A. et J. Cameron, 2006, « A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs », *Drug and Alcohol Review*, 25, 611-624.

Rosen H., 1998, « Meaning-making as a metaframework for clinical practice », 2 : 257-288, dans R.A. Dorfman (dir.), *Paradigms of Clinical Social Work*, Philadelphia, PA : Brunner/Mazel.

Solai S., Benninghoff B., Meystre-Agustoni G., Jeannin A. et F. Dubois-Arber, 2004, *Évaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève : deuxième phase 2003*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 102).

Stratégie nationale antidrogue (1998). *La stratégie canadienne antidrogue*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Tuchman G., 1994, « Historical social science. Methodologies, methods and meanings » : 306-323, dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *The Handbook of Qualitative Research,* Thousand Oaks, CA : Sage.

Van Den Berg C., Smit C., Van Brussel G., Coutinho R. et M. Prins, 2007, « Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : Evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users », *Addiction*, 102 : 1454-1462.

Weatherburn D., 2008, « Dilemmas in harm minimization », *Addiction*, 104 : 335-339.

Réduction des méfaits, critique interne et régimes différenciés de prévention[1]

Robert Bastien
Centre de santé et de services sociaux,
Centre affilié universitaire Jeanne-Mance.

> Les thèmes de la critique sont généralisés, la critique est – au moins partiellement – scientifiquement fondée, et elle affronte désormais la science avec toutes les armes de la science. Un mouvement s'enclenche au cours duquel les sciences seront contraintes de façon toujours plus insistante à exposer au grand jour leurs incompétences, leur étroitesse d'esprit et leurs "tares congénitales" connues depuis longtemps à l'échelle interne.
>
> (Ulrich Beck 2001a ; 351-352.)

1. Je tiens à remercier très affectueusement les personnes suivantes pour leurs commentaires, suggestions et critiques des nombreuses versions de cet essai. Isabelle Laurin, professeure adjointe de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, n'a cessé de me demander des explications, des précisions et des détails sur les mots et les idées de ce texte, me poussant à rendre claires mes intentions. Michel Perreault, professeur invité à l'Universidade Federal de Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, m'a suggéré d'aller plus loin dans mes démonstrations. J'ai apporté, à sa suggestion, des compléments qui, je le souhaite, rendront plus limpides mes avancées critiques. C'est d'ailleurs lui qui m'a suggéré le titre de ce texte. Monique Besse, psychanalyste et chargée de cours à l'université Paris III et à l'École supérieure de travail social à Paris, s'est attaquée au texte avec acharnement en m'invitant à prendre les chemins les plus courts pour exprimer ma pensée et à éviter les formules absconses. J'ai conservé plusieurs de ses suggestions et idées. Enfin, nous remercions Martine Tremblay et Sandra Guimont pour la révision linguistique de ce texte.

SOMMAIRE

Dans cet essai sur la réduction des méfaits (RdM), nous cherchons à démontrer qu'une critique interne s'impose. Nous présumons qu'il s'agit là d'une opération complexe, mais essentielle pour au moins deux raisons. D'une part, parce que la question sociale fait rarement partie du discours que la RdM emploie pour légitimer sa position dans l'arène publique. D'autre part, parce que la RdM témoigne peu de ses compétences réflexives et critiques, particulièrement à l'égard des appuis qu'elle va chercher dans les domaines des sciences et de la technique. En complément, ajoutons que la niche de la RdM nécessite l'existence d'un régime très fortement différencié de prévention, dans l'accueil comme dans les services. À terme, ce régime distinctif pourrait engendrer des effets délétères directs et collatéraux sur les plans social et humain. Entre autres, en perpétuant une frontière sociale durable entre ceux qui peuvent se conformer aux exigences de la vie en société et les autres qui, aux yeux de certains, optent *délibérément* pour la *marge*. Pensons, par exemple, au rétrécissement de la biographie des usagers de drogue qui sont cantonnés dans les pourtours de la société sans jamais pouvoir en sortir totalement.

Pour discuter de ces propositions, nous fondons notre réflexion sur la constitution et l'institutionnalisation de la RdM, tout en nous attardant aux pratiques des acteurs de terrain. D'ailleurs, en s'intéressant à ces praticiens, nous constatons que des germes d'une critique interne existent *véritablement*. Or le problème réside dans le fait que leur compétence d'interprète apparaît sous-reconnue. À la toute fin du texte, nous essayons, aussi, de déconstruire l'acte de prévenir. Pour ce faire, nous isolons un tout petit segment de la prévention, l'acte de parole, pour illustrer qu'il est très difficile, voire impossible, de s'assurer que les arguments de la prévention sont, dans l'instant conversationnel, garants d'une conduite à *moindre risque* pour le futur.

INTRODUCTION

> «(…) la contradiction qui traverse le processus actuel d'individualisation est profonde. Elle menace la société d'une fragmentation qui la rendrait ingouvernable, ou alors d'une bipolarisation entre ceux qui peuvent associer individualisme et indépendance parce que leur position sociale est assurée, et ceux qui portent leur individualité comme une croix parce qu'elle signifie un manque d'attaches et d'absence de protection.»
>
> (Robert Castel 1995 ; 768.)

La réduction des méfaits (RdM), particulièrement dans le domaine de l'usage des drogues, est issue du pragmatisme et de l'humanisme. Ce dispositif, décrivant aussi un courant, s'abreuve à la science et plus particulièrement à l'épidémiologie pour que son noyau dur – *l'injection à risque réduit et la distribution de matériel de protection* (Carrier et Quirion 2003) – puisse illustrer de manière exemplaire sa pertinence sociale et sanitaire pour les usagers de drogues, ainsi que la population en général.

Craignant à voix basse la critique sociale et plus particulièrement la critique interne, la RdM poursuit sur sa lancée en adoptant un profil bas. Deux motifs peuvent expliquer partiellement cet état de fait. Premièrement, une opinion publique divisée sur la RdM polarisant les enjeux et les débats entre spécialistes, promoteurs de l'approche et citoyens, peut agir avec force sur l'adoption d'une position silencieuse. Deuxièmement, pour que la RdM puisse se développer à l'abri de la critique, il faut obligatoirement que les spécialistes puissent trouver le moyen, comme le rappelle Beck (2001 ; 348), de gérer les erreurs et les risques résultant des avancées scientifiques et, en même temps, contrôler les contre-expertises, les contre-sciences et les sciences-plaidoyers (Beck ; 352) qui risqueraient, tant de l'interne que de l'externe, d'entacher la crédibilité de l'approche.

Prenons l'exemple suivant. Il s'agit qu'un site d'échange de seringues s'installe ici ou qu'un autre déménage là-bas pour assister à une levée de boucliers, et voir en même temps se profiler les arguments scientifiques, économiques, sanitaires et politiques des défendeurs de la RdM pour nuancer et calmer les ardeurs et les contre-expertises des *intolérants*.

Pour que ce dispositif fonctionne, diverses conditions préalables doivent être réunies. Il faut tout d'abord que l'épidémiologie constitue une masse critique d'hommes et de femmes *à risques*. Par la suite, il faudra rassembler toute une armée d'humains, au sens tactique et militaire du terme, partageant les valeurs, les croyances et les principes du courant, en l'occurrence la RdM. Enfin, un lobby persistant et constant, soutenu par des arguments scientifiques aptes à convaincre du bien-fondé de l'œuvre, doit agir continuellement sur les scènes et dans les coulisses de toutes les sphères de décision pour équilibrer les rapports de force entre (1) des interventions pénalisantes et culpabilisantes à l'égard des *marginaux* et (2) des pratiques à hautes doses de tolérance comme c'est le cas dans les lieux d'accueil à bas seuil[2].

2. Le lieu d'accueil à bas seuil est une structure d'accueil dite à haut seuil de tolérance ou bas seuil d'exigence. Elle s'adresse aux usagers de drogues fortement marginalisés, peu ou

Sans que cela ne soit jamais acquis, il faut aussi instaurer un peu partout dans le vaste panier de services, de soins, de traitements, d'aide et d'écoute, une forte dose d'indulgence pour que les intervenants qui ne partagent pas intégralement les vues de la RdM soient quand même capables d'accueillir et de traiter sans trop juger et humilier les *déviants,* une opération qui doit sans cesse être renouvelée. Enfin, il faut surtout des acteurs de rue et de terrain, ayant les habiletés requises pour aller à la rencontre d'autrui avec le souci d'accueillir sans jugement. Des acteurs formés en conséquence et sans cesse *re*formés et *re*formatés pour qu'ils puissent servir d'interprètes et de relais *fiables* entre la distribution épidémiologique des risques sanitaires, les *in*conduites publiques des usagers de drogue, les avancées de la science et de la technique et les autres membres et institutions de la société. Ces acteurs occupent une position stratégique animée par l'obligation de faciliter *le vivre ensemble* avec toute la complexité que pose ce défi. Parfois, les conduites sociales d'usagers de drogue prennent la forme d'une menace et débordent la niche bienveillante de la RdM. Et c'est là que se révèlent les limites de la fine frontière sociale que la RdM a instaurées. Comme le disait Goffman (1974) : « La vie est un théâtre, mais un théâtre particulièrement dangereux. À ne pas marquer la déférence qu'exige son rôle, à se tenir mal, à trop se détacher des autres comédiens, l'acteur, ici, court de grands risques. Celui, d'abord, de perdre la face ; et peut-être même la liberté : les hôpitaux psychiatriques sont là pour accueillir ceux qui s'écartent du texte[3]. »

Comme nous le verrons dans la suite du texte, ce n'est que très rarement que la RdM met en tension sa mission sanitaire et préventive avec la question sociale[4] dans les sociétés de modernité avancée corrodées par un déficit constant et accru des protections sociales, de l'effritement du sys-

---

pas en lien avec le dispositif d'action sociale et sanitaire de droit commun. On retrouve ces lieux en Amérique du Nord comme en Europe. Au Québec, l'organisme CACTUS offre ce type d'accueil. Source : <http ://association-safe.chez-alice.fr/actuellementenligne/enquetteepinay.htm>.

3. Quatrième de couverture du livre d'Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, Éd. 1974. Voir la bibliographie.

4. La question sociale est un mélange hybride et dynamique de faits et d'événements sociaux, techniques, scientifiques, politiques et économiques censés éclairer le développement, le progrès et les regrets de la société. Pour être capable de saisir cette question, les enjeux du temps présent doivent être mis à l'épreuve de l'histoire de la constitution des sociétés et de l'évolution de ces dernières. En prenant pour exemple la RdM, on voit bien que ce dispositif ne peut refléter à lui seul une évolution et encore moins une innovation. En bref, il s'agit là d'une action d'ultime nécessité pour garantir un minimum de protection à ceux et celles qui sont exclus.

tème assurantiel (Dandurand, 1996) et de la transformation des conditions de travail qui engendrent une précarité durable et de la désaffiliation (Castel, 1995).

Pourquoi en est-il ainsi ? Parce qu'elle constitue une mesure d'exception sur le plan sanitaire et qu'elle se doit de rester dans cette niche pour éviter toute méprise et tout dérapage dans la sphère publique ? Sans doute. Parce qu'elle est réservée à des groupes restreints qui sont, sur le plan épidémiologique, une menace sanitaire pour eux-mêmes et pour la société ? Sans doute. Parce qu'elle ne dispose pas de tous les moyens requis pour jouer sur plusieurs fronts à la fois en amont comme en aval, ou encore parce que la RdM révèle les limites de l'organisation des services publics sectorisés, cadastrés et spécialisés ? Parce que la société accepte de tolérer cette pratique à la condition que certains usagers de drogue restent dans l'enceinte des lieux d'accueil qui leur sont réservés ? Sans doute, aussi. Mais est-ce suffisant comme motifs pour éviter les questions relatives aux politiques publiques pénalisantes pour les démunis, au logement, au travail, à l'aide sociale et bientôt à l'éducation qui, souvent, constitue le terreau dans lequel se constituent et évoluent plusieurs usagers de drogue (Lovell et Féroni, 1998) ? C'est peut-être ici que l'on peut entrevoir que l'existence de la RdM peut être, aux yeux de certains, légitime à la condition qu'elle puisse maintenir dans son sein la menace sociale et sanitaire qu'incarne celui que certains qualifient de *déviant* et de *marginal*.

LA TIMIDE RÉVÉLATION DE LA QUESTION SOCIALE

> […] On ne peut plus ordonner sa perception du monde social et concevoir l'avenir quand le présent se bouche et se mue en une lutte sans répit pour la survie au jour le jour.
>
> (Wacquant 2004 ; 305.)

> La politique de réduction des risques ne peut être considérée comme la seule mise à disposition d'outils, elle doit s'intégrer dans une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé.
>
> (Inserm 2010.)

Les installations de proximité[5], de même que les acteurs de terrain qui y œuvrent, particulièrement dans le domaine de la prévention sociale et sanitaire, constituent des prismes, encore trop souvent négligés par la recherche sociale au Québec et ailleurs. En nous rapprochant au plus près de ces acteurs, nous pourrions mieux cerner le sens, la portée d'une politique publique, d'un programme ou encore, comme dans le cas qui nous intéresse, de la RdM. Il en est ainsi parce que ce sont eux, les acteurs de terrain qui, de manière courante, tentent de traduire une idée politique en actions, en mots et en gestes. Ce sont ces mêmes personnes, particulièrement celles œuvrant au sein du mouvement communautaire, qui voient leur rayon d'action réduit par de nouvelles avancées technoscientifiques, mais aussi par des politiques et des règles de financement qui, depuis fort longtemps, redéfinissent leur mission sociale (Le Goff, McAll et Montgomery, 2005) en plus de fragiliser leur autonomie, c'est-à-dire leur compétence à identifier des enjeux de société qui, à une certaine époque, se traduisaient par des mouvements sociaux très fréquemment portés par des citoyens, entre autres contre les inégalités sociales (Duval *et al.* 2005).

Les politiques sociales, les inégalités et les quartiers, particulièrement les *zones sensibles* qui, auparavant, étaient leur terrain de manœuvre, se résument aujourd'hui, par l'intermédiaire de la poussée de l'insécurité sociale (Wacquant, 2004) et du néolibéralisme, à celui de la gestion de risques sociaux et sanitaires révélés par la science et le politique. Ce sont aussi eux, les travailleurs sur le terrain, qui sont aux premières loges pour observer, voire vivre, les humiliations, les discriminations et les violences dont les exclus font l'objet lorsqu'ils sortent de la niche restreinte de la RdM pour obtenir des soins, du travail et des droits, entre autres (Bouthillier *et al.* 2008). L'extrait qui suit traduit de manière éloquente ce que l'on peut vivre comme difficulté lorsqu'on pénètre sur le terrain d'autrui :

> Au début, j'étais vu comme quelqu'un de stigmatisant, [quelqu'un] qui stigmatisait les jeunes. C'était une relation verticale entre le chercheur et ses objets de recherche ; en l'occurrence des personnes vivant à la rue. J'étais interpellé comme chercheur. [On me disait :] « Tu vas nous aider, nous dire c'est quoi le

5. Par installation de proximité, nous entendons toute organisation qui offre des services adaptés à des populations exclues, marginalisées et pauvres. Il peut ainsi s'agir d'organismes communautaires, d'entreprises d'insertion sociale ou de dispositifs de proximité comme il en existe dans le réseau de la santé. Pensons par exemple aux services dispensés aux jeunes de la rue et aux pairs-aidants au CSSS Jeanne-Mance, ou encore à la pratique des marcheurs qui est hébergée au CLSC Montréal-Nord.

> problème, comment on va s'en sortir. » Sur le terrain, on a essayé de passer d'une relation verticale à une relation horizontale, plus égalitaire. Aujourd'hui, sur le terrain, ma lecture de la stigmatisation est inversée. Je suis, à cause de la proximité qui me lie à eux, stigmatisé comme eux. Je me fais fouiller et harceler par la police[6].

En étant proches, ils peuvent d'ailleurs très bien voir, entendre, comprendre et expliquer comment il se fait que les exclus ne puissent s'insérer dans des dispositifs classiques de prévention et ainsi se conformer aux régimes de soins et de services standards. Témoins des ratés de la société à l'égard de la lutte aux inégalités sociales, à la souffrance physique et psychique et aux effets dévastateurs de la pénalisation des *marginaux*, ils bricolent, souvent dans l'urgence, de fascinantes stratégies pour s'adapter aux contradictions de la société en plus de poser des gestes susceptibles d'améliorer, même dans les pires conditions, une part du bien-être d'autrui. Hélas, comme nous l'annoncions plus tôt, les savoirs dont ces travailleurs disposent ne font toujours pas l'objet d'une grande attention. En introduction de l'ouvrage collectif *Vivre dans la marge*, Louise Blais (2008) confirme que l'écart entre les savoirs experts et les savoirs d'expérience ne fait que s'accroître.

> Les dernières décennies ont vu l'élargissement du fossé entre savoirs experts et savoirs ordinaires, et la relégation de ces derniers à un statut d'insignifiance, aux sens propre et statistique. La réduction de problèmes complexes à un schéma nosologique de plus en plus étendu dans ses différenciations internes et ses applications externes, voire globalisantes, tend à aseptiser ce en quoi sont faits les problèmes ou malaises, contribuant ainsi à éliminer d'autres sens qu'ils pourraient prendre dans la collectivité.
>
> (Blais 2008 ; 15.)

Malgré des distinctions qui marquent des différences certaines entre des acteurs de terrain dont la pratique est balisée scientifiquement, politiquement et économiquement par la RdM et d'autres qui recourent à d'autres approches de proximité à plus large spectre, il y a une forte correspondance entre ces deux formes de pratiques[7]. Les deux groupes d'acteurs, qu'ils

6. Déclaration d'un anthropologue réalisant une recherche sur le terrain auprès des jeunes de la rue à Montréal au début des années 2010 reproduite dans Bastien *et al.*, (2010 : 9).

7. La réduction des méfaits s'est principalement développée autour de risques sanitaires, dont la propagation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le travail de proximité est plus largement structuré autour de pôles géographiques et d'enjeux sociaux qui ne sont pas nécessairement logeables dans la même catégorie de risques qui sont

soient affiliés au mouvement communautaire ou à des organismes du réseau public, interviennent auprès de personnes pour qui l'espoir d'un avenir meilleur est grandement menacé, entre autres à cause de leurs conditions de vie, du manque de ressources, des inégalités sociales, des discriminations, de la pauvreté et de l'isolement.

Pour saisir l'installation durable à la fois silencieuse et militante de la RdM dans le domaine public, nous formulerons une hypothèse en deux temps. Premièrement, retenons que le discours et la pratique de la RdM se sont publiquement installés dans la sphère publique sans trop générer de heurts idéologiques, techniques, éthiques et scientifiques, particulièrement au Québec. On pourrait expliquer cet état de fait par un soutien indéfectible de médecins ayant eu, pour la plupart, des expériences sensibles avec des populations exclues et marginalisées. Deuxièmement, lorsque l'argument principal évoqué pour agir promptement est la mort, on peut présumer que le signal d'alerte de médecins engagés contre la propagation du VIH et pour la cause des toxicomanes aura eu plus de chances de porter. On voit bien là agir l'exercice d'un pouvoir disciplinaire, aussi salutaire soit-il.

Dès son installation dans les registres de la prévention, l'humanisme et le pragmatisme de la RdM séduisaient tout autant que l'audace et l'aplomb des initiateurs et des promoteurs de l'approche, qu'ils fussent médecins, juristes, citoyens, infirmières, travailleurs de rue, travailleurs sociaux et citoyens. Or qu'en est-il aujourd'hui de ce positionnement dans l'arène des politiques publiques[8] ?

à la base de la réduction des méfaits. Lorsqu'on s'intéresse à l'histoire du mouvement communautaire québécois, on constate qu'il a été un réel incubateur de pratiques de proximité centrées sur des enjeux locaux et des luttes citoyennes. Les CLSC sont d'ailleurs l'un des fruits de ce mouvement citoyen. Notons toutefois que la distinction que nous effectuons entre les pratiques de proximité et la réduction des méfaits ne sert exclusivement à expliquer que l'idée et l'usage de la notion de risque varient selon les lectures qui se dégagent des politiques publiques et sociales, des programmes, des approches et de la mission des organismes. Aussi, il importe sans doute de préciser que la réduction des méfaits, envisagée comme une approche axée sur la tolérance, peut se concrétiser de manière analogue dans le travail de proximité auprès de divers types de populations disqualifiées.

8. Eugene Oscapella (2010) analyse la position du gouvernement fédéral actuel en matière de lutte aux drogues au Canada. Selon l'auteur, la réduction des méfaits risque de ne plus trouver de niche au sein des politiques du présent gouvernement fédéral, constatant une propension des mesures coercitives à l'égard de l'usage de la drogue, c'est-à-dire de la condamnation et de l'incarcération des toxicomanes.

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, la RdM s'est retrouvée presque aussitôt dans une position de fragilité à l'égard de la critique. Au moins deux raisons peuvent expliquer ce malaise. Premièrement, parce qu'elle était elle-même le fruit d'une critique du traitement inhumain des toxicomanes. Aussi, parce que la RdM était audacieuse et progressiste en comparaison à la coercition, au moralisme, aux blâmes des marginaux et à la stigmatisation des usagers de drogue. Deuxièmement, parce qu'elle bousculait plusieurs institutions à la fois : les services sociaux et de santé, et particulièrement les voies d'accès aux services et aux soins, les régimes de traitement fondés sur l'abstinence et la répression.

GERMES D'UNE CRITIQUE INTERNE À L'ÉGARD DE LA LUTTE À L'EXCLUSION ET DE LA RDM

Indépendamment des groupes cibles et des approches, le travail des intervenants de proximité agissant auprès de populations marginalisées, pauvres et exclues comporte au moins deux dimensions. Premièrement, il faut des personnes capables d'aller au plus près des populations marginalisées et exclues pour créer et maintenir des liens, dispenser des services et du matériel[9], accompagner vers des ressources et offrir de l'aide ponctuelle ou de l'aide d'urgence. À cela s'ajoutent de bonnes capacités pour l'écoute et la compassion. Deuxièmement, le travail des intervenants de proximité, qu'ils soient affiliés ou non à la RdM, en fait des témoins privilégiés de la réalité sociale et humaine des populations rencontrées. Cette deuxième dimension s'apparente partiellement au métier d'anthropologue ou à celui d'enquêteur, au sens sociologique du terme, dans le sens où le statut que l'intervenant détient au sein d'un groupe lui confère une connaissance incarnée et effective de l'univers social et culturel dans lequel il œuvre.

Ce que nous avons relevé dans nos travaux et qui concerne davantage les intervenants du milieu communautaire, c'est que le rôle de témoin privilégié semble souvent négligé par certaines autorités, au détriment de leur force et de leur capacité d'intervention. C'est d'ailleurs au sein de cet espace de travail qu'une première critique interne semble se dégager. Et l'objet de cette critique concerne la structuration hiérarchisée et experte de la RdM fondée sur une division sociale, médicale, technique et scientifique du travail. L'extrait qui suit illustre la nature de cette critique.

9. Par matériel, nous entendons des seringues, des condoms ou autre matériel favorisant la réduction des méfaits. Mais il peut aussi s'agir de dépliants et de guides.

> Mon sentiment de déception ne vient pas des formations en tant que telles, mais bien plutôt du fait qu'il n'y a pas de tribunes et pas d'espaces nous permettant d'exposer nos savoirs dans le but d'augmenter le *réalisme* de certaines politiques publiques. C'est à ce niveau que je n'ai pas de pouvoir. Bien entendu, on me reconnaît un certain pouvoir d'agir. Mais cette reconnaissance ne concerne que la partie *utile* et *instrumentale* de ma pratique ; le fait d'être capable d'aller dans les milieux de vie des gens marginaux. C'est ma force de travail, ce pour quoi je suis rémunéré et formé. Là s'arrête le pouvoir dont je dispose...[10]

Qu'il s'agisse de travailleurs de proximité agissant auprès de populations démunies ou encore de travailleurs agissant sous la bannière de la RdM, les interventions sont avant tout orientées et structurées par l'impossibilité de changer durablement les conditions de vie d'autrui. Des personnes, pour le dire autrement, qui sont condamnées à l'assistance, au jugement et au regard de tous.

Or, les populations cibles, ici, ne sont pas toujours définies et gérées par des critères de *déviance* ou encore par des conduites à risque au sens épidémiologique du terme, comme c'est principalement le cas en RdM. Il s'agit essentiellement de citoyens *ordinaires* et *dociles* qui ne peuvent tout simplement pas se conformer aux normes, aux exigences et aux règles de la vie *normale* en société. Des personnes, aussi, qui ne peuvent espérer aucune voie leur donnant accès à de la mobilité sociale, autrement dit condamnée à la précarité et à la reproduction de leur condition. Il y a des enfants, des jeunes, des migrants et des familles qui, à cause de leurs conditions de vie précaires, sont, comme les groupes *marginaux* et *à risque* dans le registre de la RdM, contraints par le peu de choix et de droits dont ils disposent à vivre dans la *marge*. De plus, ces personnes seront contraintes à devoir toujours témoigner de leur existence pour espérer obtenir, non sans perdre une part de soi, un supplément, une aide, une attention, de l'écoute, des soins et des services qui, même une fois acquis, pourront se retourner contre elles (Plante 2008 ; Barbeau 2008). Un travailleur de rue rappelle à juste titre le risque pour ces individus de devoir toujours témoigner de soi :

> Parler de soi ou encore témoigner de soi est un acte que ces personnes [celles accablées par des problèmes de santé mentale] ont appris très tôt et de manière traumatisante dans leur vie. Cela correspond régulièrement au moment où leur vie a basculé de manière durable et brutale dans la souffrance psychique,

10. Extrait d'un récit de pratique d'un travailleur de rue dont le nom fictif est Alain Mathieu, à paraître dans les pages de la revue *Vie Sociale et Traitement* (VST) en France au cours de 2013.

et de là, dans le système de soins, la prise en charge hospitalière, etc. Les lieux d'auditions classiques, tels que la cour, le cabinet du médecin ou du psychiatre sont des espaces où le témoignage est une matière à produire des confessions. Des confessions d'une nature particulière, car il en ressort toujours un diagnostic. Il est rare que ces personnes soient conscientes des usages que les experts font et feront de leur témoignage et de leur parole. Elles ne sont pas dans des conditions idéales pour évaluer les effets délétères de cette prise de parole sur le temps présent et à venir, car lorsqu'elles consultent, elles sont en état de crise et de demande d'aide. C'est après coup qu'elles évaluent les impacts de l'acte de témoigner de soi. Les diagnostics, par la suite, pourront alternativement servir à condamner, à réguler les conduites et les humeurs par la voie chimique, à interner ou encore à évaluer la pertinence d'un régime de soins et des traitements, voire un suivi, souvent accompagné de médication.

La parole, qui un jour a produit un sentiment de reconnaissance et a suscité une prise de pouvoir sur leur souffrance, peut engendrer des effets inverses, le verrouillage par l'intérieur. C'est là l'effet pervers le plus courant de l'acte de témoigner de soi. Pour se prémunir de souffrances et d'abus additionnels émanant de la confession, certaines personnes que je rencontre utiliseront, à un moment où à un autre de leur vie, le silence comme moyen de survie, l'étiquette de malade mental étant trop lourde à porter. Pour survivre, ces personnes apprennent à être dociles et à se taire. Or, en tant qu'intervenant, lorsque tu cherches à construire des liens, la voie de la parole se pose d'office comme moyen privilégié, surtout lorsque le cadre est volontaire et désintéressé au sens clinique du terme[11].

RÉGIMES DIFFÉRENCIÉS EN PRÉVENTION

La prévention est un dispositif qui est indissociable de la constitution et de la structuration de la société, du politique et de la science. Ce dispositif a bien sûr évolué avec le temps, particulièrement depuis les grandes épidémies au XVIII[e] siècle. Or les fondements restent à peu près les mêmes ; le souci de protéger la population et, en même temps, s'assurer de produire des humains ayant une *utilité sociale* bénéfique pour le progrès de la nation (Bastien et Laé 2011). *A priori*, la prévention comporte un ensemble de mesures universelles s'appliquant à tous et à toutes. Dans le domaine de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa (1986) est éloquente à ce sujet, particulièrement lorsqu'elle soulève l'importance de s'attarder, en premier lieu, aux

11. L'extrait que nous citons ici provient du récit de pratique de Boréas qui paraîtra, en 2013, dans les pages de la revue *Vie Sociale et Traitement* (VST) en France. Deux récits de praticiens sont déjà accessibles dans la revue VST.

conditions indispensables à la santé[12]. Ainsi, lorsque la prévention et la RdM en particulier en arrivent à émettre des conditions différenciées fondées sur la distribution inégale de risques épidémiologiques, on devrait se demander si les conditions de vie défavorables à l'instar des conduites à risques déterminent le type de prévention et de promotion de la santé à *prescrire*. Et si c'est le cas, se pourrait-il qu'il existe des régimes différenciés de prévention, d'aide et de services, soit des régimes réservés à des groupes restreints de la société où l'on se contente d'une intervention humanitaire palliative d'urgence ? La réponse à cette question est sans doute envisageable par l'affirmative comme le suggèrent plusieurs auteurs, dont Beck (2001), Thébaud-Mony (2008), Wacquant (2004), Bouquet (2005) et Becquemin (2007).

Tout en éludant la question sociale, l'instauration durable de la RdM au même titre que des interventions de proximité de première nécessité qui ont cours dans notre société engendre des tonalités et des seuils de tolérance et de précaution variables. Lorsque les soins de santé primaire, la prévention et la promotion de la santé, dans des sociétés dites de modernité avancée, se calquent à la fois sur la constitution d'une société qui voudrait être compétitive sur la scène mondiale et, simultanément, sur l'aide humanitaire et des mesures d'urgence, (comme c'est le cas dans le domaine de l'aide internationale) et que ces mesures s'institutionnalisent et se pérennisent, alors la question sociale s'impose d'elle-même.

D'un côté, des systèmes d'action proscrivent, interdisent et avertissent de l'éminence de dangers, de risques en effectuant des mises en garde[13] pour ceux et celles qui peuvent se conformer à ces injonctions. De l'autre côté, les mêmes systèmes d'action manifestent un accueil inconditionnel (mais restreint à des conditions de survie) à autrui lorsque la vie bascule dans l'irrémédiable et l'irréparable. Ces deux régimes prophylactiques et de prestations de soins et de services cohabitent dans un même État de droit. Et cette cohabitation de deux façons d'envisager le monde en totale opposition sur le plan des conséquences, du droit, de la justice et de la dignité, est une autre caractéristique inquiétante d'un très particulier système de frontières variables. Cette acceptation tacite des mondes différenciés est symptomatique de

12. Ces conditions sont les suivantes : accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

13. L'efficience de ce premier régime se fonde sur le postulat que les populations visées sont *aptes* à mettre en application des moyens de protection et à accepter de se conformer, pour leur propre bien et le bien d'autrui, à ce régime.

l'existence de degrés de tolérance et de méfiance ajustables et flexibles. Bien plus réel que virtuel, ce scénario, pour reprendre les mots de Castel (1995 : 724), serait la révélation d'une *conjoncture catastrophique*.

L'installation pérenne de la RdM dans la contemporanéité est peut-être l'un des révélateurs de cette circonstance sociale de l'effroyable. Comme le rappelle Bibeau (2008 : 8), au cours des quatre dernières décennies, « les programmes de protection sociale se sont transformés en gestion disciplinaire de la vie des pauvres et des exclus ». Pour comprendre autrement l'institutionnalisation de la RdM, nous pensons qu'il serait porteur de l'analyser comme étant un dispositif de gestion disciplinaire et se demander, au final, s'il est possible de cerner les visées sociales de ce courant en acceptant, momentanément, de le soustraire au protectionnisme biomédical, à la science et à la technique.

Pour éviter toute méprise d'interprétation, rappelons que le problème que nous relevons dans la constitution et l'institutionnalisation de la RdM, ne concerne pas l'approche en tant que telle, mais sa persistance dans le temps et l'espace. Un autre aspect de la RdM qui interpelle résulte du fait qu'elle coexiste en parallèle avec des politiques et des interventions fondées sur la *tolérance zéro*. On trouve dans l'histoire d'autres logiques d'action, aussi fondées sur la science et la technique, qui fonctionnèrent selon des règles différentes pour des classes sociales distinctes, dans le domaine du pénal (Kaluszynski 2008) et de l'instruction publique, entre autres. L'extrait qui suit illustre ce parallèle :

> L'instruction est un moyen de perfectionnement et de bonheur pour l'homme, comme elle peut être pour ce dernier un instrument de corruption et de ruine ; c'est une lumière qui éclaire ou qui brûle, selon qu'elle est bien ou mal dirigée. Tel est, malgré tous les paralogismes, l'effet certain de l'instruction considérée dans ses rapports, soit avec le riche, soit avec le pauvre. Cependant, l'instruction du premier étant plus complète que celle du second, et les loisirs dont il jouit lui permettant également d'étendre ses lumières et d'épurer son cœur, on ne saurait établir de comparaison, sous ces deux rapports, entre lui et le pauvre, qui, par sa condition, est destiné à un labeur perpétuel et ne peut, dès lors, espérer acquérir que des notions imparfaites en toutes choses, même en morale. L'acquis de l'esprit chez le pauvre, pour cela qu'il est superficiel et incomplet, doit donc être soumis, de la part de ceux qui gouvernent, à une surveillance perpétuelle. (Honoré-Antoine Frégier, 1840)

PROXIMITÉ ET DISTANCE EN PRÉVENTION : LE JEU DES MOTS SUR SOI ET SUR AUTRUI

Word, n
A word is not necessarily what it means,
but rather who was the person who said it, and
when

(Empower, 2007)

> De la conduite à risque à la faute, il n'y a qu'un pas. Dès lors que l'individu a été prévenu des risques que sa conduite lui fait encourir, l'inconscience se meut en imprudence et l'erreur en faute.

(Léa Lima 2005 : 85)

La distance qui sépare les hommes les uns des autres revêt un caractère capital pour mesurer les écarts de vue et d'interprétation qui prévalent entre ceux qui sont directement engagés dans l'action et ceux qui, en retrait, conçoivent et promeuvent des modèles censés améliorer positivement la santé et le bien-être du plus grand nombre et de ce fait, les progrès de la société. Cet extrait de Victor-Lévy Beaulieu (2010 : 165), quoiqu'éloigné de notre propos, explique très bien cette distinction d'échelle :

> La majorité des scientifiques qui trafiquent les gènes des animaux n'ont jamais vu une vache, une chèvre ou une brebis de leur vie. La majorité des agronomes qui trafiquent les sols et les semences n'ont jamais vu non plus une vache, une chèvre ou une brebis de leur vie. Pourquoi les verraient-ils d'ailleurs ? Le but qu'ils poursuivent n'a plus rien à voir avec la nature et à l'idée de sagesse qui en est le fondement.

Invariablement, plus on est loin, plus on regarde la situation de haut, moins l'on se sent touché et concerné par ce qui se déroule *en bas*. Le temps dont on dispose et l'usage de nos sens ne sont pas ajustés de la même manière lorsqu'on s'attarde à la notion de la distance pour cerner, comprendre et donner sens aux interactions sociales. Cela ne veut pas dire que ceux qui regardent de haut n'ont pas de sentiments à l'égard d'autrui situé plus bas, cela indique simplement qu'ils voient, ressentent et comprennent autre chose que ceux qui sont en relation directe avec autrui. Ceux, autrement dit, qui sont au cœur de l'événement. Ici, les uns et les autres peuvent être piégés par leur posture respective tout comme le chercheur, d'ailleurs, qui porte son regard sur l'exclusion et les pratiques d'intervenants de rue.

En s'intéressant à la RdM par l'intermédiaire d'approches microsociales, le regard du chercheur sur le terrain a de bonnes chances de s'orienter vers des gestes simples posés dans la vie courante, au langage, à la conversation et aux cadres des échanges. Cette incursion dans la *fabrication* de l'action, lorsqu'elle se fait dans le respect de la pratique des intervenants et des personnes concernées par l'intervention, offre un accès direct à la *réalité* du praticien et au sens qu'il donne à sa pratique et à l'approche qui délimite son terrain de manœuvre. On peut, par ce prisme, cerner l'origine de la relation que l'intervenant tente d'établir, les difficultés et les embûches qui parsèment l'établissement et le maintien du lien humain et social. On peut aussi voir comment cette relation se développe et se transforme. Et dans certains cas, par l'évocation des limites que l'intervenant va poser dans son lien avec l'autre, on peut également découvrir pourquoi et comment la relation pourra prendre fin ou encore, se modifier radicalement. Contrairement à ce que l'on peut présumer, l'accueil inconditionnel d'autrui ne l'est pas toujours en RdM. Cela pourra varier d'un intervenant à l'autre, souvent en lien avec le seuil de tolérance de l'intervenant, de son expérience et des événements auxquels il sera confronté.

Les expressions *acteurs proximaux* et *acteurs distaux* n'existent pas dans la *vraie* vie, il s'agit simplement d'un petit bricolage théorique pour simplifier la communication d'une idée qui nous semble importante. Nous recourrons à ces concepts essentiellement pour préciser qu'il existe une distance de vue, de geste, de finalité, de savoir et de pouvoir entre deux catégories d'acteurs. Il y a tout d'abord des personnes d'idées, les *acteurs distaux*, qui proclament l'existence de manières de faire, de penser et d'agir. Au plus bas de la colline, il y a d'autres acteurs qui adhèrent à ces idéaux en les transformant, les adaptant et les ajustant à leur manière, parfois de manière totale ou partielle, avec les causes et les motivations proclamées. Il s'agit là des *acteurs proximaux*[14].

Dans le premier registre, il peut s'agir de législateurs, de leaders et d'initiateurs de mouvements, au sens très large du terme. Ces personnes possèdent suffisamment d'influence et de ressources pour attirer, inspirer et soutenir d'autres personnes à passer de l'idée à l'action, souvent par des incitatifs économiques, des arguments humanitaires, moraux, sociaux, sanitaires et scientifiques.

14. Le recours à ces deux classes d'acteurs ou de groupes d'acteurs (les proximaux et les distaux) est très inspiré de la dichotomie que H.S. Becker (1985) opère pour qualifier, dans sa théorie de la déviance, les créateurs de normes et les applicateurs de normes.

Dans le second registre, il y a les travailleurs de rue et les travailleurs de proximité qui agissent sur le terrain et qui sont soumis aux aléas du rapport à autrui, aux difficultés de joindre et de rejoindre, au *désir* et à l'intérêt d'être au plus près des populations *vulnérables*, aux contraintes institutionnelles, à la technocratie et à la complexité des alliances à créer. Ces intervenants, pour la plupart, sont souvent eux aussi dans la précarité et ont des salaires au bas de l'échelle. Ils partagent en quelque sorte les conditions sociales et économiques de ceux auprès de qui ils interviennent.

Lipsky (1980) soutenait que plusieurs types d'intervenants, principalement ceux rattachés à des structures gouvernementales, dont l'aide sociale, avaient tendance à durcir leur position face aux demandeurs d'aide lorsque des événements extérieurs à leurs services augmentaient le nombre potentiel de bénéficiaires. À titre illustratif, les crises économiques sont citées par l'auteur. Par cet exemple, Lipsky faisait valoir l'existence et l'exercice du pouvoir discrétionnaire de l'agent dans *sa* façon de gérer les demandes et de se comporter devant le demandeur. Un autre facteur peut aussi jouer sur la conduite de l'agent, les quotas entre autres. Plus on demande à un agent de traiter des dossiers, plus il pourra devenir hostile à l'égard de la cause de l'autre en entrevoyant le bénéficiaire comme la cause principale des malaises de sa condition de travailleur et de la société en général. Si l'on appliquait la lecture sociologique de Lipsky aux travailleurs de proximité, arriverions-nous au même constat ? Nous présumons du contraire, car les fondements de la RdM requièrent des intervenants un haut niveau de tolérance à l'égard de l'autre, une grande ouverture d'esprit aussi. On pourrait formuler l'hypothèse suivante : plus les conditions d'autrui se désagrègent, plus la société manifeste de l'intolérance et de l'hostilité à l'égard des marginaux, des toxicomanes et des pauvres, plus les intervenants de proximité feront preuve de tolérance et de compréhension.

Cette dichotomie n'indique en rien que les *intervenants proximaux* n'aient pas d'idées, pas de savoirs, pas d'inventivité ni de marge de manœuvre et non plus de pouvoir. En fait, c'est plutôt le contraire que nous voulons démontrer. Et c'est sur ce point que nous insisterons pour illustrer que les *scènes de la vie courante* ne sont jamais clairement et définitivement circonscrites dans un camp précis où tout serait réglé d'avance par la division technoscientifique du travail. Pensées, songes et paroles d'exaspération, d'indignation, d'empathie, de tolérance, d'intolérance, de découragement, d'indignation et de consternation peuvent tous s'incarner et être portés par un seul et même acteur, quel que soit son groupe d'appartenance ou son allégeance à un

mouvement, qu'il soit animé par un souci de contrôle social ou par un souci libérateur et émancipateur.

Dans cette section du texte, nous discutons de l'acte de la parole préventive dans des situations d'interactions sociales impliquant au moins deux personnes. Il pourra s'agir d'un travailleur du social ou de la santé, qui cherche à aller au-devant des choses pour suggérer à un tiers, prenons pour exemple un *usager de drogue*, des choix possibles s'offrant à lui dans l'espoir de réduire un risque potentiel ou d'amoindrir une souffrance psychique ou physique qui se présentera, peut-être, dans le futur.

Les échecs et les réussites comme d'ailleurs les forces et les limites de la prévention sont fréquemment mesurés à l'aune d'approches, de politiques et de programmes (Laventure, Boisvert et Besnard 2010). Autrement dit, ce sont les propositions des experts, fondées sur les alertes qu'ils lancent et des objectifs y faisant corps, qui sont appréciées par la recherche et l'évaluation. Or nous présumons que toute démarche d'enquête dans le champ préventif devrait avant tout s'intéresser à la façon dont les acteurs les plus proches du terrain s'y prennent pour traduire les visées d'une action publique lorsqu'ils entrent en contact direct avec les populations, c'est-à-dire à partir du moment où un dialogue s'amorce et s'instaure.

Cette toute petite unité de sens s'incarne dans la conversation. Elle représente l'élément le plus subtil et sans doute le plus furtif tout en étant le plus déterminant de l'entreprise préventive. C'est par ce registre que circulent et se transforment les savoirs et la pensée et, ultimement, les conduites. Le deuxième élément à prendre en considération, tout aussi important que le premier, est le temps. C'est-à-dire l'instant où le signal d'alerte est émis, discuté et négocié entre humains. Le troisième élément est incarné par ceux et celles qui, dans le cadre de leur travail, utilisent des mots pour avertir l'autre qu'un événement désagréable pourrait advenir si telle ou telle conduite, jugée contraire à la règle, à la norme, à la loi, à la morale, à la santé et au bien-être, était malencontreusement activée.

Pourquoi manifeste-t-on peu d'attention aux mots des personnes qui, dans la rue, dans les écoles, dans les prisons, dans les cours de justice et dans les familles, tentent d'avertir de dangers imminents en faisant résonner des signaux d'alerte, quelle que soit l'intensité du plaidoyer emprunté ? Il en est ainsi, nous croyons, parce que ceux qui, dans le cadre de leur travail routinier auprès des enfants, des personnes âgées, des gens de la rue, des prisonniers et des toxicomanes, recourent aux mots sont placés au bas de l'échelle de

l'entreprise préventive. Il s'agit, dans la plupart des cas, de mères et de pères, d'enseignants, d'acteurs du milieu communautaire et de professionnels de la santé, de travailleurs sociaux et de policiers qui, au plus près des hommes et des femmes, cherchent à induire des mouvements susceptibles de protéger, de prémunir et de sauvegarder un certain acquis, une certaine dignité.

Lors d'interactions sociales comportant des finalités d'ordre préventif, aucune parole ne peut prétendre avoir, comme dans la loi et la justice, la force d'une injonction performative (Bourdieu 1982 ; Chudzinska 1983). Dans le domaine de la justice et du pénal, l'injonction est claire et sans détour. Elle s'exécute sur-le-champ pour un geste présumé contraire à la règle commis antérieurement, souvent à la frange du présent. Un policier vous somme de vous arrêter pour un délit au Code de la route, un juge vous déclare coupable d'un méfait, un douanier vous ordonne d'ouvrir vos valises. Ces exemples sont souvent cités pour illustrer la dimension performative d'un énoncé.

Nous présumons qu'aucune injonction préventive prise au sens d'un avertissement ou d'une mise en garde ne peut prétendre au titre d'un énoncé performatif. Il existe trop de dimensions à prendre en considération. La première de ces dimensions est le *temps,* c'est-à-dire le décalage entre une conduite probable (théorique) et une possibilité future connotée comme étant un risque pour soi et pour autrui. Et c'est en partie pour cette raison que la recherche sociale qui a depuis longtemps négligé cette dimension aurait tout intérêt à examiner la prévention, et la RdM en particulier, dans sa forme conversationnelle, temporelle et situationnelle.

Ainsi, depuis la constitution de la santé publique moderne, principal siège de l'entreprise préventive telle que nous l'appréhendons aujourd'hui, la plus petite unité de sens à prendre en considération aurait dû être l'acte de la parole. Pour saisir ce dont il est question dans les progrès et les regrets de la prévention et quelles que soient les approches, les courants, les mouvements, les stratégies ; l'étude des mots employés, livrés, délivrés, répétés et martelés pour le bien d'autrui et le progrès de la société devrait être faite avec une plus grande attention, un plus grand souci éthique. En fait, il n'y a pas que les paroles, mais toute une série de messages qui les accompagnent lors de l'énonciation ; regards, gestes, tons, façons de se situer par rapport à l'interlocuteur. Une même parole peut avoir des sens différents selon les moments et les modes d'énonciation et l'intention réelle (consciente ou non) du locuteur.

Les paroles dans toutes les déclinaisons possibles des divers régimes de prévention — du moralisme en passant par la coercition et la répression jusqu'à la RdM — sont invariablement chargées d'éventuelles punitions ou récompenses. Autrement dit, la mise en parole de la prévention s'accompagne perpétuellement d'une prédiction, favorable ou défavorable. Et la condition pour que la gestion d'une éventualité regrettable se traduise en risque, demeure et demeurera toujours intangible et inénarrable dans l'instant présent.

Les mots et les paroles de la prévention sont structurés autour d'un gain potentiel ou d'une perte possible de bien-être, de liberté, de choix, de droits et de santé. C'est selon le cas, c'est selon les moyens, les conditions et les contraintes dont dispose autrui sans pour autant négliger le pouvoir argumentaire et la force de conviction de ceux qui font usage de mots et de paroles dans le but d'avertir de l'éminence d'un risque, d'une menace, d'une aggravation de la condition d'autrui, d'un danger.

En prévention, l'usage des mots passe par l'échange. En premier lieu, par le lien, le contexte de la relation et le rapport au pouvoir. En second lieu, par une forme particulière et subtile de *mesure* de la compréhension et de la disposition d'autrui à écouter, et surtout à se souvenir, le moment venu, qu'il existe des moyens qui *s'imposent* pour contrer un danger, une chute ou une rechute. Or il est rare que l'on puisse, sur le coup, dans le moment présent, observer un changement probant ou une modification ayant une valeur prédictive uniquement en prenant comme unité de mesure une disposition émise par le langage.

Un acquiescement, une promesse de se conformer, un refus d'entendre ou une rebuffade à l'égard d'une injonction préventive n'indiquent rien d'autre qu'un simple accusé de réception chez celui ou celle qui est visé par le message. Essentiellement, il s'agit d'un jeu à sommation nulle. Aucun examen, aucune théorie et aucune technique ayant des prétentions scientifiques prédictives, même fondées sur des arguments probants, ne peuvent apprécier réellement, définitivement, durablement et hors de tout doute une corrélation entre une intention déclarée et un événement à venir. Et c'est justement ici que l'on peut et que l'on doit s'enquérir des usages que des *spécialistes* de la prévention et de la RdM font de la science pour statuer sur des manières de faire et des façons de convaincre. Sur le même plan, il faut aussi sonder comment les mêmes spécialistes s'emparent de la science pour donner sens aux conduites humaines et sociales et, par extension, aux risques et aux menaces dans la société.

À ce sujet, Malherbe (1994 : 24) soutient que « les actions de prévention sont presque toujours pensées en termes mécanistes et de causalités », ce qui expliquerait, en partie, la déception de *préventionnistes* lorsque des populations, pourtant bien informées, ne se conforment pas aux régimes prescrits. Cette hypothèse est d'ailleurs reprise par Frohlich et Poland (2006) lorsqu'ils relatent, dans une optique critique, que les théories issues de la psychologie sociale américaine et du béhaviorisme, principalement la théorie sociale cognitive de Bandura et la théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein datant du début des années 1980, prétendent que les risques peuvent être évités si l'on met à la disposition des individus de l'éducation et de bons outils de modification de comportement. L'instauration durable de la RdM dans le registre de la prévention témoigne de manière éloquente des limites et des prétentions de la psychologie sociale américaine à l'égard de la gestion prospective des risques.

Dans le domaine de la gestion des risques et de la prévention, tout est toujours à recommencer et à réinventer, et cela prévaut aussi pour ceux qui agissent sous l'influence de la RdM. Il en est ainsi parce que les menaces et les risques, sans pour autant qu'ils changent radicalement de forme, sont très souvent permanents et durables. Prenons pour exemple la persistance des inégalités sociales relevées par Beck (2001 b).

Parce que les règles de vie en société comme d'ailleurs les mœurs et les lois changent avec le temps, les risques et les normes changent aussi. Ce qui était inconcevable autrefois devient possible et toléré aujourd'hui, et ce qui était auparavant admis se retrouve proscrit et assujetti à des lois. Et la science n'est pas en reste, car elle ne cesse de revisiter ses certitudes et ses vérités. Prenons pour exemple le cas de l'amiante, qui est révélateur d'un produit dont on a vanté les mérites à une certaine époque pour par la suite l'interdire dans de nombreux pays alors que l'on connaissait, déjà au tout début du XX^{e} siècle, les risques associés à la santé (Thébaud-Mony, 2008). Tour à tour, l'avancement des connaissances en science, les modifications aux règles de sécurité et les transformations des normes ont tous pour effet de moduler le discours préventif, sans pour autant altérer l'injonction d'un recommencement perpétuel. C'est pourquoi la critique interne en sciences et en techniques se doit d'être active et encouragée, tant en recherche fondamentale qu'en recherche appliquée.

DISCUSSION

> [l]à où les hommes du XIX^e^ siècle avait [sic] pour eux l'innocence scientifique, le balbutiement des découvreurs, les hommes du XXI^e^ siècle ne pourront pas invoquer l'ignorance, la méconnaissance des effets pervers de mesures qui discriminent et ancrent dans la loi des éléments qui pourront être détournés de leur projet originel.
>
> (Martine Kaluszynski 2008 : 47)

La critique interne de la science, telle que Beck (2001 a) la définit, est une démarche qui consiste à mettre à jour les limites et les failles des disciplines, autrement dit exposer avec clarté des prétentions de l'entreprise scientifique à pouvoir cerner de manière totale et systématique des phénomènes qui requièrent de toute évidence d'autres sources et types de connaissances, d'autres perspectives que la science positive. À ce même propos, Beck (2001[a] : 352) parle d'une science *réflexive* en faisant référence aux capacités d'adaptation de la science qui, continuellement confrontée à sa baisse de crédibilité et aux doutes qu'elle soulève, *re*traduit pour son propre compte et son propre profit « les critiques dont elle fait l'objet de la part de l'opinion publique en les transformant en opportunités d'expansion ».

Dès la constitution de la santé publique moderne à la fin du XIX^e^ siècle, la technoscience a été largement employée pour démontrer, par exemple, les raisons pratiques et le bien-fondé d'interventions et de traitements considérés comme bénéfiques pour la santé et le bien-être de la population. Or, lorsqu'on prend un certain recul, on découvre que les arguments de *savants* de l'époque vantant les mérites des techniques d'enquête, des traitements, entre autres prophylactiques, dont la séparation des élèves dits anormaux des élèves dits normaux, étaient passablement plus préjudiciables qu'avantageux pour la société, notamment pour les familles pauvres. Et c'est encore le cas aujourd'hui.

En réfléchissant sur les précautions qui s'imposent, on devrait pouvoir se demander si la RdM peut engendrer des effets sociaux de nature iatrogène comme l'ont déjà relevé Craplet (2006) Outre le fait que la RdM s'appuie sur le pragmatisme et l'humanisme, on ne peut quand même pas négliger le fait que cette approche repose aussi, comme l'ont démontré d'ailleurs Carrier et Quirion (2003), sur des fondements scientifiques. L'injection à moindre risque pour réduire la transmission d'infections transmissibles par

le sang est un exemple où la science et la technique sont employées pour légitimer l'existence de la RdM.

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, il était rare de trouver, dans les écrits et les coulisses de l'écriture, des critiques de la RdM provenant de l'*interne*. Pour expliquer cet état de fait, nous formulons deux hypothèses. Premièrement, critiquer l'approche de l'interne équivalait à être contre et à s'attirer les foudres des promoteurs et des défenseurs de l'approche. Deuxièmement, critiquer la RdM revenait à l'affaiblir comme solution alternative aux politiques de *tolérance zéro*. Indubitablement, cet affaiblissement aurait conféré aux détracteurs de l'approche des raisons supplémentaires pour condamner la RdM sur tous les fronts et faire des promoteurs et plus encore des intervenants de rue des *déviants* par osmose et de réelles menaces publiques.

Qu'en est-il aujourd'hui de l'analyse critique interne de la RDM ? Est-ce une opération qui demeure toujours difficile et fragile à opérer ? Et si oui, pour quelles raisons ? Quels sont les enjeux d'une telle opération ? Risque-t-on de mettre socialement, économiquement et politiquement en péril la RDM ?

Par inadvertance, la RdM a peut-être facilité la capacité de bon nombre de personnes, des citoyens ordinaires jusqu'aux décideurs en passant par les usagers de drogue eux-mêmes, de supporter le *vivre ensemble* dans une société où l'intolérable est devenu acceptable. L'invisible, incarné par le visage manifeste de la pauvreté, la mendicité, la violence et l'humiliation, est maintenant visible et tangible sans que cela heurte à outrance. Cette tolérance ira encore plus loin, jusqu'à l'indifférence et au mépris chez des bien nantis à l'égard « d'individus et de groupes qui ne peuvent pas s'en sortir » (Bibeau 2008 : 185).

Ce que ce tableau social et sanitaire bipolarisé révèle sans doute le mieux, c'est l'existence, toujours plus subtile, d'un régime de tolérance des risques, des inégalités, iniquités et de la pauvreté où la docilité, la souplesse et la compréhension de tous sont requises pour côtoyer la misère avec moins de peine, l'accepter comme quelque chose de naturel qui se pose sur soi, comme s'il s'agissait d'une œuvre presque *divine* que nulle entreprise, nul dispositif, nulle loi, nulle politique et nulle mobilisation ne pouvaient changer et radicalement enrayer. Les membres du clergé, au moment où ils s'occupaient d'éducation et de santé, avaient un discours analogue à l'égard de la souffrance humaine et de la pauvreté :

> […] L'Église pourra corroborer les jugements des classes supérieures à l'égard de l'indigence en créant, par exemple, des distinctions de classes morales (bonnes et mauvaises) de la pauvreté : « Soyez de bons pauvres et vous verrez la charité des riches couler à pleins bords sur toutes les misères[15] ».

CONCLUSION

Nous avons commencé ce texte en arguant que la RdM était arrivée à un stade où elle ne peut dorénavant plus faire l'économie (1) de la question sociale et (2) d'une critique interne. Reprenons, pour conclure, les éléments nous ayant conduits sur ces pistes en apportant, lorsque requis, de nouvelles nuances et de nouveaux éléments de contexte.

Dès l'instauration du mouvement hygiéniste, à la fin du XIX^e^ siècle, les arguments employés par les médecins pour démontrer la puissance et les bienfaits de leur œuvre, moralement et scientifiquement fondés, s'articulaient autour de deux grands objectifs : débusquer hâtivement toute défectuosité physique et psychique chez les individus, de préférence chez les plus jeunes, dans le but de préparer pour demain des individus capables de participer au progrès de la nation. Or en réalisant des enquêtes sur les jeunes élèves, il est rapidement apparu que certains nuisaient à la bonne marche de l'instruction publique. Pour permettre à l'école publique de produire des individus aptes à rendre la nation compétitive, des filières spéciales furent créées. Ceux accablés par des problèmes physiques étaient dirigés vers des classes spéciales, dont certaines étaient logées dans les hôpitaux. Les élèves qui incarnaient une menace à l'ordre public étaient conduits à la cour et pouvaient, en fonction de la gravité des méfaits commis, aller à l'école de réforme et plus tard, à la prison. Enfin, les élèves diagnostiqués par des hygiénistes mentaux pouvaient, en fonction des pronostics émis, être internés dans des hôpitaux psychiatriques. Ce dispositif de prévention sociale et sanitaire précoce, bien qu'il ait été promu comme bénéfique pour l'avenir de la nation, a engendré des régimes différenciés, voire des filières différentes, dont on mesure encore mal aujourd'hui les méfaits, particulièrement à l'égard des enfants vivant dans des familles pauvres (Bouquet et Jaeger 2005 ; Bastien et Perreault 2012).

15. Extrait du *Manuel de charité* du missionnaire apostolique Isidore Mullois, cité dans Pierrard (2005 : 51).

La RdM ne se compare pas avec les dispositifs de débusquage et de gestion des *défectuosités* portées par les enfants, à l'époque où l'hygiénisme était à son apogée. Toutefois, il est révélateur de constater que la RdM représente une niche exiguë dans laquelle on entre, mais dont on peut difficilement en sortir. Et c'est dans ce sens qu'il importe de mettre en perspective ce dispositif avec la question sociale et de développer une lecture critique des arguments scientifiques sur lesquels se fonde la RdM. Il n'y a pas de voies d'entrées claires, pas de barreaux et non plus de système de contention autour de la RdM, uniquement une société qui, pour reprendre les propos de Beck (2001), ne s'attend pas nécessairement à quelque chose de bien pour ceux qui incarnent une menace, mais plutôt à ce que le pire ne se produise pas.

Plusieurs travailleurs du social et de la santé qui interagissent sous la bannière de la RdM de manière directe et courante avec des populations marginalisées et exclues, quel que soit leur état de détérioration, savent ce qu'est une distinction entre la théorie et la pratique, entre le moment présent et un moment à venir. Ils connaissent la signification d'un refus d'entendre, en même temps qu'ils savent que l'autre peut éventuellement revenir sur le sujet en manifestant d'autres dispositions. L'adoucissement discursif prend mutuellement forme avec un souci clair de réduire la méfiance à l'égard de la menace qu'autrui incarne, même dans ses envolées les plus dramatiques. Ils voient bien aussi que le futur est bouché pour plusieurs et que les conditions de base pour certains ne sont pas comblées.

Dans sa forme la plus linéaire, on présumait que l'acte (conversationnel) de prévenir consistait à décliner des vérités fondées sur des *évidences* scientifiques, des éventualités et des probabilités, aussi, pour qu'ultimement l'autre *comprenne* l'éminence des conséquences encourues en cas de prise de risque. Voilà qu'avec la RdM, il faut repenser intégralement ce qu'il faut dire et pourquoi il faut le dire, cela en fonction de la biographie de l'un et de l'autre. En termes positifs et au bénéfice de toutes les formes de prévention, il s'agit là d'un très fort gain notionnel et conceptuel qui aide à comprendre la nature complexe des interactions sociales lorsque la prévention constitue l'objet central du processus d'échange.

Comme nous l'avons exposé, les germes de la critique interne à l'égard de la RdM semblent provenir de deux sources distinctes : (1) de la base, c'est-à-dire chez certains praticiens œuvrant, entre autres, au sein du mouvement communautaire et (2) de spécialistes engagés, parfois de près, dans le domaine de la RdM. Quoiqu'il soit difficile de vérifier l'étendue, la profondeur argumentative, la solidité et la fidélité de cette critique interne, il reste encore

du chemin à parcourir pour imaginer des zones de dialogues hybrides engageant tous les acteurs concernés, indépendamment de la place qu'ils occupent sur l'échiquier de la RdM. C'est d'ailleurs dans la réunion de tous les acteurs engagés dans ce mouvement qu'une critique interne doit s'élaborer.

Enfin, une autre avenue est à découvrir. Il s'agit du paravent *scientifico-argumentatif* que les spécialistes utilisent pour éviter tout débat qui mettrait en péril le destin de la RdM et, par le fait même, les services offerts à des populations marginalisées et exclues. Nous présumons que ces acteurs auraient tout à gagner à sonder réflexivement les risques et les effets potentiellement délétères qui parsèment la RdM dans toutes ses déclinaisons scientifiques, techniques et sociales. Comme le rappelle Beck (2001 [a] : 345-346) : *Tant que la science maintiendra une position de défense à l'égard du caractère inévitable de ses réalisations technoscientifiques, c'est-à-dire qu'elle fera valoir une position de refus à l'égard d'effets collatéraux des risques qu'elle engendre, elle restera fermée de l'intérieur.* Ainsi la question qui devrait se poser est la suivante : comment se sortir du guêpier qui a fait en sorte, un jour, que la RdM s'est présentée comme un bienfait ?

BIBLIOGRAPHIE

Barbeau D., 2008, « La confusion des rôles ? Médecine et évaluation des contraintes à l'emploi », *Revue du CRÉMIS*, 1, 1 : 21-26.

Bastien R. et I. Perreault, 2012, « Propagande d'hygiène mentale au Québec dans les années 1930 », *Revue Lien Social et Politiques,* Automne 2012.

Bastien R., Battaglini A., Larose G., Raynault M.-F., Bouthillier M.-È., Frigault L.-R. et M. Besse, 2007, « Travail de proximité : matière à penser le social, la prévention et le politique » : 99-122, dans É. Baillargeau et C. Bellot (dir.), *Les transformations de l'intervention sociale : entre innovation et gestion des nouvelles précarités,* Québec, Presses de l'Université du Québec.

Bastien R., Tremblay L. et L. Dumais, 2010, « Stigmatisation paradoxale induite par la recherche sociale sur l'exclusion », *Cahiers du LARREPS*, 10, 7.

Bastien R., 2010 (a), « Charles : un travailleur social de quartier de Montréal », *Revue Vie Sociale et Traitement (VST), Érès*, Paris, France, n° 107, août-septembre 2010.

Bastien R., 2010 (b), « Le récit de Marie-Ève », *Revue Vie Sociale et Traitement (VST), Érès*, Paris, France, n° 105, Premier trimestre 2010.

Bastien R., « Le récit de Boréas », *Revue Vie Sociale et Traitement (VST), Érès*, Paris, France, À paraître en 2013.

Bastien R. et J.-F. Laé, 2011, « La pauvreté et la famille par le prisme de l'hygiène publique et de l'instruction : incursion dans des faits d'histoire », *Service social*, 57, 2 : 113-128.

Beaulieu V.-L., 2010, *Ma vie avec les animaux qui guérissent*, Québec, Éditions Trois-Pistoles.

Becker H.S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, trad. fr. 1985 (édition originale, 1963).

Beck U., 2001(a), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Éditions Aubier.

Beck U. 2001(b), *La dynamique politique de la société mondiale du risque*. Conférence donnée dans le cadre du séminaire Économie de l'environnement et du développement durable organisé par l'Institut du développement durable et des relations internationales, Paris, 13 décembre 2001.

Becquemin M., 2007, « Pour une critique de la prévention : à travers le prisme des réformes », *Informations sociales*, 4, 140 : 74-87.

Bibeau G., 2008, « Entre mépris et vie nue, la souffrance sociale » (185-212), dans L. Blais, *Vivre dans la marge : réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Blais L. (dir.), 2008, *Vivre dans la marge : réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Bouquet B., 2005, *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales – Cahier du Griot.

Bouquet B. et M. Jaeger, 2005. « Enjeux et défis de la prévention sociale » (163-171), dans *B.* Bouquet, *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales – Cahier du Griot.

Bourdieu P., 1982, *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard.

Bouthillier M.-E., Demers A., Bastien R. et H. Doucet, 2008, « Problèmes éthiques liés à des pratiques d'échange de seringues et d'accès à la méthadone », *Drogue et société*, 7, 2 : 47-80.

Carrier N. et B. Quirion, 2003, « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation », *Drogues, santé et société*, 2, 1 : 1-29.

Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Folio Essais.

Chudzinska Y., 1983, « Pierre Bourdieu – Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques », *Mots. Les langages du politique*, 7 : 155-161.

Craplet, M. (2006). « La prévention "mise à la question" : éducation ou contrôle ». *Alcoologie et addictologie.* 28 (4), p. 337-346.

Dandurand P., 1996, « La question sociale : réflexion en marge d'un ouvrage de Pierre Rosanvallon », *Sociologie et sociétés*, 28, 2 : 189-198.

Duval M., Fontaine A., Fournier D., Garon S. et J.-F. René, 2005, « *Les organismes communautaires au Québec. Pratiques et enjeux*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

Empower (2007) *Bad girls dictionary.* Nonthaburi, Thailand : Empower University Press.

Frégier H.-A., 1840, *Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes, et des moyens de les rendre meilleures* [Ed] J.B. Ballière, Tome second.

Frohlich K.L. et B. Poland, 2006, « Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé : l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de mode de vie collectif » : 62-80, dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson et I. Rootman, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques,* Québec, Presses de l'Université Laval.

Goffman E., 1974, *Les rites d'interaction.* Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun » (éd. originale 1967).

Goffman E., 1979, *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus,* Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun » (éd. originale 1968).

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 2010, « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues – Synthèse et recommandations », Expertise collective, Paris, France, Les éditions Inserm, 2010.

Kaluszynski M., 2008. « Le retour de l'homme dangereux. Réflexions sur la notion de dangerosité et ses usages », Champ pénal*/Penal field* [En ligne], Vol. V | 2008, mis en ligne le 7 octobre 2008, <http://champpenal.revues.org/6183> ; DOI : 10.4000/champpenal.6183, consulté le 17 janvier 2012.

Laventure M., Boisvert K. et T. Besnard, 2010, « Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité », *Drogues, santé et société,* vol. 9, n° 1 : 121-164.

Le Goff F., McAll C. et C. Montgomery, 2005, *La transformation du communautaire : expériences d'intervention auprès de jeunes sans-emploi,* Montréal, Éditions Saint-Martin.

Lima L., 2005, « De la prévention vers la prudence : la gestion des populations à risque social au Québec » : 73-86, dans B. Bouquet, *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat,* Paris, L'Harmattan, collection « Logiques sociales », Cahier du Girot.

Lipsky M., 1980, *Dilemmas of the Individual in Public Services,* New York, Russell Sage Foundation.

Lovell A. et I. Féroni, 1998, « Sida-toxicomanie : un objet hybride de la nouvelle santé publique » : 203-238, dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique : Enquête sur des expériences locales,* Paris, La Découverte.

Malherbe J.-F., 1994, *Autonomie et prévention : alcool, tabac, sida dans une société médicalisée,* Montréal, Catalyses, Artel-Fides.

Oscapella E., 2010, *Après vingt ans de réduction des méfaits au Canada, est-ce toujours possible ?,* Conférence prononcée devant l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec dans le cadre de sa 24e rencontre nationale.

Pierrard P., 2005, *Les pauvres et leur histoire – de Jean Valjean à l'abbé Pierre,* Paris, Bayard.

Plante M.-C., 2008, « Double jeu : Le dilemme éthique des médecins avec les personnes à l'aide sociale », *Revue du CRÉMIS*, 1, 1 : 16-20.

Thébaud-Mony A., 2008, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte/Poche.

Wacquant L., 2004, *Punir les pauvres : le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*, Marseille, Agone.

Troisième partie
Vers un élargissement des champs d'application

L'utilisation de l'approche de la réduction des méfaits auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence conjugale ou qui y retournent : enjeux éthiques liés à la tolérance

Sonia Gauthier
École de service social, Université de Montréal

Catherine Bolduc
OPTION, Organisme communautaire

Marie-Ève Bouthillier
Unité d'éthique, Centre de santé et de services sociaux de Laval

Lyse Montminy
École de service social, Université de Montréal

INTRODUCTION

Ce texte a pour objet les enjeux éthiques liés à la tolérance lorsque les intervenantes[1] utilisent l'approche de la réduction des méfaits (RdM) auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence conjugale ou qui y retournent[2]. Dans la première partie du chapitre, nous exposerons les prémisses conceptuelles sur lesquelles s'appuient notre analyse et notre réflexion, puis nous fournirons des informations sur

1. Nous parlons d'intervenantes et de femmes, parce que le plus souvent, les personnes qui font de l'intervention psychosociale sont des femmes, et celles auprès de qui ces intervenantes travaillent sont des femmes également. Ce choix linguistique n'a pas pour but de nier que des hommes sont victimes de violence conjugale ni qu'aucun intervenant masculin ne travaille dans cette problématique.

2. Pour le reste du document, nous n'ajouterons pas systématiquement cette précision afin d'éviter d'alourdir le texte.

la problématique qui nous préoccupe (comment aider les femmes qui ne quittent pas une situation de violence), pour enfin présenter deux études menées actuellement sur la question. La deuxième partie porte sur le degré de parenté entre l'approche de la RdM et une approche souvent utilisée par les intervenantes qui travaillent avec les femmes victimes de violence conjugale, soit l'approche féministe. La troisième section vise à mieux cerner, dans une perspective éthique, ce que signifie la tolérance et les concepts dérivés qui peuvent y être associés. La quatrième partie porte sur la tolérance des intervenantes à l'égard du choix de la femme de demeurer dans la situation de violence. Plus précisément, à l'aide d'extraits d'entrevues réalisées auprès d'intervenantes en violence conjugale, nous aborderons les variables qui influencent leur décision à travailler plus ou moins vers une sortie de la femme de la relation violente. La section suivante discute de l'opposition apparente entre les valeurs de protection et d'autodétermination. Le chapitre se termine sur des pistes de réflexion quant à la tolérance dans les événements de violence conjugale.

D'OÙ NOUS PARTONS, CE QUE NOUS SAVONS DÉJÀ ET VERS OÙ NOUS ALLONS

Nos prémisses

Avant de présenter des informations sur l'utilisation de l'approche de la RdM auprès des femmes victimes de violence conjugale qui ne quittent pas la situation de violence, il est important d'exposer les prémisses à partir desquelles nous avons travaillé pour adapter l'approche de la réduction des méfaits à la violence conjugale. En matière de violence conjugale : a) c'est le fait que la femme demeure ou retourne dans la situation de violence qui représente la situation problématique susceptible de causer du tort ; b) l'intervenante tolère que la femme reste dans la situation de violence, pas la violence elle-même ; c) la réduction des méfaits vise la réduction des conséquences sur la femme associées au fait qu'elle reste dans la situation de violence conjugale ; d) l'intervenante travaille avec la femme, entre autres pour réduire les conséquences de la violence sur elle ; e) le but premier de l'intervention en réduction des méfaits n'est pas que la femme quitte la situation de violence, même si l'intervenante estime que ce serait la meilleure solution.

Ce qui nous a amenées à nous intéresser à l'utilisation de l'approche de la RdM en violence conjugale

Plusieurs raisons nous ont amenées à nous intéresser à l'utilisation de l'approche de la RdM auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence conjugale. D'abord, tel que cela a été amplement documenté, les conséquences de la violence sur la vie des femmes qui en sont victimes et sur celle de leurs enfants s'observent sur tous les plans (santé physique et mentale, participation sociale, etc.) et peuvent être très importantes (Bonomi *et al.* 2006). Un autre motif est que bon nombre de femmes ne quittent pas leur partenaire qui a des comportements violents ou retournent auprès de lui pour une raison ou pour une autre (Barnett 2000 ; Campbell *et al.* 2002). Une intervention peut être offerte à ces femmes par les divers milieux auxquels elles s'adressent pour demander de l'aide (maisons d'hébergement, centres de femmes, organismes institutionnels). Par contre, certaines de ces femmes sont laissées à elles-mêmes par les intervenantes, par leur famille et leurs amis, l'entourage ayant baissé les bras après les nombreux allers-retours qu'une femme victime de violence conjugale peut effectuer avant d'en arriver à quitter son conjoint pour de bon[3].

Par ailleurs, il est connu que travailler avec les femmes qui ne quittent pas la situation de violence peut représenter plusieurs défis pour les intervenantes : l'intervention auprès de cette clientèle peut générer du stress (Bell 2003), envahir d'autres sphères de la vie des intervenantes (Goldblatt et Buchbinder 2003), les accabler sur le plan émotionnel et physique, et mener à l'épuisement professionnel (voir Iliffe et Steed 2000). De plus, il s'avère que les intervenantes ne se sentent pas bien outillées pour intervenir auprès de ces femmes (Ulbrich et Stockdale 2002), qu'elles ressentent de la frustration, de la colère, de la détresse, de l'impuissance, du cynisme et de la déception à l'égard de leur travail (voir Lerner et Kennedy 2000).

Bref, cette intervention peut être très difficile pour les intervenantes et avoir son lot de conséquences pour elles. Mais comment aider ces femmes qui ne quittent pas ? Comment les aider à réduire les conséquences de la violence dans leur vie ? Comment les aider sans y laisser sa propre santé ?

3. On désigne ces allers-retours comme étant des « ruptures évolutives » (Pfouts 1978, cité dans Lachapelle et Forest 2000).

Deux études en cours sur l'utilisation de l'approche de la RdM auprès des femmes qui ne quittent pas la situation de violence conjugale

L'étude auprès des intervenantes

C'est entre autres pour répondre à ces questions que Sonia Gauthier et ses collaboratrices ont demandé et obtenu en 2010 une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) pour un projet qui a pour objectif de recueillir le point de vue d'intervenantes psychosociales quant au potentiel de l'utilisation de l'approche de la RdM pour diminuer les conséquences de la violence vécue par des femmes qui demeurent ou retournent dans une relation conjugale marquée par la violence. Ce projet est mené en partenariat avec le Centre des femmes de Rosemont.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants : 1) dégager les perceptions des intervenantes à l'égard de l'approche de la RdM pour intervenir auprès des femmes qui demeurent dans une relation de violence ou qui y retournent ; 2) répertorier les stratégies d'intervention proposées par les intervenantes pour réduire les conséquences de la violence sur ces femmes ; 3) saisir les problèmes éthiques, les enjeux et les obstacles que pose l'approche de la RdM dans ce contexte d'intervention ; 4) explorer avec les intervenantes comment l'approche de la RdM s'opérationnaliserait auprès des femmes qui ne quittent pas une relation conjugale violente ou qui y retournent ; 5) identifier comment l'utilisation de l'approche de la RdM par les intervenantes peut réduire chez elles les difficultés et les conséquences négatives qu'occasionne l'intervention auprès de cette clientèle.

L'équipe a déterminé que les entrevues individuelles et les groupes de discussion représentaient les meilleures techniques de collecte de données pour répondre aux objectifs de cette étude. Les entrevues individuelles sont en cours de réalisation. Les chercheures visent à recruter une trentaine d'intervenantes dans les CLSC et dans les maisons d'hébergement. Au moment d'écrire ces lignes, cette cible était pratiquement atteinte. À la suite de l'analyse de ces entrevues, la chercheure prévoit rassembler les participantes intéressées en deux ou trois groupes de discussion pour terminer la collecte de données, afin de valider les propositions des intervenantes à l'égard de la pratique de la réduction des méfaits et de discuter de certaines considérations éthiques.

Pour être recrutées pour participer à la recherche, les intervenantes doivent répondre aux critères suivants : être une intervenante psychosociale (peu importe le titre professionnel) ; avoir au moins deux ans d'expérience en intervention en violence conjugale ; travailler avec des femmes qui ne quittent pas la situation de violence ou qui souhaitent retourner avec le conjoint qui a des comportements violents ; travailler avec certaines de ces femmes à tenter de réduire les dommages de cette violence sur elles et leurs enfants. Les données présentées plus loin dans le chapitre proviennent de cette étude.

L'étude auprès des femmes

L'étude dirigée par Sonia Gauthier est complémentaire à celle dirigée par Lyse Montminy. Cette dernière s'intéresse au point de vue que ces femmes elles-mêmes ont sur leur situation et sur les formes d'aide qu'elles ont reçues et celles qu'elles aimeraient recevoir. L'étude vise à explorer dans quelle mesure l'utilisation de l'approche de la RdM permettrait de répondre aux besoins de ces femmes.

Les objectifs de l'étude sont les suivants : 1) identifier les facteurs associés au fait de ne pas mettre fin à une relation conjugale violente ; 2) identifier les stratégies de survie utilisées par les femmes ; 3) identifier les besoins des femmes qui sont dans une situation de violence ; 4) explorer les formes d'aide que ces femmes reçoivent, aimeraient recevoir ou ont reçues pour diminuer les effets négatifs de vivre dans une relation conjugale empreinte de violence ; 5) explorer dans quelle mesure l'utilisation de l'approche de la réduction des méfaits permet de répondre aux besoins des femmes. Nous ne rapporterons pas, ici, de données empiriques tirées de cette étude bien que nos réflexions sur l'approche de la RdM découlent de la collaboration entre ces deux recherches.

L'APPROCHE DE LA RDM ET L'APPROCHE FÉMINISTE : DEUX COUSINES

Nous l'avons évoqué plus haut, plusieurs intervenantes qui travaillent auprès de femmes aux prises avec une situation de violence conjugale utilisent l'approche féministe. En effet, cette dernière est très répandue, notamment dans les maisons d'hébergement. Un observateur qui ne connaît pas bien l'approche de la RdM et l'approche féministe pourrait penser qu'une intervenante féministe ne peut pas travailler avec l'approche de la RdM parce que, de prime abord, les deux approches semblent incompatibles.

Or si les deux approches n'ont pas la même origine[4], leurs valeurs sont très semblables. Elles partagent effectivement les valeurs d'humanisme et de pragmatisme et prônent une attitude de non-jugement. Cela dit, l'approche de la RdM prescrit d'adopter une attitude qu'on ne retrouve pas de manière explicite ni même implicite dans les descriptions de l'approche féministe : la tolérance. Nous y reviendrons après avoir brièvement expliqué les trois caractéristiques précédentes.

Premièrement, les deux approches ont un fondement humaniste. *Le Petit Robert* (1996 : 1108) définit l'humanisme comme une « Théorie, doctrine qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement ». Selon Brisson (1997 : 45), figure de proue québécoise en matière de réduction des méfaits, « La devise [de l'humanisme] serait : "l'usager de drogues est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen" ». Cette perspective, appliquée aux personnes aux prises avec une situation de violence conjugale, pourrait se lire ainsi : « la personne victime de violence conjugale est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyenne ». L'humanisme est la valeur idéale : il guide l'intervenant à respecter la dignité de la personne ainsi que ses droits et à intervenir sans poser de jugement moralisant quant à ses décisions (Beirness *et al.* 2008).

Deuxièmement, l'approche de la RdM et l'approche féministe sont des approches pragmatiques. Le pragmatisme est défini dans *Le Petit Robert* (1996 : 1752) comme une « Doctrine qui donne la valeur pratique comme critère de la vérité ». La maxime du pragmatisme, lorsqu'appliqué à l'approche de la RdM en matière de drogues, est la suivante : « Puisque les drogues sont là pour rester, intervenons de façon à limiter les problèmes chez ceux qui en usent et leur entourage » (Brisson 1997 : 43). C'est en vertu du pragmatisme qu'une intervenante reconnaîtra que la femme qui la consulte ne quittera pas son conjoint ayant des comportements violents ou qu'elle retournera auprès de lui, et travaillera avec la femme à limiter les conséquences de la violence sur elle et sur ses enfants.

Troisièmement, les deux approches préconisent l'adoption d'une attitude de non-jugement à l'égard des personnes accompagnées ou de leurs

4. L'approche féministe est née dans les années 1970 d'un mouvement de contestation de l'ordre patriarcal (Corbeil et Marchand 2010), tandis que l'approche de la RdM a été développée dans les années 1980 pour lutter contre la transmission des infections par le sang et par le sexe, notamment chez les utilisateurs de drogues injectables (Forget 1999).

comportements. Le non-jugement prend tout son sens dans l'acceptation de l'Autre, de ses décisions et de son rythme. Cette attitude conduit également l'intervenant à reconnaître l'Autre, tel qu'il est, dans sa différence.

Nous avons suggéré que ces deux approches étaient cousines du fait qu'elles se ressemblent à bien des égards, par exemple dans leurs valeurs et dans les attitudes qu'elles promulguent. Cela dit, qu'en est-il de la tolérance ? Si l'on affirme explicitement que la tolérance est au cœur de l'approche de la RdM, c'est plutôt de l'intolérance dont traitent les écrits sur l'approche féministe. En effet, dans le but de se positionner contre la violence et d'encourager les victimes à mettre leurs limites et à dénoncer les situations difficiles dans lesquelles elles vivent, l'approche féministe implique une ferme affirmation de l'intervenante (et plus largement, de la société) à l'égard du fait que la violence entre conjoints ne doit pas être tolérée. Dès lors, la question de la tolérance ne se pose pas, puisque le discours sur la non-tolérance contribue à l'évacuer.

La tolérance serait-elle alors le point de rupture entre l'approche de la RdM et l'approche féministe ? Force est de constater que ce n'est pas le cas, bien au contraire. Peu importe l'approche d'intervention, la question de la tolérance se pose dans le concret. Il importe de cibler ici l'objet de cette tolérance, comme on le fait pour les autres problématiques dans lesquelles les intervenants utilisent l'approche de la RdM. En matière de violence conjugale, il ne s'agit pas de tolérer la violence, mais plutôt de tolérer que la femme reste ou retourne dans la situation de violence, ce qui s'observe quotidiennement dans les ressources venant en aide à ces femmes. Dans l'approche féministe, si la tolérance n'est pas inscrite dans le discours public, le fait est qu'elle s'incarne dans la pratique, jour après jour.

Il s'agit parfois de tolérer l'intolérable... « Tolérer l'intolérable », de quoi plonger n'importe qui en pleine dissonance cognitive. Après presque 40 ans de luttes pour dénoncer la violence conjugale, après toutes ces politiques de tolérance zéro, comment une intervenante peut-elle adopter une attitude de tolérance sans vivre un profond déchirement ? C'est ici qu'intervient l'éthique.

SUR LE CHEMIN DE L'ÉTHIQUE

Dans cette partie, nous aborderons le lien entre l'éthique et la notion de tolérance. D'abord, nous définirons brièvement ce que sont l'éthique et

la tolérance, et nous identifierons ensuite certains concepts qui s'apparentent à la tolérance.

Pour nous permettre de bien cerner ce qu'est l'éthique, Fuchs (2001) formule une question qui se trouve au cœur de l'éthique, soit : « Comment faire pour bien faire ? » Quant à lui, le philosophe Paul Ricœur propose que l'éthique, c'est l'agir qui a pour « […] visée la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes » (Ricœur 1990 : 202). On comprend qu'il s'agit ici d'une finalité et d'un idéal. Mais comment agir dans des situations concrètes ? En contexte pratique, le jugement clinique des intervenantes est soumis à la complexité de la prise de décision, aux différentes conceptions du bien qui entrent en compétition (p. ex. des conflits de valeurs et de règles), au doute et à l'incertitude. L'éthique devient alors la recherche de la meilleure décision en situation. En guise de solution aux conflits dans le cas particulier, Ricœur (1990) introduit la sagesse pratique, une tension vivante, qui tire son influence de ce qu'Aristote appelle la prudence (*phronesis)*. La sagesse pratique doit « […] inventer les comportements justes qui sont appropriés à la singularité des cas » (Ricœur 1990 : 313). Autrement dit, la sagesse pratique est l'art de porter un jugement éthique en situation. Face à un cas particulier, quelle est la meilleure solution ? En relation d'aide avec cette femme qui ne quitte pas la relation violente, quelle est la meilleure intervention ? C'est la question éthique qui habite les intervenantes. Voyons maintenant comment l'éthique s'incarne à travers la tolérance.

De manière générale, nous entendons par tolérance la qualité morale de personnes laissant aux autres la possibilité d'énoncer et de défendre des opinions qu'elles-mêmes ne partagent pas. La tolérance demande de s'abstenir d'intervenir même si l'on désapprouve l'action ou l'opinion de l'autre (Mendus 1996). L'action de tolérer signifie ne pas interdire ou exiger, alors qu'on pourrait le faire. C'est laisser advenir une chose qu'on aurait le droit ou la possibilité d'empêcher. Tolérer, c'est aussi accepter ce qu'on pourrait condamner, c'est laisser faire ce qu'on pourrait combattre. Tolérer, c'est renoncer à une part de son pouvoir, de sa force et de sa colère (Comte-Sponville 1995).

Mais alors, la tolérance est-elle une valeur ou une vertu ? Pour saisir la distinction entre ces deux concepts, nous nous inspirons des écrits de Guy Durand (1999), qui a vulgarisé de façon remarquable ces notions parfois hermétiques. Selon sa conception, les vertus sont des dispositions intérieures (qualités personnelles) que l'on acquiert par la pratique et qui nous font décider et agir vers le bien dans des situations singulières. La prudence, le coura-

ge, la magnanimité sont des exemples de vertu. Elles font appel à l'intériorité de la personne et visent l'équilibre entre des extrêmes, soit le juste milieu. Si l'on prend l'exemple de la vertu de courage pour illustrer ces propos, la lâcheté témoigne d'un manque de courage, alors que la témérité en démontre l'excès. De leur côté, les valeurs sont des grands idéaux à poursuivre (ce qui devrait être). Elles sont des guides qui inspirent l'action. Les valeurs sont extérieures à nous et sont de l'ordre de l'Être et du Bien, de ce qui est désirable, soit le vrai, le beau, le juste. Parmi les valeurs, on retrouve la liberté, la solidarité, l'égalité, etc. (Durand 1999).

Dans les écrits que nous avons consultés, les différents auteurs associent davantage la tolérance à une vertu, même s'ils soulignent son caractère complexe, contradictoire et controversé (Mendus 1996 ; Comte-Sponville 1995 ; Guillemain 2012). En effet, la tolérance chez les intervenantes est une qualité d'être qui leur permet de décider et d'agir en situation auprès des femmes qui ne quittent pas la relation violente. Nous verrons un peu plus loin dans ce texte comment la tolérance se met en œuvre à l'intérieur de diverses situations et divers choix difficiles rencontrés par les intervenantes.

En menant notre réflexion sur la tolérance, nous avons exploré divers termes proches de la tolérance, mais qui présentent certaines différences. Dans ce sens, nous avons cherché à distinguer la tolérance de la résignation, de l'indulgence et du respect. En examinant les extraits d'entrevues (qui seront présentés dans la prochaine section), nous avons identifié ces attitudes chez les intervenantes à l'égard des femmes. Afin de comprendre les nuances qui différencient ces concepts de la tolérance, nous avons cherché à les définir.

D'abord, la résignation consiste à accepter sans protester. C'est une tendance à se soumettre, à subir sans réagir. La personne résignée se fait une raison. Elle exprime un certain fatalisme. Il y a certainement une part de résignation dans la tolérance, du moins de renoncement, mais la différence se situe dans la soumission. Comme nous l'avons mentionné, la tolérance nécessite une part de liberté. Dans la soumission, cette liberté est perdue, puisque l'on subit sans rien faire.

Quant à elle, l'indulgence se définit comme une facilité à excuser et à pardonner. Elle va donc plus loin que la tolérance, puisqu'elle invite à la bonté, à la clémence et au pardon. La tolérance n'exclut pas que l'on juge défavorablement la personne.

Enfin, le respect est un sentiment de considération envers une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît, et à se conduire envers elle avec réserve et retenue. Par le respect, nous jugeons favorablement quelque chose ou quelqu'un. En revanche, par la tolérance, nous tentons d'accepter quelque chose ou quelqu'un, et ce, sans égard au jugement que nous lui portons. De plus, la tolérance n'implique pas la réserve du respect ; l'intervenante peut exposer sa posture, ses inquiétudes et ses alternatives à la femme.

Maintenant que nous avons une idée plus claire de ces concepts, voyons comment la tolérance et les autres attitudes ici décrites s'incarnent dans les choix d'intervention à l'égard des femmes.

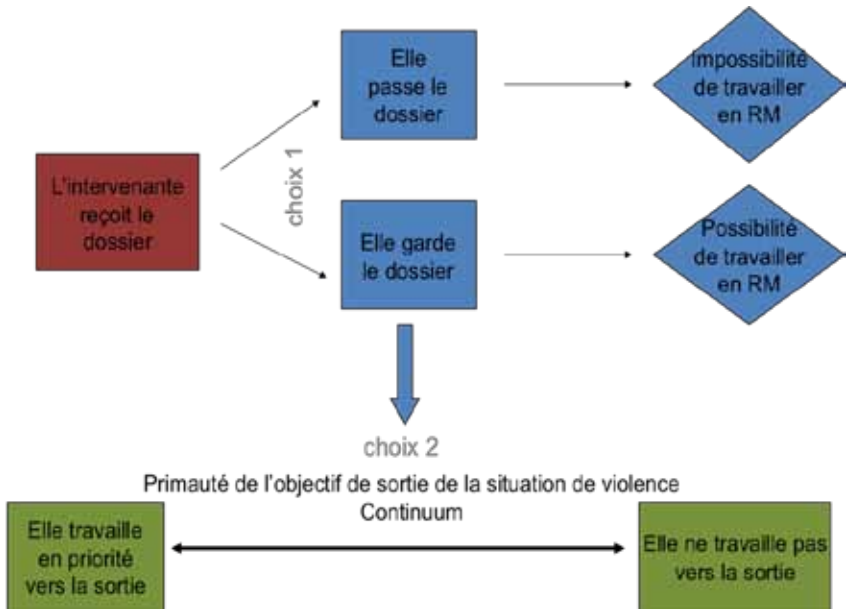
DEUX DÉCISIONS QUI IMPLIQUENT LA VALEUR DE TOLÉRANCE

Voyons maintenant comment la tolérance et ses dérivés se manifestent dans les choix de l'intervenante lorsqu'elle reçoit un dossier en violence conjugale. Nous nous arrêterons ici sur deux des options qui s'offrent à elle. Nous parlerons d'abord de la décision de passer le dossier à une collègue et ensuite de la décision d'accorder la priorité ou non au travail vers une sortie de violence. Dans les deux cas, nous verrons dans quels contextes l'intervenante peut travailler avec l'approche de la RdM.

Pour tenter de comprendre pourquoi une intervenante prend l'une ou l'autre de ces décisions, nous avons analysé des entrevues qui ont été conduites auprès d'intervenantes travaillant avec des femmes victimes de violence conjugale qui demeurent dans la situation conjugale violente ou y retournent[5]. Nous avons constaté sans surprise que la décision de l'intervenante de transférer ou non le dossier à une collègue et celle concernant la priorité qu'elle accordera à l'objectif de sortie de la violence sont influencées par différentes variables, que nous regroupons en deux catégories : le contexte et les valeurs. La première fait référence à la situation de la femme (p. ex., elle a des enfants), à ses caractéristiques (p. ex., elle a un problème de toxicomanie, elle semble adéquate avec ses enfants) et à celles de l'intervenante (p. ex., elle a subi de la violence conjugale). La deuxième catégorie fait référence aux valeurs personnelles (p. ex., la violence envers les enfants est inacceptable, peu importe le contexte) et professionnelles (p. ex., elle accorde de l'im-

5. Les variables présentées proviennent d'un nombre limité d'entrevues et ne sont donc pas exhaustives : d'autres variables sont évidemment possibles.

portance à l'autodétermination de la femme) de l'intervenante ainsi qu'aux valeurs de l'organisation à laquelle elle appartient (p. ex., l'intervention doit viser le bien-être de l'enfant avant tout). Évidemment, ces variables ne sont pas figées, et le fait qu'elles changent pourra amener l'intervenante à revoir sa position.



L'intervenante décide de passer le dossier à une collègue

Nous avons examiné les enjeux entourant la première décision que l'intervenante doit prendre : confier le dossier à une collègue ou le garder. L'intervenante peut décider de transférer le dossier à une collègue, ce qui rend évidemment le travail de réduction des méfaits impossible, du moins, entre elle et la femme. À l'opposé, l'intervenante peut décider de se charger du dossier, ce qui nécessite la prise d'une autre décision importante, celle de travailler ou non en priorité vers une sortie de la femme de la situation de violence conjugale. Nous y reviendrons plus loin.

Nous avons souhaité comprendre quelles variables influencent la décision d'une intervenante de transférer un dossier en violence conjugale à une collègue. Ainsi, l'une d'entre elles préfère passer le dossier lorsque la situation implique des enfants, parce qu'elle se sent incapable de travailler direc-

tement avec eux. Nous pouvons penser qu'une de ses limites personnelles est de voir, d'accepter ou de tolérer la souffrance de ces derniers :

> Je ne suis pas capable d'intervenir parce qu'on a eu des appels des fois de mamans qui pensaient que leur fils, leur enfant, avait été violé. Ça, ce n'est pas moi qui interviens (Entrevue n° 3, dans un centre de femmes).

Dans un autre ordre d'idées, une intervenante explique qu'elle préfère ne pas poursuivre le suivi lorsque la femme lui manque de respect. Elle semble donc accorder de l'importance au respect mutuel entre l'intervenante et la femme qui demande de l'aide et à des valeurs de non-violence. Aussi, il apparaît qu'elle se positionne contre la violence faite par les usagers au sein de son organisation. Ultimement, elle transpose ces dernières valeurs dans l'action en imposant ses limites quant aux comportements de la femme à son égard et fait preuve de professionnalisme en l'orientant vers un autre intervenant :

> Moi, ça m'est arrivé de dire : « Je ne peux plus t'aider, j'ai atteint ma limite, je ne me ferai pas parler comme ça. Je ne me ferai pas faire violence moi. Donc dorénavant si tu as besoin d'aide, moi je ne pourrai pas t'aider. Ceci dit, je vais te recommander à une de mes collègues » (Entrevue n° 7, dans un CSSS).

Dans la même veine, parvenir à travailler avec l'Autre alors qu'on n'est pas d'accord avec sa perspective sur sa situation ou avec ses actions est un des grands défis de l'intervention. En effet, cela demande parfois de faire preuve d'une grande tolérance. Or, pour certaines, cette tolérance a des limites. Dans l'extrait suivant, l'intervenante explique qu'il lui arrive que le conflit entre les valeurs d'une femme et les siennes devienne intolérable :

> C'était à l'encontre vraiment de tout ce que je suis en tant que personne, puis je n'étais vraiment pas capable de surpasser ça[6]. […] Sa personnalité, vraiment tout puis j'ai dit : « C'est ma limite. » […] Si ce n'est pas bon pour moi, ce n'est pas bon pour elle. Je ne l'aiderai pas. Pour moi de ne pas être capable de t'aider, ça ne sert à rien. Ça fait que là je vais le passer (Entrevue n° 4, dans une maison d'hébergement).

En analysant cet extrait, nous nous sommes aussi interrogées sur ce qui motive le choix de l'intervenante, au-delà de la divergence de valeurs et de personnalité. On peut imaginer : que cette dernière est incapable de mettre

6. Ici, l'intervenante fait référence au choix de la femme de privilégier son conjoint plutôt que ses enfants dans une situation où la Direction de la protection de la jeunesse est impliquée.

de côté ses valeurs personnelles et ses résonances (ses expériences qui ont fait en sorte qu'elle a de la difficulté avec le type de personnalité de la femme) ; que ses valeurs personnelles prennent le dessus sur ses valeurs humanistes (elle ne peut accepter la personne telle qu'elle est et sa décision de choisir son conjoint à la place de ses enfants) ou encore qu'elle fait preuve de professionnalisme et d'authenticité en reconnaissant ses limites. Il serait injuste de se cantonner dans un seul raisonnement puisque la suite du témoignage de l'intervenante nous démontre que chaque situation est différente. Par exemple, elle explique que la colère qu'elle ressent quand la femme ne reconnaît pas les conséquences de la violence sur ses enfants peut être une source de motivation pour travailler avec elle vers une prise de conscience.

> Des fois oui je vais avoir de la colère, mais dans cette colère-là, c'est mon motivateur si tu veux pour essayer de l'aider à faire cette prise de conscience là (Entrevue n° 4, dans une maison d'hébergement).

Il ressort des extraits qui ont été présentés une absence de tolérance de la part des intervenantes. En effet, certaines ne peuvent pas tolérer d'être témoin de la violence envers les enfants ou de se faire manquer de respect. D'autres ne tolèrent pas de travailler avec une femme dont les valeurs heurtent trop les leurs. Cela dit, nous verrons plus loin que les conséquences qui découlent de cette non-tolérance ne sont pas nécessairement négatives, et ce, autant pour l'intervenante que pour la femme.

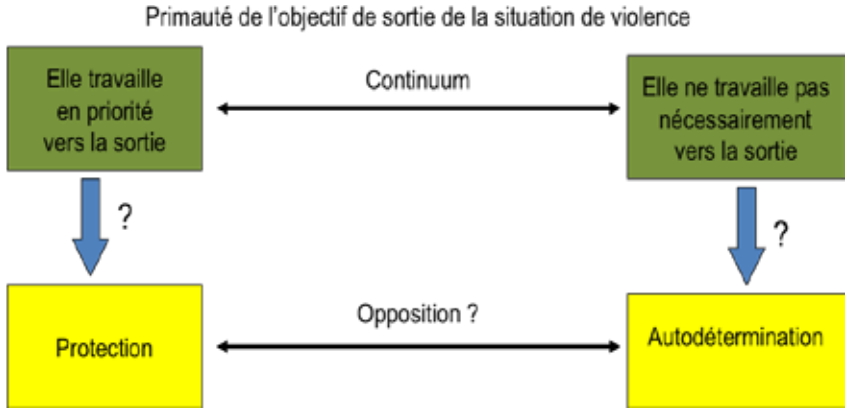
L'intervenante conserve le dossier

Comme nous l'avons mentionné précédemment, une intervenante qui décide de conserver un dossier en violence conjugale est placée devant un autre choix, celui de décider dans quelle mesure elle travaillera ou non à ce que la femme sorte de la situation abusive. On peut situer la position de l'intervenante à cet égard sur un continuum, qui illustre le degré d'importance qu'elle accordera sur le moment à l'objectif de sortie. Cette posture quant à l'objectif de sortie n'est pas statique ; elle peut varier en fonction des changements dans les variables contextuelles présentes dans la situation (la situation de la femme, ses caractéristiques et celles de l'intervenante) et les variables liées aux valeurs de l'intervenante.

Cela dit, nous pourrions être portés à croire que l'utilisation de l'approche de la RdM est incompatible avec le fait d'amener la personne à sortir de la situation qui lui cause du tort. Or nous allons illustrer, à travers les témoignages que nous avons recueillis, qu'il est possible de travailler en réduction

des méfaits tout en visant la sortie de la situation de violence conjugale. Au-delà de cette notion d'incompatibilité, il nous semble cependant pertinent de réfléchir à la question suivante : peut-on encore parler de réduction des méfaits si l'on vise à sortir la personne de la situation de violence ? Nous y reviendrons.

À la lumière de l'analyse des entrevues, nous nous sommes également demandé au nom de quelles grandes valeurs les intervenantes agissent lorsqu'elles gardent le dossier et se positionnent sur le continuum de l'objectif de sortie. Est-ce la valeur d'autodétermination qui les pousse à ne pas travailler nécessairement vers une sortie ? Ou est-ce la valeur de protection qui les encourage à favoriser l'objectif d'amener la femme à quitter la situation de violence conjugale ? Pour répondre à ces questions, voici la suite de notre analyse des entrevues avec des intervenantes, qui porte cette fois sur les variables qui motivent ces dernières à conserver le dossier.



L'intervenante travaille en priorité vers la sortie

Les intervenantes qui travaillent en priorité vers une sortie de la situation conjugale violente ont exprimé diverses motivations pour ce faire. Principalement, c'est souvent le danger que présente la relation conjugale violente qui incite les intervenantes à amener la femme à quitter son conjoint. Dans ce sens, l'analyse qu'elles font de certaines situations leur inspire parfois la crainte d'une menace grave et imminente, ce qui demande alors une sortie rapide.

Ensuite, des intervenantes affirment que c'est la présence d'enfants qui les mènent à favoriser l'objectif de sortie :

> Si les enfants, la sécurité physique des enfants, elle est compromise, oui. Ce n'est pas un choix. Il faut vraiment. […] Je vais travailler pour que la femme quitte si c'est flagrant puis que la femme vient d'être frappée par le père, là oui je lui dis, je travaille là-dessus puis j'appelle la DPJ. Mais je travaille avec la femme. […] S'il faut que j'appelle la DPJ, elle le sait qu'il faut que j'appelle la DPJ (Entrevue nº 4, dans une maison d'hébergement).

Dans cet extrait, on comprend que pour l'intervenante, le fait que la femme ait des enfants et que leur sécurité soit compromise rend la sortie de ces personnes nécessaire. On peut alors penser que la valeur de protection de l'enfant prend le dessus sur celle de l'autodétermination de la femme. Cela dit, l'objectif de sortie ne nous semble pas être poursuivi de façon brutale. En effet, cette intervenante précise plus tard dans l'entrevue qu'elle intervient auprès de la femme en travaillant toujours sur la prise de conscience des conséquences de cette violence sur ses enfants afin de l'amener à prendre elle-même ses décisions. Malgré cet effort de sensibilisation, si l'intervenante observe que la femme ne fait pas cette prise de conscience, elle pourra effectuer un signalement au Directeur de la protection de la jeunesse.

Dans une situation semblable, une autre intervenante considère que la prise de décision n'est pas si simple. En effet, même si elle constate que les conséquences de la violence sur les enfants sont importantes, il s'opère tout de même une dualité entre la valeur de protection de l'enfant et son désir de protection du lien avec la femme. Cela dit, pour cette intervenante, s'il est effectivement souvent ardu de poursuivre simultanément ces deux objectifs, tout est dans l'art de se mettre en mode protection des enfants en conservant le lien avec la femme pour continuer à l'aider, elle et sa famille :

> Là j'essaie de leur expliquer que si la sécurité et le bien-être de l'enfant sont compromis, c'est les centres jeunesse qui vont prendre le dessus puis on pourrait te les enlever. […] Mais il faut faire attention, parce que souvent ça dépend comment on le dit. Parce que si les femmes elles ont peur après de nous, elles ont peur que nous on les appelle, là on pourrait les perdre aussi. […] On marche des fois sur des œufs. On est comme il faut le dire parce que c'est notre devoir, on veut protéger les enfants, mais en même temps on risque de la perdre (Entrevue nº 6, dans une maison d'hébergement).

Maintenant, considérons le passage suivant :

> […] l'objectif étant l'autonomisation et la dévictimisation. Le départ étant un des moyens que, et c'est sûr moi, je considère comme étant le meilleur moyen si je pourrais dire. Dans le sens que tant que la personne est dans la situation de violence et elle partage sa vie avec son agresseur 24 heures sur 24, c'est sûr ça maintient beaucoup ses symptômes, ça maintient beaucoup sa souffrance psychologique et physique. Par contre le fait qu'un des moyens privilégiés étant de quitter, c'est que par l'autonomisation la femme fait ce processus par elle-même, c'est-à-dire que la décision vient d'elle-même. […]. Mais c'est sûr que c'est quand même un défi de ne pas mettre de pression, c'est un gros défi. Ça prend une grande capacité à tolérer l'ambivalence et l'ambiguïté (Entrevue nº 5, dans un CSSS).

On comprendra plus loin dans l'entrevue que les croyances de cette intervenante et ses connaissances de la problématique la poussent à croire que la femme peut être plus autonome et cesser d'être victime seulement si elle se retrouve à l'extérieur de la situation de violence conjugale. À première vue, on peut détecter dans ce raisonnement la présence d'un paradoxe, soit celui de ne pas respecter l'autodétermination de la femme (en travaillant à ce qu'elle quitte malgré que ce ne soit pas le souhait de cette dernière) afin de lui donner, au final, plus d'autonomie. Or elle précise qu'elle tente de ne pas mettre de pression sur la femme (ce qui n'est pas toujours évident) et de l'amener à prendre elle-même la décision de quitter son conjoint.

En résumé, bien que certaines intervenantes aient pour objectif de faire sortir la femme (et ses enfants) de la situation de violence conjugale, nous avons constaté que plusieurs d'entre elles travaillaient pour que la femme prenne elle-même cette décision. Il nous est apparu évident que la notion d'autodétermination occupait une place importante dans les valeurs des intervenantes, mais que soutenir l'autonomie de la femme représentait un grand défi. En effet, bien qu'elles aient en tête de faire sortir cette dernière de la violence, les intervenantes reconnaissent que le processus peut être long. Dans ce sens, la difficulté consiste à poursuivre l'accompagnement de la femme, tout en sachant fort bien qu'elle continuera de subir des atteintes à son intégrité physique et psychologique.

Nous verrons que ce défi, et bien d'autres, est aussi présent chez les intervenantes qui ne travaillent pas nécessairement vers une sortie de la situation abusive. Dans ce sens, voyons maintenant quelles sont les variables qui les influencent à prendre cette dernière orientation.

L'intervenante ne travaille pas nécessairement vers une sortie

Les intervenantes que nous avons rencontrées nous ont mentionné plusieurs raisons qui les motivaient à ne pas travailler d'abord pour que la femme quitte le milieu violent. Par exemple, dans une entrevue, une intervenante raconte que le but de l'intervention consiste à amener la femme à ressentir du bien-être et, selon elle, cela n'exclut pas que cela arrive dans le contexte conjugal. En ne remettant pas en question le choix de la femme de demeurer ou de retourner avec le conjoint, il semble que l'intervenante fasse preuve de respect[7] à l'égard de sa décision.

D'autres intervenantes expliquent plutôt qu'elles ne peuvent pas forcer celle-ci à quitter la relation abusive. Plus précisément, une intervenante ajoute qu'elle cherche aussi à conserver le lien avec la femme. Ce lien est primordial, et mettre de la pression sur cette dernière pour qu'elle quitte son conjoint contre son gré risque de l'altérer, voire de le briser. Conséquemment, l'aide ne sera plus possible et la femme risque de se retrouver davantage isolée dans la violence qu'elle vit. L'intervenante explique en plus qu'elle doit passer outre la difficulté qu'elle peut avoir à tolérer le choix de la femme au bénéfice de leur lien et, par extension, de la femme elle-même :

> Nous notre gris, c'est qu'elles retournent chez elles. Il faut qu'on travaille avec ça. On ne peut pas les pousser à faire plus que ça. C'est tu frustrant, mets-en que c'est frustrant, surtout quand on sait qu'elle est en danger. Sauf que si on sait qu'elle est en danger, elle sait aussi qu'elle peut nous appeler pour dire : « Je suis en danger, peux-tu m'aider ? » Puis là on peut l'aider. D'ouvrir cette porte de communication là entre nous deux (Entrevue nº 4, dans une maison d'hébergement).

Ici, la tolérance peut être qualifiée d'instrumentale : elle semble avoir un objectif stratégique. Si l'intervenante tolère, c'est parce qu'elle veut conserver un bon lien avec la femme pour que, si cette dernière est en détresse et qu'elle a besoin d'aide, elle n'hésite pas à communiquer avec l'intervenante pour obtenir du soutien.

Pour une autre intervenante, la décision de ne pas tendre vers une sortie de la violence n'est pas en soi difficile à prendre. Effectivement, elle mentionne qu'elle ne peut tout simplement pas forcer la femme à quitter son

7. Rappelons que la notion de respect implique que l'on comprenne et partage les valeurs de la personne ou que nous la jugions favorablement.

conjoint et qu'elle cherche à respecter l'autodétermination de cette dernière en respectant qui est elle et ce qu'elle veut :

> Je ne le vois pas comme un dilemme. Pour moi c'est vraiment dans le respect de ses valeurs à elle. Qu'est-ce que tu veux que je lui fasse, que je lui torde le bras pour qu'elle change ? (rires) (Entrevue nº 3, dans un centre de femmes).

Dans cet extrait, on constate que l'intervenante fait preuve de tolérance à l'égard de la femme, mais, à première vue, on peut également penser qu'à travers la dernière phrase (« Qu'est-ce que tu veux que je lui fasse […] ? »), elle évoque une sorte de résignation, comme si elle acceptait la situation sans protester. Cela dit, au-delà de cette fatalité apparente, l'intervenante ne démissionne pas pour autant. En effet, plus loin dans l'entrevue, elle mentionne qu'elle s'applique à fournir des ressources à la femme, à lui proposer des options, à l'accompagner dans son cheminement, etc. Donc, bien qu'on puisse penser que l'intervenante se résigne, elle est loin d'accepter sans protester. Elle est plutôt tolérante : elle comprend qu'elle ne pourra pas changer la femme, surtout pas de force. Elle ne s'empêche toutefois pas d'être proactive et de poursuivre son cheminement avec elle à petits pas.

De son côté, une autre intervenante croit se résigner à ne pas travailler immédiatement vers une sortie de la violence alors que, dans l'extrait suivant, nous voyons plutôt qu'elle tolère le choix de la femme. De ce fait, l'intervenante, au lieu de rendre les armes, cherche avec la femme à organiser autour de cette dernière des mécanismes de protection. Son impression vient peut-être du fait qu'elle ne poursuit pas avec la femme les buts d'intervention qu'elle espérerait, soit d'organiser la sortie de la relation conjugale violente :

> C'est une résignation, genre elle n'est pas rendue encore à quitter son conjoint, ça fait que tant qu'à ça on va mettre des choses en place pour viser sa protection le plus possible, mais ce n'est pas le but de l'intervention (Entrevue nº 2, dans une maison d'hébergement).

Une autre intervenante tient compte, quant à elle, de la culture de la femme et de sa famille dans son intervention. En effet, considérer les origines de la femme et la manière dont les relations conjugales sont perçues et gérées est essentiel pour l'intervenante afin de ne pas mettre la femme en danger ou de l'isoler davantage. Mais cette tolérance peut devenir très stressante. En effet, elle mentionne plus loin dans l'entrevue qu'il lui arrive, dans certains cas, de ressentir la peur que l'homme finisse par tuer sa conjointe. Là-dessus, elle dira :

> Il y a tout l'aspect valeurs culturelles derrière ça. Pour certaines cultures, c'est très mal pour une femme de quitter son conjoint. Elle est vraiment classée maudite après. Il ne faut vraiment pas qu'elle quitte son conjoint. Donc il y a tout ça à travailler, il y a tout ça à respecter aussi. Des fois, ce n'est pas très évident (Entrevue nº 6, dans une maison d'hébergement).

Une intervenante nous mentionne de son côté qu'elle ne vise pas la sortie de la violence conjugale si ce n'est pas le souhait de la femme parce qu'elle tient à conserver une relation égalitaire avec celle-ci. En d'autres mots, les valeurs professionnelles de l'intervenante l'influencent à ne pas mettre de pression sur la femme pour qu'elle quitte son conjoint, même si elle croit que ce serait la meilleure chose pour celle qu'elle accompagne. Si l'intervenante agissait autrement, elle risquerait fort de reproduire une dynamique de violence, contre laquelle elle se bat pourtant. Ici, on peut penser qu'elle vise plutôt à redonner du pouvoir à la femme en travaillant selon ses choix et son rythme :

> Je pense qu'il faut résister à la tentation de mettre de la pression […] de quitter. Il faut maintenir le climat de confiance. Il ne faut pas être directive, se positionner comme une experte qui sait qu'est-ce qui est bon pour elle […], reproduire une relation de contrôle finalement. Parce que des fois, c'est tentant. C'est une personne qui est victime, on a tendance à vouloir la protéger ou la surprotéger, ou l'infantiliser. Ce qui est très mauvais […] (Entrevue nº 5, dans un CSSS).

Encore ici, on retrouve une attitude de tolérance. L'intervenante choisit de laisser faire ce qu'elle ne peut empêcher ou combattre. Elle renonce à une part de son pouvoir, de sa force, de sa colère. Elle résiste à exercer un contrôle qui serait néfaste pour la femme.

Au fil de notre analyse, nous avons également constaté que certaines intervenantes ne travaillent pas nécessairement à ce que la femme sorte du milieu abusif parce qu'elles connaissent la problématique de la violence conjugale et ce qu'elle implique.

En effet, pour l'une, son expérience auprès de ces femmes l'a amenée à prendre conscience que celles qui viennent chercher du soutien sont au cœur d'un cheminement qui peut être long et souvent non linéaire. Cette perspective est d'autant plus nécessaire qu'elle lui permet de ne pas ressentir autant de frustration bien qu'elle souhaite que la femme se sorte de ce milieu violent. Aussi, on pourrait croire que cette tolérance permet à l'intervenante de préserver sa propre santé et de continuer à travailler auprès de ces femmes :

> Elle a pris conscience de certaines choses puis elle est en cheminement. Puis un moment donné, j'imagine qu'elle va finir par partir. Moi, c'est de même qu'il faut que je prenne ça, parce que s'il faut qu'à chaque fois je me choque puis que je veux plus qu'elle, là je suis aussi bien de changer de métier parce que je vais être épuisée souvent. On veut toutes qu'elles partent (Entrevue nº 1, dans un centre de femmes).

Cet extrait témoigne d'une attitude de tolérance qui s'incarne dans le refus de l'intervenante de céder à la colère ou de viser des buts irréalistes (p. ex., faire quitter la femme). Elle comprend qu'elle s'épuisera à essayer. Il vaut donc mieux pour elle d'accepter ce qu'elle ne peut changer.

Tout comme cette dernière intervenante, celle que nous citons ci-après comprend également que, pour une femme, décider de quitter son conjoint (si elle se résout un jour à le faire) ne se fait habituellement pas rapidement. Nous remarquons que, devant ce constat, l'intervenante semble faire preuve de pragmatisme dans son intervention auprès de la femme. En effet, peu importe la décision que cette dernière prend, l'intervenante lui demande comment elle peut l'aider dans sa situation actuelle :

> Parce que c'est long. Ça prend du temps. C'est ça, on revient au besoin ici maintenant. Tu veux le quitter, on s'organise. Tu as un questionnement, tu ne sais pas ou tu as quitté et tu reviens, OK c'est ça maintenant ta situation, qu'est-ce qu'on fait avec ça (Entrevue nº 3, dans un centre de femmes).

Une autre intervenante a acquis ses connaissances sur la dynamique de violence conjugale notamment à travers sa propre expérience au sein de sa famille d'origine. Il nous apparaît que ce vécu commun lui permet de faire preuve d'indulgence envers la femme et de réellement saisir que cette dernière puisse vouloir que la violence cesse, sans pour autant souhaiter mettre fin à sa relation amoureuse :

> Moi j'ai connu ça, je viens d'une famille mes parents se chicanaient tout le temps, ça fait que j'ai été sensibilisée à ça très jeune. Peut-être que c'est ça qui fait qu'aujourd'hui j'ai un détachement face à ça. […] Je le sais c'est quoi être dans un milieu comme ça. […] Quand on le vit, on comprend ce que la femme veut dire. Moi quand la femme elle m'a dit ça « Quand je suis avec lui je ne suis pas bien, mais quand il n'est pas là… », ce sont des choses que j'ai déjà vécues. Je la comprends tellement. En quelque part, tu ne juges pas la personne (Entrevue nº 1, dans un centre de femmes).

Rappelons que l'indulgence va plus loin que la tolérance. Par sa compréhension de la situation, l'intervenante ne juge pas la femme. Elle a, par rapport à elle, une attitude clémente et de pardon.

Ce qui ressort aussi des entrevues que nous avons analysées, c'est que des intervenantes ne travaillent pas vers une sortie parce qu'elles conçoivent que la femme n'est pas prête à quitter leur conjoint. De ce fait, elles vont tolérer son choix de demeurer ou de retourner avec son conjoint et vont souvent mettre en place des moyens pour réduire les conséquences de la violence sur cette dernière. Cela dit, l'analyse que les intervenantes font de ces moyens diffère.

Pour cette intervenante en maison d'hébergement, les stratégies pour réduire les méfaits de la violence sur la femme sont palliatives. Autrement dit, ces moyens sont loin d'être idéals, et elle y fait appel en attendant que la femme décide de quitter son conjoint :

> C'est un moyen. […] Mais ce n'est pas l'objectif. Ce n'est pas idéal d'avoir à faire un scénario de protection parce qu'elle retourne. […] C'est un dernier recours. […] Malgré que tu retournes dans une situation de violence, on le sait que ça va revenir de la violence ou on s'en doute, on va essayer de te protéger, mais idéalement, tu ne retournes pas là. […] Réduction des méfaits, ça fait référence à tolérance (Entrevue nº 2, dans une maison d'hébergement).

Ici, on pourrait qualifier l'attitude de tolérance de l'intervenante de pragmatique : elle n'est pas d'accord avec la décision de la femme de retourner, elle sait que la violence va recommencer, mais elle sait aussi qu'elle n'a pas le contrôle sur la décision de la femme. C'est justement pour pouvoir la protéger que l'intervenante tolère.

Pour cette autre intervenante, l'utilisation de moyens pour réduire les conséquences de la violence est tout à fait en cohérence avec les valeurs de l'approche qu'elle utilise, l'approche féministe. On peut penser que, conséquemment, cette intervenante ressent moins de déchirement à tolérer que la femme demeure dans la relation abusive :

> Oui parce que ça correspond justement à la base de l'intervention auprès des femmes qui vivent de la violence qui pour toutes sortes de raisons ont de la difficulté à quitter, donc on les aide dans leur cheminement. C'est non contrôlant, ce n'est pas quelque chose qu'on va imposer. C'est qu'on va semer le doute et on va suggérer, et la personne prend ses propres décisions (Entrevue nº 5, dans un CSSS).

Cela dit, pour l'intervenante que nous citerons ensuite, le processus n'est pas le même. En effet, bien qu'elle respecte le choix de la femme afin d'être cohérente avec son approche, elle ressent tout de même un malaise. Cet inconfort provient du fait que son devoir consiste également à jouer un rôle de protection en travaillant sur la sécurité de la femme et en l'informant notamment des risques associés à la situation qu'elle vit. Nous imaginons donc qu'il y a une tension entre le respect du rythme de la femme et son rôle de protection envers celle-ci. Autrement dit, ce genre de situation semble nourrir en elle une tension entre ses valeurs d'autodétermination et de protection :

> [Question intervieweuse] Ça doit être déchirant pour vous, parce que je crois que votre cœur vous dit quelque chose puis la tête dit dans le fond c'est son choix, ça doit être difficile. [Réponse intervenante] Exactement. Si on veut vraiment être cohérent avec notre approche, il faut respecter qu'est-ce qu'elle veut. Mais en même temps, nous, notre devoir c'est de l'informer des risques (Entrevue n° 6, dans une maison d'hébergement).

PROTECTION VS AUTODÉTERMINATION ?

Nous avons vu que l'approche de la RdM pouvait être utilisée pour venir en aide aux femmes qui ne quittent pas la situation de violence conjugale ou qui y retournent. Nous avons constaté qu'en général, l'utilisation de cette approche ne heurtait pas les intervenantes (incluant celles qui utilisent une approche féministe) parce que ces deux approches partagent des valeurs et des attitudes communes (mis à part la tolérance, question qui semble peu ou pas abordée explicitement dans le discours féministe).

Nous avons présenté ensuite ce qu'est la tolérance et ce qui n'en est pas. Nous avons émis l'hypothèse que la tolérance est une vertu et qu'elle s'incarne dans les choix éthiques (trouver la meilleure décision en situation) qu'une intervenante doit faire lorsqu'elle reçoit un dossier en violence conjugale (elle le passe à une collègue ou elle le conserve et dans ce dernier cas, elle travaille vers une sortie ou pas). Nous avons expliqué que des variables interviennent dans ces décisions et que des valeurs sont également considérées dans le choix de travailler vers une sortie de violence ou pas, notamment les valeurs de protection et d'autodétermination.

Les extraits d'entrevues présentés plus haut démontrent cette tension entre les deux valeurs, mais aussi que l'une n'est pas privilégiée au détriment

de l'autre. Au contraire, les deux vont de pair, et ce, peu importe le degré de priorité accordé à la sortie de la situation de violence.

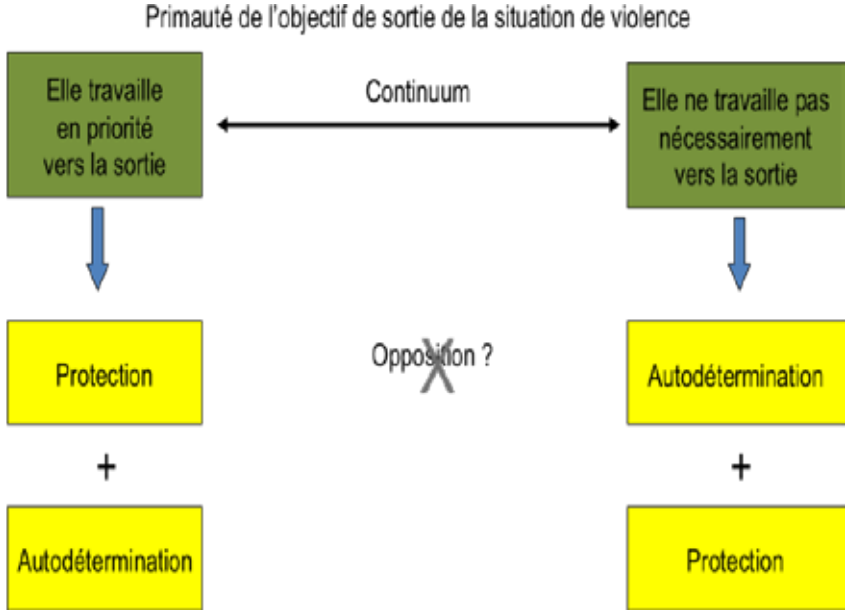
D'une part, si une intervenante détermine qu'elle doit travailler en priorité vers une sortie de violence, la valeur de protection prédomine, mais l'autodétermination ne peut pas être évacuée ; l'intervenante ne peut pas forcer une femme à quitter la situation de violence. Elle travaillera donc avec elle pour l'amener à considérer que pour sa sécurité et celle de ses enfants, elle doit quitter le plus rapidement possible la situation de violence. Pour ce faire, en plus de toute l'information qu'elle donne à la femme pour la conscientiser à propos de ce qu'elle vit et des conséquences de cette situation, l'intervenante travaille aussi en réduction des méfaits (p. ex., élaborer un scénario de protection, réduire ou arrêter les conséquences de la violence pour elle, l'aider à accroître son estime de soi et sa confiance en soi, briser son isolement, etc.). Précisons toutefois que le fait d'amener la femme à sortir de la relation conjugale n'assure en rien sa sécurité. En effet, il est connu que quitter une situation de violence peut présenter des dangers : non seulement la violence est susceptible d'augmenter, mais aussi la séparation constitue un risque d'homicide (Wilson et Daly 1993 ; voir Drouin et Drolet 2004). Enfin, tout en tolérant le choix de la femme de demeurer ou de quitter, l'intervenante doit l'accompagner pour que celle-ci prenne une décision éclairée, après une évaluation des conséquences pour sa sécurité et la mise en place de moyens pour l'assurer.

D'autre part, si l'intervenante ne travaille pas en priorité vers la sortie de violence parce que cette option n'en est pas une pour la femme, elle n'évacue pas pour autant la valeur de protection. En effet, si la femme a comme projet de retourner vivre avec son partenaire qui a des comportements violents, l'intervenante tolérera cette décision, valorisant ainsi la valeur d'autodétermination. Mais dans l'intervention, en plus du travail de conscientisation et d'information, l'intervenante utilisera également des mesures de réduction des méfaits qui visent la protection.

Soulignons que certains types d'intervention peuvent représenter un danger pour la femme. Par exemple, un partenaire violent pourrait mal réagir aux tentatives d'affirmation de soi de la femme. Les aspects de l'intervention qui visent à accroître l'autodétermination de la femme devraient donc toujours être discutés avec elle dans un esprit de protection. Il faut également garder en tête que ne pas quitter la situation de violence peut également représenter un danger. Par ailleurs, en travaillant avec l'approche

de la RdM, on doit faire attention pour ne pas confondre la tolérance avec les autres attitudes qui lui sont apparentées (résignation, indulgence, respect) et qui peuvent contribuer à maintenir la femme dans la situation de violence. Finalement, l'intervenante doit se garder sous tension, éviter de se retrancher dans des zones de confort ou de travailler sur le « pilote automatique » afin de rester attentive aux changements dans la situation qui pourraient représenter un danger pour la femme et ses enfants.

Ainsi, peu importe la situation, la protection côtoie toujours l'autodétermination. Le poids relatif de chaque valeur pourra être modulé selon les caractéristiques de la situation, mais l'une ne peut pas supplanter l'autre. Ces valeurs sont complémentaires, et l'intervenante doit viser à les respecter toutes deux. Cela nuance le schéma présenté plus haut, qui devrait maintenant apparaître comme suit :



Les témoignages des intervenantes nous informent également du fait que peu importe où elles se situent sur le continuum de primauté de l'objectif de sortie de la situation de violence, elles travaillent avec l'approche de la RdM. Ainsi, nous constatons que cette approche est utilisable même si l'objectif de sortie devient prioritaire. De plus, les intervenantes n'identi-

fient pas spontanément qu'elles utilisent cette approche, même si elles expliquent travailler sur la réduction des conséquences de la violence. Or le fait qu'elles adoptent souvent une attitude de tolérance nous conduit à penser qu'elles utilisent bel et bien l'approche de la RdM, sans pour autant en avoir conscience.

CONCLUSION

Beaucoup reste à dire sur ce sujet complexe, mais, dans le cadre de ce chapitre, nous avons souhaité nous centrer sur certains aspects de la problématique.

Premièrement, nous nous sommes demandé plus tôt si la tolérance était le point de rupture entre l'approche de la RdM et le féminisme. La réponse est non. Dans les deux cas, la question de la tolérance se pose. D'une part, ceux qui développent l'approche de la RdM et ceux qui l'utilisent ne peuvent pas éluder la question de la tolérance, qui est l'un des fondements de cette approche. D'autre part, peu importe qu'elles utilisent une approche féministe ou non, les intervenantes doivent faire face à la question de la tolérance chaque fois que des femmes qui ne quittent pas la situation de violence demandent de l'aide (aux services externes des maisons d'hébergement, dans les CLSC, etc.).

Deuxièmement, il importe d'insister sur l'objet de la tolérance en violence conjugale. Il ne s'agit pas de tolérer la violence. Il s'agit de tolérer que cette femme-là – après qu'on l'ait soutenue et informée, à qui on aura présenté les droits et les options, à qui l'on aura fait comprendre que la violence qu'elle vit est inacceptable et qu'en aucun cas elle ne mérite de se faire traiter de la sorte – ne quittera pas son conjoint ou retournera auprès de lui. L'intervenante doit alors tolérer que cette femme tolère elle-même la situation de violence.

Tolérer n'équivaut pas à se résigner, baisser les bras et abandonner la femme à son sort. Tolérer n'implique surtout pas cesser de travailler à réduire l'incidence de la violence, de dénoncer la violence, de s'indigner socialement. Comme intervenante, il faut continuer de se permettre cela et de se rappeler son propre pouvoir d'agir. L'intervenante doit tolérer que cette femme-là reste dans une situation de violence, sans quoi elle ne sera pas en mesure de l'accompagner et de travailler avec elle.

L'intervenante tolère donc en attendant, en espérant. Et il ne s'agit pas d'encourager la femme dans sa tolérance ; il s'agit, toujours, de travailler avec elle à réduire les dommages de la violence sur elle. L'intervenante tolère qu'il n'y ait pas de solutions parfaites ; que des solutions de moindre mal. Pour bien identifier ce que signifie le « moindre mal », l'intervenante doit se glisser dans la peau de l'Autre, se mettre à sa place pour comprendre ce qui, pour elle, est le moindre des maux.

Mais comment tolérer ? Nous l'avons souligné au début de notre texte, nous concevons la tolérance comme une vertu et non comme une valeur. À notre avis, c'est ce qui fait toute la différence. Une vertu s'exerce à travers la pratique, dans l'action concrète. Une vertu n'est pas un absolu désincarné ou un idéal abstrait comme l'est une valeur. La tolérance, comme vertu, s'exerce donc à travers le jugement professionnel. Nous l'avons vu à travers les exemples de notre analyse, il s'agit d'une attitude, ou qualité d'être, que les intervenantes développent au fil de leurs interventions et qui leur permet de se positionner dans une situation donnée ou, dit autrement, de prendre une décision équilibrée en fonction des divers éléments qui composent la situation.

Pour exercer la vertu de tolérance, certaines conditions sont nécessaires. Comte-Sponville (1995) les décrit comme étant des conditions de possibilité. Tout d'abord, pour tolérer, il faut de la liberté. Nul ne peut tolérer sous la contrainte. Ceci équivaut à de la soumission et non à de la tolérance. Pour qu'il y ait tolérance, il faut être dans le monde de l'incertitude et des questions d'opinion[8]. Enfin, pour tolérer, il faut avoir de l'humilité, parce que l'on ne connaît pas tout, et de la miséricorde, parce que cette bonté nous invite à être indulgents et à pardonner à une personne fautive, mais repentante.

Comte-Sponville rappelle que la tolérance ne vaut que contre soi-même et pour autrui. En d'autres mots, c'est une attitude qui montre une ouverture envers l'autre, même si l'on ne partage pas son point de vue. Toutefois, la tolérance consiste en une solution de passage, un minimum, un moment provisoire. Parce que pour l'instant, on est incapable de plus ou de mieux. Comte-Sponville la qualifie de petite sagesse, parce qu'elle est accessible. À défaut de respect et d'amour, il y a la tolérance.

8. Il n'est pas question de tolérance lorsqu'il s'agit de faits scientifiquement prouvés. Par exemple, il ne fait pas de sens de dire que l'on tolère la loi de la gravité. C'est un fait, nul besoin de la tolérer, à moins d'être un sceptique invétéré !

Cette tolérance est-elle infinie ? À cela, Comte-Sponville répond qu'une des limites de la tolérance est celle de sa propre sauvegarde et de la préservation de ses conditions de possibilité. Autrement, on assiste à la fin de la tolérance. Parce qu'une tolérance universelle ou absolue, celle qui tolérerait tout : le pire comme l'atroce, n'aurait plus de défenseurs pour la préserver[9]. La tolérance peut aussi être remise en question lorsqu'il y a un danger réel menaçant la liberté et provoquant la souffrance d'autrui, l'injustice, l'oppression, la destruction de la paix sociale ou la mise en péril de la survie d'une société. Mais la limite est floue : elle s'évalue au cas par cas (casuistique). Chaque situation invite au jugement, à la recherche d'un équilibre dans les circonstances. C'est ici que l'éthique prend tout son sens, par la prise en compte, notamment, des valeurs que sont l'autodétermination et la protection des personnes.

Nous terminons cet exposé sur la question suivante : la reconnaissance de sa propre intolérance serait-elle aussi un signe de sagesse professionnelle ? De notre point de vue, si une intervenante se sent incapable d'accepter ce qu'elle désapprouve, donc incapable de faire preuve de tolérance (autrement dit, si elle s'estime intolérante dans cette situation particulière), il est préférable qu'elle confie à une autre intervenante le soin d'accompagner la femme (donc qu'elle passe le dossier). Un tel geste pourrait dès lors être interprété comme une démonstration de sagesse professionnelle.

En effet, une intervenante qui ne passerait pas le dossier à une collègue, alors que la situation lui est intolérable, pourrait se faire du mal (traumatisme vicariant, épuisement professionnel, etc.). Cela pourrait aussi la conduire à faire du mal à la femme (pensons à toutes les conséquences associées au fait de pousser la femme à prendre des décisions qu'elle ne veut pas). En définitive, ne pas respecter sa propre intolérance pourrait mener l'intervenante à exercer de la violence institutionnelle. Dans la majorité des cas, un tel résultat serait absurde, cela va sans dire... En somme, le fait que la tolérance soit une vertu cultivée par les intervenantes leur permet de prendre des décisions ou des postures adaptées aux situations et de développer, au fur et à mesure de l'évolution de leurs interventions, une sagesse pratique.

9. Comte-Sponville donne en exemple le paradoxe de la tolérance de Karl Popper, qu'il cite : « Si l'on est d'une tolérance absolue, même envers les intolérants, et qu'on ne défende pas la société tolérante contre leurs assauts, les tolérants seront anéantis, et avec eux la tolérance. » (p. 241)

RÉFÉRENCES

Barnett O.W., 2000, « Why battered women do not leave, part 1 : External inhibiting factors within society », *Trauma, Violence, & Abuse*, 1, 4 : 343-372.

Beirness D.J., Jesseman R., Notarandrea R. et M. Perron, 2008, *Réduction des méfaits : un concept qui en dit long*. Ottawa, Canada, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies [CCLAT].

Bell H., 2003, « Strengths and secondary trauma in family violence work », *Social Work*, 48, 4 : 513-522.

Bonomi A.E., Thompson R.S., Anderson M., Reid R.J., Carrell D., Dimer J.A. et F.P. Rivara, 2006, « Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning », *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 6 : 458-466.

Brisson P., 1997, *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques,* Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie [CPLT] et Gouvernement du Québec.

Campbell J., Snow Jones A., Dienemann J., Kub J., Schollenberger J., O'Campo P., Carlson Gielen A. et C. Wynne, 2002, « Intimate partner violence and physical health consequences », *Archive of Internal Medicine,* 161 : 1157-1163.

Comte-Sponville A., 1995, *Petit traité des grandes vertus,* Paris, France, Presses universitaires de France.

Corbeil C. et I. Marchand, 2010, « L'intervention féministe : un modèle et des pratiques au cœur du mouvement des femmes québécoises » : 23-60, dans C. Corbeil et I. Marchand (dir.), *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui. Portrait d'une pratique sociale diversifiée,* Montréal, Les éditions du remue-ménage.

Drouin C. et J. Drolet, 2004, *Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe. Guide d'intervention,* Montréal, CRI-VIFF.

Durand G., 1999, *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils,* Ville Saint-Laurent, Fides.

Forget J., 1999, *Toxicomanie et réduction des méfaits,* Québec, CPLT et Gouvernement du Québec.

Fuchs E., 2001, *Comment faire pour bien faire ? Introduction à l'éthique,* Genève, Suisse, Labor et Fides.

Goldblatt H. et E. Buchbinder, 2003, « Challenging gender roles : The impact on female social work students of working with abused women », *Journal of Social Work Education,* 39, 2 : 255-275.

Guillemain B., « Tolérance », dans Encyclopaedia Universalis [En ligne], <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/tolerance/>, page consultée le 5 juillet 2012.

Iliffe G. et L.G. Steed, 2000, « Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence », *Journal of Interpersonal Violence,* 15, 4 : 393-412.

Lachapelle H. et L. Forest, 2000, *La violence conjugale. Développer l'expertise infirmière*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Lerner C.F. et L.T. Kennedy, 2000, « Stay-leave decision making in battered women : Trauma, coping and self-efficacy », *Cognitive Therapy & Research,* 24, 2 : 215-232.

Mendus S., 1996, « Tolérance » : 1969-1974, dans M. Canto-Sperber, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale,* Paris, Presses universitaires de France.

Rey-Debove J. et A. Rey (dir.), 1996, *Le Nouveau Petit Robert,* Paris, France, Dictionnaires Le Robert.

Ricœur P., 1990, *Soi-même comme un autre,* Paris, France, Éditions du Seuil.

Ulbrich P.M. et J. Stockdale, 2002, « Making family planning clinics and empowerment zone for rural battered women », *Women and Health,* 35, 2-3 : 83-100.

Wilson M. et M. Daly, 1993, « Spousal homicide risk and estrangement », *Violence and Victims,* 8, 1 : 3-16.

Défis d'intervention en contexte interculturel : le cas de pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation dans une perspective éthique et de santé publique au Canada[1]

Bilkis Vissandjée
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Shereen Denetto
Sexuality Education Resource Centre de Winnipeg, Manitoba

Paula Migliardi
Sexuality Education Resource Centre de Winnipeg, Manitoba

Jodi. A. Proctor,
McGill University

CONTEXTE[2]

Les pratiques relatives à l'excision et à l'infibulation et les défis qui y sont associés ont été documentés principalement dans certains pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient. Au cours des dernières années, l'accroissement de la migration internationale en provenance d'une multiplicité de pays expose les professionnels de la santé publique et des services sociaux à des enjeux de plus en plus complexes s'agissant des interventions auprès de familles issues de pays où les pratiques de l'excision et de l'infibulation font partie intégrante des traditions. Intervenir dans un tel contexte met en évi-

1. Traduction de la version originale en anglais vers le français par Raymond Massé et Bilkis Vissandjée.

2. Les auteures désirent remercier les femmes et les hommes qui ont contribué au contenu de ce texte par leur participation aux rencontres de groupe organisées par l'Organisme SERC ; des remerciements également à l'Institut pour la santé des femmes et des hommes (Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'Axe Éthique et Santé Publique du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) pour le soutien financier ayant permis de réfléchir aux enjeux présentés dans ce texte.

dence les responsabilités d'une offre éthique de soins de santé de qualité et sécuritaires qui se déclinent à différents niveaux du système de soins de santé de la société d'accueil.

Alors que le contexte d'intervention dans le domaine de la santé publique devient de plus en plus pluriethnique, il exige une attention soutenue lorsqu'il s'agit de pratiques profondément enracinées dans des fondements culturels telles que l'excision et l'infibulation. Cette attention est soulevée ici dans la mesure où de telles interventions doivent non seulement être ancrées dans un univers permettant de comprendre sans juger, mais également et surtout dans un souci de protection de l'intégrité de la santé physique et psychologique des filles et des femmes vivant ces expériences en tant qu'immigrantes au Canada.

L'objectif du présent chapitre est d'examiner les subtilités et complexités reliées aux dimensions légales et éthiques dans le domaine de l'intervention en santé publique, dans une société de plus en plus pluriethnique. En faisant appel à une compréhension des raisons d'être de ces pratiques, il s'agit de se rappeler également le fait que, dans la majorité des cas dans les sociétés d'accueil, les pratiques d'excision et d'infibulation peuvent être perçues comme une forme de violence fondée sur le genre ayant des conséquences injustifiables éthiquement pour ces filles et ces femmes. Les intervenants[3] en santé publique et en service social et des services sociaux doivent enrichir leur pratique afin de répondre à leurs obligations légales selon les termes de leur responsabilité déontologique d'offrir des soins de qualité, équitables et empreints de compassion à tous.

Nous amorcerons ce texte par une présentation de certains contextes au sein desquels se pratiquent l'excision et l'infibulation sur une toile de fond des significations culturelles que prennent ces pratiques dans les communautés concernées. Suivra une illustration par le biais d'une étude de cas présentant l'approche du Centre sur les ressources en éducation sexuelle (Sexuality Education Ressource Centre, SERC) à Winnipeg (Manitoba), laquelle permettra d'enraciner notre analyse de la complexité éthique des soins et de l'offre de services de santé pour celles qui vivent l'expérience des pratiques traditionnelles parmi les communautés de nouveaux immigrants ainsi que ceux à plus long terme, au Manitoba.

3. Le masculin et le féminin seront utilisés en alternance dans ce texte dans une perspective inclusive et pour en alléger la lecture.

LES PRATIQUES TRADITIONNELLES : L'EXCISION ET L'INFIBULATION

Les altérations rituelles apportées aux organes génitaux féminins des enfants, des adolescents et de certaines adultes constituent une pratique traditionnelle dans plusieurs cultures depuis l'Antiquité. L'Afrique subsaharienne demeure le berceau de ces traditions, qui sont pratiquées de nos jours dans 26 pays. Contrairement aux croyances populaires, les principales motivations qui sous-tendent ces pratiques s'avèrent être plutôt ancrées dans des valeurs culturelles que dans des préceptes religieux. Pratiquées depuis l'époque des pharaons, l'excision et l'infibulation ont été documentées dans une large diversité de communautés religieuses incluant, et sans s'y limiter, les animistes, les catholiques, les juifs, les musulmans, les protestants et diverses religions locales (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011 ; Jirovsky 2010 ; Toubia 2000).

Les types de procédures d'excision et d'infibulation varient non seulement selon les pays, mais aussi au sein de chacun des pays selon les particularités de certains groupes ethniques et des valeurs culturelles qui y seraient associées (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) 2012). L'Organisation mondiale de la santé classifie les altérations aux organes génitaux féminins selon quatre types : le premier type réfère à l'ablation totale ou partielle du clitoris et, dans de rares cas, seulement du prépuce ; le deuxième type réfère à l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ; le troisième type concerne le rétrécissement (ou étirement) de l'ouverture vaginale en réajustant les petites (ou grandes) lèvres, servant alors de « protection » (avec ou sans excision) ; le quatrième type réfère à toute autre procédure altérant les organes génitaux féminins pour des raisons autres que médicales (ex. : piquage, perçage, incision, cautérisation) (World Health Organization, WHO, 2012).

Dans plusieurs sociétés patriarcales, la pratique traditionnelle de l'excision et de l'infibulation a entre autres pour but de s'assurer d'un certain contrôle de la sexualité et de la chasteté féminines, ainsi que de l'honneur de la communauté. Toutefois, ces pratiques sont porteuses de plusieurs autres objectifs culturels, incluant (sans s'y limiter) la préservation de l'identité communautaire, la perpétuation de rites de passage garantissant la transition d'un statut social à un autre, la préservation de la virginité et de l'honneur familial, ou encore de l'augmentation du plaisir sexuel des partenaires masculins concernés. Quelles que soient les significations culturelles associées à ces diverses pratiques, il apparaît clairement que l'excision et

l'infibulation sont généralement perçues comme des biens sociaux essentiels à une bonne socialisation des filles (American Academy of Paediatricians (AAP), 2010 ; Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011 ; Jirovsky 2010 ; Toubia 2000 ; Vissandjée, Kantiébo, Levine et N'Dejuru 2003). Dans un tel contexte, certaines condamnations de ces pratiques par des sociétés majoritairement occidentales et par les agences internationales sont perçues par ces communautés comme peu fondées (AAP, 2010), voire dans certains cas extrêmes, comme des manifestations d'imposition d'un impérialisme culturel (Sala et Manara 2001).

Cependant, par suite des évidences de dommages physiques associés à l'excision et à l'infibulation, certaines sociétés concernées par ces pratiques soulignent les conséquences comme un risque d'exclusion sociale et de marginalisation (entre autres conséquences socioculturelles), voire de conséquences encore plus graves pour les filles et les femmes qui n'y auraient pas été soumises (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011 ; Heger Boyle et Cotton Corl 2010 ; Abusharaf 2006 ; Chalmers 2000 ; Vissandjée *et al.* 2003). Alors qu'au fil des années, les conséquences médicales physiques de l'infibulation et de l'excision sont mieux documentées dans la littérature internationale, la complexité des conséquences socioculturelles qui y sont associées appelle des discussions plus poussées, spécialement lorsque ces pratiques sont imbriquées dans la trajectoire d'intégration des migrants dans des sociétés d'accueil, où des lois qui y priment ne font que compliquer encore plus les conséquences de ces pratiques traditionnelles.

L'ÉTHIQUE DE LA TERMINOLOGIE

Le langage utilisé pour décrire ces pratiques demeure source de controverses et requiert une attention particulière. L'expression « mutilations génitales féminines » (MGF), d'abord adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU), attire l'attention sur la gravité des dommages causés par l'excision et l'infibulation. Elle réfère à la terminologie utilisée dans les campagnes visant l'abolition de ces pratiques, menées surtout par les défenseurs anti-infibulation et anti-excision des pays concernés et dans de nombreux pays occidentaux. Cette expression positionne cependant ces pratiques comme des violations extrêmes de droits de l'Homme. Elle est perçue pour certains comme incendiaire, à charge émotive et stigmatisante, particulièrement pour les femmes ayant déjà été exposées à ces pratiques et qui ne voient, ni leur propre corps, ni celui de leurs filles, comme étant mutilé (Toubia 2000). Cette expression relative à une mutilation réfère de

façon implicite et même explicite par moments à des actes de violence intentionnelle contre des enfants, des adolescentes et des femmes. Pour ceux et celles qui n'interprètent pas ces pratiques comme offensives et criminelles, mais plutôt comme ancrées dans des valeurs traditionnelles incontournables à l'honneur de familles et de communautés, l'expression « mutilations » devient très aliénante (Abusharaf 2006 ; Chalmers et Omer-Hashi 2002 ; Krasa 2010 ; Vissandjée *et al.* 2003). Le défi que représente la capacité de conciliation du respect des valeurs culturelles associées à ces pratiques et de la prise en considération des conséquences dommageables sur la santé est certainement un des plus délicats que peuvent rencontrer les intervenants en santé publique. Ces derniers, par leur éthique professionnelle, doivent travailler à départager les intentions et les conséquences sous-entendues par les termes utilisés, ne reflétant généralement que peu les réalités complexes entourant ces pratiques.

« Pratiques traditionnelles féminines », « pratiques de santé traditionnelles » et « initiations » illustrent certaines des expressions préférées de ceux qui souscrivent à l'hypothèse des bénéfices socioculturels de ces pratiques (Rogo, Subayi et Toubia 2007). Les entretiens de groupe réalisés par Chalmers et Omer-Hashi (2002), ainsi que Vissandjée *et al.* (2003), auprès d'un total de 600 femmes originaires de divers pays concernés et vivant au Canada, ont montré que « circoncision » est tantôt le terme qui semble préféré, tantôt le mot « pratiques » dans la langue maternelle du groupe concerné. Plusieurs auteurs retiennent « circoncision » comme constituant une alternative, même si ce dernier risque de banaliser une pratique ayant de graves conséquences pour la santé en attribuant faussement à l'excision et à l'infibulation une certaine légitimité généralement réservée à la circoncision masculine en Occident (Boddy 2007 ; Shell-Duncan 2001). Les termes « excision » et « infibulation » se retrouvent dans la majorité des discussions et des écrits comme étant parmi les termes les plus éthiquement sensibles et permettant d'induire une certaine neutralité par rapport aux termes « mutilations » et « coupures » (AAP 2010 ; SOGC 2012). Il est à noter cependant que le terme an anglais « *female genital cutting* », en faisant référence à des « coupures », est plus couramment utilisé et accepté que « *female genital mutilation* », permettant ainsi de transmettre deux messages en un. Un certain respect pour l'ancrage culturel, mais également une forme de message que ce sont des pratiques qui impliquent des mesures invasives. Aux fins de ce chapitre, nous retiendrons les termes « excision » et « infibulation » pour référer aux procédures qui altèrent les organes génitaux féminins pour des raisons culturelles, soit non thérapeutiques.

LE CONTEXTE LÉGAL EN AMÉRIQUE DU NORD ET EN EUROPE

Dans les sociétés de plus en plus multiethniques du monde occidental, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent donner des soins à un nombre grandissant de femmes, d'hommes et de familles issus de pays où l'excision et l'infibulation sont des pratiques ancrées dans les cultures (Cook et Dickens 2010 ; Cook, Dickens et Fathalla 2002 ; Davis 2010 ; Sala et Manara 2001 ; Thierfelder, Tanner et Bodiang 2005 ; Toubia 2000 ; Turillazzi et Fineschi 2007). Les tendances internationales en migration associées à des controverses fondées ou non à propos des pratiques traditionnelles interpellent les responsabilités d'adaptation culturelle des systèmes de santé de sociétés hôtes. De même, les professionnels de la santé sont tenus de composer avec la complexité éthique sous-jacente aux situations d'intervention dans des contextes où l'altérité culturelle est mise en jeu avec en toile de fond leurs obligations légales et professionnelles de donner des soins de qualité à tous dans une perspective de justice sociale. Bien qu'une revue extensive des législations internationales concernant l'excision et l'infibulation aille au-delà des objectifs du présent chapitre, il s'agit ici d'en souligner les dimensions légales contemporaines et d'analyser brièvement les impacts relatifs aux responsabilités éthiques des professionnels de la santé. Si l'on en juge par le code d'éthique de l'Association médicale canadienne (Canadian Medical Association), les professionnels de la santé doivent être informés des exigences légales et réglementaires qui gouvernent la pratique médicale dans leur juridiction respective. De plus, ils doivent être préparés à gérer les tensions entre les exigences éthiques et légales, toujours dans une visée de prestation de soins de qualité pour tous (CMA, 2004).

En 1997, le Code criminel canadien fut amendé par le projet de loi C-27 afin de déclarer l'excision et l'infibulation comme étant des offenses criminelles. Ceux et celles accusés de pratiquer ces actes sont sujets à poursuites. Si les prestataires de services de santé et de services sociaux estiment qu'une jeune fille est à risque de subir de telles pratiques au Canada ou hors du pays, ou a déjà subi ces pratiques sur le sol canadien, ils sont tenus de le rapporter aux autorités statutaires pertinentes sous les législations provinciales du Canada protégeant le bien-être de l'enfant (Macklin 2006 ; SOGC 2012).

La position légale du Canada converge avec celle prise par l'Organisation mondiale de la santé, l'Association mondiale et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et la Société d'obstétrique et de

gynécologie du Canada (SOGC), qui condamnent cette pratique. Au cours des dernières décennies, l'excision et l'infibulation deviennent des pratiques légalement interdites, tant dans les pays où elles sont pratiquées que dans les pays d'immigration (Cook, Dickens et Fathalla 2002 ; Davis 2010 ; Heger Boyle et Cotton Corl 2010 ; Turillazzi et Fineschi 2007). La Déclaration de Londres, promulguée à la première Conférence européenne sur les mutilations sexuelles en 1992, représente un jalon dans ce processus. Par la présence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Centre des Nations Unies pour les droits de l'Homme, et des représentants de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, des Pays-Bas, de la Suède, de la Grande-Bretagne, du Canada, des États-Unis et de la Gambie, le résultat de cette conférence mena vers un consensus international en faveur d'une action unifiée pour abolir l'excision et l'infibulation (décrites à l'époque en tant que « mutilations génitales féminines » par les participants). Ce consensus a conduit à l'adoption de stratégies reposant sur une approche législative de tolérance zéro, invitant à une punition de toute personne engagée dans les pratiques d'excision et d'infibulation tout autant qu'au refus de tout type de médicalisation (Krasa, 2010). La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et la Convention des Nations Unies pour l'élimination de la violence envers les femmes (CEDAW) comptent parmi les conventions internationales qui considèrent l'excision et l'infibulation comme étant des atteintes sérieuses aux droits de la personne (Cook, Dickens et Fathalla 2002).

Depuis la promulgation de la Déclaration de Londres, il s'est progressivement établi un consensus international sur le fait que l'excision et l'infibulation constituent des violations aux droits de la personne, engageant ainsi légalement les pays, les sociétés et les professionnels des soins de santé dans l'élimination de ces pratiques, notamment à travers des stratégies éducatives adaptées et sensibles auprès des femmes, des hommes et des groupes communautaires concernés (Davis 2010 ; Delbon et Conti 2008 ; Turillazzi et Fineschi 2007). C'est dans cette foulée que des lois interdisant l'excision et l'infibulation furent progressivement adoptées dans de nombreux pays d'Afrique, entre 1994 et 2003, tels le Ghana, le Djibouti, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Tanzanie, le Togo, le Sénégal, le Kenya, le Bénin, le Tchad et le Niger, suivis par l'Éthiopie en 2004 et l'Égypte en 2008. Si les objectifs étaient, et sont toujours, d'éliminer ces pratiques, elles existent néanmoins, par le biais d'actions clandestines (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011).

À la suite de l'excision pratiquée sur leur fille de 11 ans, une famille soudanaise de St. Catharines en Ontario a été accusée d'avoir exposé leur fille à cette pratique par une intervenante n'ayant pas été identifiée. Alors que ces accusations ont été retirées par manque d'évidence, les parents ont été détenus et leurs deux enfants pris en charge par les services sociaux (Macklin 2006). Macklin fait remarquer que les forces de la police, les autorités des services sociaux et les avocats n'avaient fait preuve que de peu sensibilité culturelle à l'égard de cette situation, entraînant des conséquences émotives et sociales délétères à moyen et long terme pour les personnes affectées, tant la famille immédiate que le réseau social de cette dernière.

Le code d'éthique de l'Association médicale du Canada (AMC) (2004), à l'article 41 de la section « Responsabilités et sociétés » exige que les professionnels de la santé « doivent reconnaître que la communauté, la société et l'environnement sont des acteurs importants dans la santé des patients » (p. 3). Ainsi, il en revient aux professionnels de la santé de gérer avec une sensibilité culturelle les cas où ils doivent faire face à leur obligation légale d'une notification des cas d'occurrence ou de risque d'excision ou d'infibulation lors de leur pratique. De plus, l'article 14 de la section « Responsabilités générales » du même code d'éthique établit que les professionnels de la santé doivent « recourir à toutes les étapes raisonnables pour prévenir les méfaits aux patients » (p. 2). C'est ici que la complexité relative à la nature et la définition de méfaits deviennent pertinentes. Certaines communautés ne conçoivent pas les pratiques de l'excision et de l'infibulation (le plus souvent une ré-infibulation post-accouchement) comme étant des risques à leur santé ; il s'avère que de ne pas procéder à cette pratique risque plutôt de mettre des filles et des femmes dans des situations ostracisantes et potentiellement dommageables pour leur état psychologique.

Les enjeux associés aux pratiques de l'excision et de l'infibulation en Occident sont teintés de zones grises, incluant, comme indiqué plus haut, sans s'y limiter, des requêtes pour une ré-infibulation après l'accouchement ou la notification aux instances légales de pratiques traditionnelles effectuées antérieurement dans les sociétés hôtes. La ré-infibulation pratiquée dans un cadre médical dans certains pays du monde occidental est souvent présentée comme une stratégie de réduction des méfaits visant à minimiser les risques associés à une procédure clandestine (Thierfelder, Tanner et Bodiang 2005). De telles pratiques sous le libellé de « stratégies de réduction des méfaits » sont un exemple de cette responsabilité qu'ont les professionnels de la santé à prendre des décisions éclairées tant par le contexte de vie des personnes

concernées que par leurs responsabilités professionnelles et éthiques de prestation de soins de qualité dans une perspective de justice sociale. Il est important de continuer à réfléchir – dans un cadre de stratégies de réduction des méfaits – sur ces offres cliniques de ré-infibulation qui peuvent être considérées par certains comme étant contraires à l'éthique médicale professionnelle. Il est aussi vrai que le jugement selon lequel la ré-infibulation constitue un manquement à la loi demeure encore flou dans plusieurs pays occidentaux. Nous devons noter que la législation condamnant l'excision et l'infibulation ne peut pas toujours résoudre les difficultés éthiques auxquelles font face les professionnels de la santé, et ce, même si ces pratiques sont considérées comme des violations des droits de l'Homme qui ancrent dans la responsabilité déontologique des professionnels de la santé de « refuser de participer ou de soutenir des pratiques qui violent les droits de l'Homme » (Canadian Medical Association Code of Ethics, 2004, article 9, p. 1).

Ceci étant dit, un récent énoncé de politique et des lignes directrices énoncées par la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (2012) stipule de rejeter toute demande de ré-infibulation ; cependant, un tel énoncé, et au-delà de la controverse éthique et légale sous-tendant la pratique, ne peut faire fi du jugement clinique médical visant le bien-être et la minimalisation des torts que subirait la personne requérant des soins (Cook et Dickens 2010 ; Krasa 2010).

RÉFLEXIONS ÉTHIQUES INSPIRÉES PAR LE CADRE DES DROITS DE L'HOMME

En Italie, aux États-Unis et aux Pays-Bas, l'élaboration et l'adoption de législations ont été effectuées en partenariat avec des communautés concernées. Dans un cas historique à Seattle, en 1996, les médecins du Harbor View Medical Centre ont suggéré une procédure symbolique consistant à piquer le capuchon du clitoris afin d'apaiser les appréhensions de familles somaliennes traditionnalistes. Il était invoqué qu'une telle procédure était moins invasive que la circoncision (telle que pratiquée sur les bébés du sexe masculin) et qu'elle minimiserait le risque d'un recours à des excisions et à des infibulations illégales dans les pays hôtes, ou même le risque de soumettre l'enfant à une des procédures dans le pays d'origine des parents. Bien que cette proposition ait été adoptée par un comité de professionnels de la santé et des bioéthiciens, elle a soulevé un tollé dans le public, et elle n'a pu être mise en œuvre. Une proposition similaire fut mise de l'avant à Florence, Italie, en 2003 par un Centre de référence pour la prévention et les soins des

mutilations sexuelles féminines du Département de gynécologie, de périnatalogie et de physiologie de la reproduction. Le rituel alternatif suggéré était une piqûre du capuchon du clitoris à l'aide d'une fine aiguille, pratiquée sous anesthésie locale sur des enfants suffisamment âgés pour donner un consentement. En Italie, un comité d'experts en bioéthique a jugé cette proposition comme étant éthique ; toutefois, la protestation publique au niveau international a bloqué son adoption (Abdulcadir *et al.* 2011). L'organisation Equality Now, basée aux États-Unis, a expliqué en 2010 à l'American Academy of Pediatricians (AAP), à la suite de l'adoption d'une politique endossant le marquage des organes génitaux féminins par des pédiatres, qu'un « encouragement à de telles procédures sur les filles sous le revers d'une intervention "sensible au niveau culturel" atteste tout simplement et de façon choquante, un manque de compréhension de la nature même des droits fondamentaux des filles, de l'intégrité de leur corps et des principes d'équité et d'égalité ». Equality Now suggère que l'AAP devrait promouvoir la prise de conscience des conséquences néfastes liées à ces pratiques en collaboration avec les communautés immigrantes concernées, plutôt que d'endosser des actions reconnues comme une atteinte aux droits des filles et des femmes (Equality Now 2010).

Certaines analyses inspirées du cadre des droits de l'Homme juxtaposent la circoncision masculine et la chirurgie reconstructive des organes génitaux féminins dans les pays européens et d'Amérique du Nord aux formes de pratiques de l'excision et de l'infibulation invoquées dans une perspective de réduction des méfaits (Heger Boyle et Cotton Corl 2010 ; Hernlund et Shell-Duncan 2007). Très récemment, des membres de la Cour de Cologne en Allemagne se sont prononcés contre la circoncision pratiquée sur de jeunes garçons pour des raisons religieuses, sur la base que les « droits fondamentaux de l'enfant à l'intégrité de son corps » étaient plus importants que les droits fondamentaux des parents à la liberté religieuse (*The New York Times*, June 2012). Il s'avère que l'Allemagne ne possède pas de loi interdisant la circoncision masculine, contrairement à celle interdisant toutes formes de mutilation des organes génitaux féminins. De tels évènements ne font qu'ajouter aux incertitudes, notamment en ce qui concerne les responsabilités éthiques des professionnels de la santé, tant pour les filles et les femmes que pour les garçons et les hommes (Krasa 2010).

Mieux informés et sensibilisés aux conséquences de ces pratiques et aux prémisses qui les sous-tendent, les professionnels de la santé pourront mieux prendre en considération les complexités éthiques associées aux détermi-

nants sociaux, tels que l'appartenance ethnique, à un groupe culturel en particulier, à la trajectoire migratoire et les rapports sociaux de sexe, dans la construction sociale des pratiques de l'excision et de l'infibulation dans les sociétés d'accueil. En parallèle, ces sociétés offrent de plus en plus de chirurgies reconstructives des organes génitaux féminins.

Tel que le déclarent Johnsdotter et Essén (2010) :

> Les procédures impliquant des altérations des organes génitaux féminins sont imbriquées avec les considérations politiques ; elles ne concernent que peu l'anatomie et la physiologie mais sont plutôt intrinsèquement entremêlées avec des normes culturelles, les positions identitaires et communautaires ainsi que les idéologies ancrées dans les valeurs elles-mêmes. Il faut noter par exemple, que le marquage du capuchon du clitoris parmi les femmes venant de pays de l'Afrique est condamné, alors que la réduction du tissu clitoridien dans certains des pays d'Europe est légale et acceptée (Johnsdotter et Esséen 2010 : 35).

Tel que mentionné précédemment, plusieurs auteurs s'entendent pour souligner le fait que la criminalisation des pratiques de l'excision et de l'infibulation peut entraîner des effets adverses inattendus tels que ceux des risques liés aux pratiques clandestines au sein des pays d'accueil, aux pratiques alternatives telles que l'entaille du clitoris ou l'envoi de l'enfant dans le pays d'origine des parents, où la pratique se fera fort probablement dans des conditions sécuritaires limitées (Abusharaf 2006 ; AAP 2010 ; Shell-Duncan 2001, 2008 ; Vissandjée *et al.* 2003). En juin 2011, bien que les pratiques de l'excision et de l'infibulation aient été bannies en Indonésie, des lignes directrices ont été proposées aux médecins par le ministère indonésien de la Santé, et ce, dans le contexte de l'expression, par un nombre d'experts médicaux et de groupes de défense des droits, de préoccupations marquées envers l'accroissement de ces pratiques. Les conséquences de l'adoption de telles lignes directrices sont un autre exemple d'interprétation indue en tant qu'endossement de la procédure et une incitation des médecins à encourager ces pratiques (Udin, 2011).

Au regard des diverses alternatives s'inscrivant dans les approches de réduction de méfaits, Shell-Duncan (2001) explique que la médicalisation de ces pratiques avec une approche compassionnelle visant à prévenir les conséquences négatives sur les filles et les femmes est nécessaire dans les contextes où l'abandon complet des pratiques d'excision et d'infibulation n'est pas immédiatement possible. Jones, Ehiri et Anyanwu, 2004 ajoutent que ces pratiques, en dépit de leur condamnation internationale, ne pourront être

éliminées que lorsque les communautés concernées s'impliqueront dans la mise en place d'alternatives culturellement recevables et n'induisant pas de risques aux filles et aux femmes, tel que le requièrent les préceptes des droits de la personne.

INTERFACES ENTRE SERVICES SOCIAUX ET SERVICES DE SANTÉ

La crainte de la stigmatisation, les perceptions des intervenants que des pratiques telles que l'excision et l'infibulation sont déviantes et requièrent une criminalisation, ont été documentées comme figurant parmi les causes indirectes de non-recours aux services sociaux et de santé par les femmes des communautés concernées dans les sociétés d'accueil (Abusharaf 2006; Heger Boyle et Cotton Corl 2010; Vissandjée *et al.* 2003). Les difficultés de communication en présence de distance linguistique ont également été identifiées comme facteurs dissuasifs de recours aux services sociaux et de santé pour de nombreux immigrants (Vissandjée et Battaglini 2010; Asanin et Wilson 2008; Bartlett, Blais, Tamblyn, Clermont et MacGibbon 2008; Padilla et Villalobos 2007). Un des gestes importants en contexte clinique reste l'établissement d'une relation de confiance, indicateur indéniable de toute situation clinique éthique et de qualité (Nurse.com 2012).

Alors que les familles s'installent progressivement au Canada, de nombreuses femmes devront utiliser le système de santé et de services sociaux, particulièrement durant une grossesse et inévitablement pour un accouchement. Bien que des études aient documenté des conséquences cliniques d'un accouchement à la suite d'une excision ou d'une infibulation, sous forme de saignements incontrôlés ou d'infection, certains des effets à moyen et long terme ne sont pas encore bien compris. Il y a ainsi un risque d'infections vaginales à répétition, de dysménorrhée, de douleurs qui perdurent lors de relations sexuelles, de dystocies et de complications au second stade de l'accouchement. Ce type de conséquences sur la santé peut affecter non seulement celles nouvellement arrivées au Canada, mais aussi celles qui y résident depuis longtemps, alors qu'elles se familiarisent progressivement avec le système de santé du pays d'accueil. Le peu de recours ou de façon progressive est relié surtout à une méconnaissance du système, de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources et enfin, à un certain inconfort face aux intervenants de la santé et des services sociaux (Battaglini *et al.* 2010; Vissandjée *et al.* 2010). Il fut également démontré que des femmes ayant fait l'expérience de ces pratiques traditionnelles tendent à ne pas profiter des

autres services telles les cliniques de santé sexuelle ou de gestion de la douleur, niant une douleur chronique dans la région périnéale.

À la suite d'une recherche menée auprès d'un échantillon de femmes ayant vécu ces expériences, Einstein (2011) rend compte que la douleur lors d'expériences quotidiennes de vie est considérée comme négligeable, vécue comme une condition normale. Cependant, lorsque les femmes furent testées pour des douleurs dans la région vulvaire, Einstein observa que toutes les participantes avaient au moins une zone de la région vulvaire pour laquelle le seuil de tolérance à la douleur induite par pression était plus bas que celui de femmes n'ayant pas vécu ces pratiques traditionnelles mais souffrant de vestibulite vulvaire, une douleur chronique de la région vulvaire (Einstein 2011).

Des études européennes et nord-américaines portant sur les connaissances, les perceptions de l'expérience périnatale de professionnels de la santé ayant œuvré auprès de femmes vivant avec une excision ou une infibulation soulignent le manque de connaissances et de lignes directrices pour la pratique clinique reliées à la nature délicate et complexe des soins requis (Toubia 2000 ; Collinet, Stien, Vinatier et Leroy 2002 ; Jones, 2004 ; Thierfelder, Tanner et Bodiang 2005 ; Delbon et Conti 2008 ; Krasa, 2010 ; Serour 2010 ; SOGC 2012), soit un certain manque de familiarité, un subtil inconfort, une carence de lignes directrices ou encore une incompréhension de ces dernières. À cet effet, il est important de noter que la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada vient tout juste de publier de telles lignes directrices afin de pallier non seulement les risques de graves erreurs lors de la prise en charge de femmes infibulées lors d'un accouchement, mais également ceux liés aux conséquences psychologiques qui peuvent être dévastatrices (SOGC 2012 ; Collinet, Stien, Vinatier et Leroy 2002). Il est attendu que de telles lignes directrices, entre autres modes de soutien aux professionnels de la santé, leur permettent de mieux intervenir, notamment pour diminuer le taux de césariennes qui sont surtout pratiquées par un manque de familiarité et un inconfort général des professionnels de la santé dans les sociétés d'accueil avec les pratiques cliniques de la désinfibulation et de la ré-infibulation (Chalmers et Omer-Hashi 2002 ; Vissandjée *et al.* 2003). Chalmers et Omer-Hashi (2002) rapportent des commentaires perçus comme déplaisants, blessants et teintés de manque de respect de la part de professionnels de la santé durant leur accouchement auprès de 87,5 % des 432 Somaliennes interviewées et ayant donné naissance en Ontario. Les femmes interviewées ont partagé leur inconfort également, dans certaines

circonstances, lorsque des collègues étaient invités à « jeter un coup d'œil » sans avoir au préalable obtenu un consentement de leur part (Abusharaf 2006 ; SERC 2009a ; SERC 2009b ; Vissandjée *et al.* 2003). Plus récemment, des résultats semblables ont été notés en Allemagne et dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest (Krasa 2010).

Tel que soulevé précédemment, et malgré le fait que l'excision et l'infibulation soient souvent comprises comme une forme de violence fondée sur les rapports de genre résultant en conséquences injustifiables pour les femmes, Boddy appelle à la prudence : « Lorsque la circoncision est la norme, les femmes non circoncises sont des prostituées et des parias et les mères circoncisent leurs filles dans l'optique de faire le mieux pour elles, non pour leur faire du mal » (2007 : 5)

Sous la section « Initier et dissoudre une relation médecin-patient » du Code d'éthique de l'Association médicale canadienne (2004), l'article 17 déclare que les professionnels de la santé sont éthiquement obligés de ne pas discriminer : « en offrant le service médical, ne pas discriminer aucun patient sur des bases telles que l'âge, le genre, l'état matrimonial, la condition médicale, l'origine nationale ou ethnique, les handicaps physiques ou mentaux, l'affiliation politique, la race, la religion, l'orientation sexuelle ou le statut socioéconomique ». Il est dès lors clair que toute perception même subtile d'irrespect envers une fille ou une femme sur la base de son vécu d'excision et d'infibulation constitue une violation de l'article 17.

Afin de naviguer à travers des sujets aussi délicats que l'excision et l'infibulation à l'interface du sexe, du genre et de la migration dans le secteur de la santé publique dans les pays d'accueil tels que le Canada, il est nécessaire de renforcer les compétences, la congruence, la compassion, la dignité tout en adoptant des lignes directrices en établissant des partenariats les plus pérennes possible entre les organisations médicales et communautaires (AAP 2010 ; Chalmers et Omer-Hashi 2002 ; Jones 2004 ; Shell-Duncan 2001 ; Krasa 2010 ; Sala et Manara 2001 ; SOGC 2012 ; Toubia 2000).

Le Centre de ressources en éducation sexuelle (*Sexuality Education Ressource Centre* (SERC), basé à Winnipeg dans le Manitoba, compte parmi les organismes non gouvernementaux (ONG) reconnus au Canada pour offrir des soins sensibles et adaptés aux filles, aux femmes et aux familles lorsque requis. Une étude de cas illustrant les interactions entre le SERC et des femmes qui le fréquentent permettra aux lecteurs d'ancrer les éléments de discussion présentés précédemment dans les paroles mêmes de celles vivant des expériences associées à l'excision et à l'infibulation.

L'objectif de la prochaine section est de souligner l'importance d'une pratique profondément sensible et réflexive à l'aide d'une illustration de la complexité des enjeux socioculturels soulevés dans le cadre d'un processus dialogique entre une diversité de femmes, d'hommes et de membres d'une organisation communautaire.

NOUS, NOS FILLES : UN PROJET MENÉ PAR SERC ANCRÉ DANS LES PAROLES DES FEMMES

En dépit du fait que l'immigration soit une réalité notable dans des villes comme Toronto, Vancouver et Montréal, Winnipeg voit sa part d'immigrants croître. Au Manitoba, le taux d'immigration s'est accru exponentiellement dans la dernière décennie, en partie depuis l'instauration du « Provincial Nominee Program » et un engagement efficace, depuis de nombreuses années, de la province dans l'assistance à la relocalisation des réfugiés au Canada. Au fil des années, des familles provenant de divers pays de l'Afrique ont ainsi trouvé refuge au Manitoba (MacKay et Tavares 2005). Il est à noter qu'au cours de la dernière décennie, au moins sept des dix principaux pays d'origine des réfugiés sont des pays d'Afrique, notamment l'Éthiopie, le Soudan, l'Érythrée, l'Égypte et le Sierra Leone, pays dans lesquels l'excision et l'infibulation présentent des prévalences variant entre 74,3% et 97,9% (WHO, 2008).

Depuis 25 ans, l'organisme SERC, en collaboration avec des centres d'accueil à Winnipeg et à Brandon, répond aux besoins des immigrants, principalement de nouveaux arrivants, incluant des réfugiés. La principale mission du SERC est de promouvoir la santé génésique et sexuelle par l'éducation. Au cœur de ce travail d'éducation et de prévention, les membres de l'organisme SERC interviennent en considérant les dimensions inter-reliées à la santé génésique et sexuelle avec une approche holistique, notamment en prenant en considération l'influence des interfaces entre la santé et les valeurs et normes culturelles, les rapports de genre, les questions identitaires ainsi que les expériences migratoires.

Depuis 2009, par l'initiative d'une communauté de nouveaux arrivants à Winnipeg, l'organisme SERC élabore et implante des interventions assurant la prise en compte des traditions culturelles associées aux pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation. Les intervenantes et intervenants de l'organisme SERC travaillent étroitement avec les femmes, les hommes, les familles et les membres des communautés immigrantes ainsi

qu'avec les professionnels de la santé afin de réduire le plus possible les risques de stigmatisation et favoriser le climat de confiance de part et d'autre pour des interventions et des échanges de qualité. Aborder des questions aussi controversées que l'excision et l'infibulation requiert une approche itérative, processuelle et consensuelle pour construire une relation de confiance avec la communauté, base essentielle et durable d'un partenariat réussi. Les membres de l'organisme SERC partagent donc régulièrement avec la communauté qu'elle dessert son approche visant la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les actions visant la réduction de conséquences néfastes pour la santé lorsqu'il s'agit d'enjeux liés à la santé génésique et à la santé sexuelle. En référence à l'excision et à l'infibulation entre autres pratiques, les membres de l'organisme SERC adhèrent à l'approche suivante : « Adopter un ensemble de stratégies qui encouragent les personnes à réduire les conséquences négatives pour elles-mêmes et pour les membres de leur communauté, par le biais d'un partage d'informations pertinentes, de données, d'outils et de lignes directrices qui guident vers une prise de décision éclairée ». Les membres de l'organisme SERC promeuvent la reconnaissance des compétences et des capacités des personnes pour se protéger elles-mêmes, leurs proches et leurs communautés (Ormond 2002, p. 26), (Manitoba Harm Reduction Network (the 595 Prevention Team)).

ASPECTS ÉTHIQUES SOULEVÉS PAR LES FEMMES ET LEUR FAMILLE DANS DES COMMUNAUTÉS PRATIQUANT L'EXCISION ET L'INFIBULATION : RECADRER LE CONCEPT DE « CONSÉQUENCES »

À la suite de certains discours discordants, aborder un sujet tabou et culturellement sensible a exigé des intervenants du SERC de revoir certains présupposés, à réajuster les visions du monde de part et d'autre des divers acteurs engagés dans les rencontres et interventions. La conversation ci-dessous entre des jeunes femmes participant à un groupe de discussion constitue un exemple évocateur :

> *– Cela peut causer des problèmes de santé pour la femme. Le désir sexuel peut aussi être réduit. Cela peut même affecter la fertilité. Elle peut devenir infertile.*
>
> *– Je ne me rallie pas à ton point de vue. Veux-tu dire que certains organes sont blessés conséquemment à la circoncision féminine ?*
>
> *– Non, je ne crois pas qu'elle peut devenir infertile à cause de la circoncision. La partie fertile du corps humain n'est pas à l'endroit où la circoncision est pratiquée.*

– *Elle peut avoir des problèmes durant le travail.*

– *Peut-être…*

– *Je ne crois pas que cela entraîne des problèmes durant le travail. Le travail est un processus naturel. Alors ce problème de travail arrive naturellement. Il n'y a pas de lien entre la circoncision et le travail. Il peut y avoir d'autres problèmes.*

– [*La circoncision*] *est normale dans* [*mon pays*]. *Est-ce que cela entraîne des effets secondaires ?*

– *Je me rappelle quelque chose qu'ils ont dit ; «fistule», fistule pour l'urine et fistule pour les selles. À cause de la circoncision.*

- *Qu'est-ce que c'est une fistule ?*

(Groupe de femmes, SERC Community Report 2011b : 21.)

Il a déjà été documenté que nombreuses sont les immigrantes issues de certains pays pratiquant l'excision et l'infibulation qui ne connaissent que peu les conséquences à long terme sur leur santé de ces pratiques traditionnelles. À cet égard, et tel que mentionné précédemment, on peut noter les infections urinaires récurrentes, des dysménorrhées, des douleurs chroniques dans la région périnéale et les complications lors de l'accouchement (Einstein 2011 ; Obermeyer 2005). Il est souvent accepté que si une femme éprouvait des douleurs ou des maladies, c'était l'œuvre d'un mauvais esprit ou d'une malédiction. Plusieurs femmes fréquentant les ateliers organisés par les membres de l'organisme SERC ont ainsi partagé ce type de croyances quant au rôle des forces surnaturelles dans la régulation des causes et des effets dans plusieurs aspects de leur vie.

Parmi celles participant aux ateliers des membres de l'organisme SERC, d'autres femmes indiquent qu'elles ont eu l'occasion d'être exposées à des campagnes anti-excision et anti-infibulation ainsi qu'à des actions accompagnant des modifications de lois relativement aux pratiques de l'excision et de l'infibulation, soit dans leur pays d'origine, soit dans celui d'accueil. Ces campagnes ne semblent cependant pas avoir contribué efficacement à un partage d'informations visant la compréhension des effets ou des méfaits potentiels découlant de ces pratiques. Une femme, pendant une session de groupe, partageait ceci :

Nous avons obtenu de l'information sur l'arrêt de pratiques telles que l'excision et l'infibulation [*des campagnes dans notre pays d'origine*] *mais les désavantages n'étaient pas clairs pour moi. Je suis venue en classe et j'en sais plus maintenant à ce sujet. Avant je me demandais,*

> *« Pourquoi devrions-nous nous couper nous-mêmes ? ». Maintenant je comprends mieux les désavantages… et j'ai obtenu plus d'information du groupe* (Femme, SERC Community Report 2011b : 5).

Pour plusieurs femmes, l'excision et l'infibulation n'étaient pas toujours vues comme des pratiques nuisibles ; elles étaient plutôt perçues comme une étape nécessaire pour accéder à un certain statut personnel, social, légal et économique au sein de la communauté et de la société. C'était là une des raisons perçues pour que cette pratique soit perpétuée par et avec des femmes pour leurs filles :

> *Une mère pratique l'excision et l'infibulation parce qu'elle aime son enfant et qu'elle souhaite la protéger. Nous ne sommes pas honteuses de notre culture, nous en sommes fières* (Femme, SERC Preliminary Focus Groups Report 2011c : 5).

> *Par ce type d'actions, elle reconnaît qu'elle aime son enfant. Ne victimise pas les femmes* (Leader communautaire, SERC Community Report 2011a : 27).

> *Ici la culture est différente de celle dans notre pays. À la maison, si un enfant n'est pas circoncis, il y a stigmatisation. Elle aura moins de chance de se marier. Lorsque les hommes constatent qu'elle n'est pas circoncise, elle aura une vie sans paix* (Femme, SERC Focus Groups Report 2011c : 10).

> *La raison expliquant la circoncision féminine est de la rendre polie, de prévenir qu'elle devienne hyperactive, de la protéger contre la sexualité extra-maritale, de prévenir qu'elle se conduise mal* (Femme, SERC Community Report 2011b : 11).

> *Je sais qu'elles font cela pour protéger leurs filles ; elles croient fermement que leur fille ne sera alors pas violée facilement* (Homme, SERC Community Report 2011b : 29).

Tant des hommes que des femmes partagent ces points de vue. Comme le disait un homme lors d'une une session éducative, où le but était de discuter le changement :

> *Nous n'avons pas de poids. Qui devons-nous écouter ? La culture orale qui fut transmise par les anciens depuis des milliers d'années ou cette information plus récente ?* (Homme, SERC Focus Groups Report 2011c : 11).

Il est d'intérêt de noter que la reconnaissance de « conséquences néfastes » est ancrée dans la croyance exprimée par plusieurs femmes, particulièrement les plus âgées, que la vie d'une femme est inextricablement liée à la souffrance. Dans les sociétés où l'accouchement et les pratiques telles l'excision et l'infibulation sont pratiquées sans anesthésie, l'éventualité d'endurer la douleur est ancrée dans l'histoire profonde d'une famille. Une telle association des femmes à la souffrance dans plusieurs communautés issues de

divers pays d'Afrique est relatée ici lors d'un des groupes de discussion mené par des membres de l'organisme SERC.

> *Même si cela fait mal, en tant que femme nous n'ouvrons pas notre bouche et ne le disons pas* (Femme, SERC Community Report 2011b : 12).

> *J'ai entendu dire que plusieurs divorces sont le résultat de questions sexuelles. Dans notre pays, si vous demandez à une femme la cause du divorce, elle dit* [*mot dans notre propre langage*] *« … Je ne veux plus vivre là… » Elle n'ouvre pas la bouche et ne parle pas. Lorsque nous ne parlons pas, le traumatisme ne peut pas être exprimé* (Femme, SERC Community Report 2011b : 12).

Il est ainsi attendu que les femmes fassent passer les besoins des autres avant les leurs, ramenant ainsi au second plan leur propre souffrance. Lorsque les femmes partagent de tels sentiments personnels, cela devient un défi pour des organismes tel le SERC que de créer, de façon durable, un espace dans lequel les femmes peuvent, en toute confiance, s'exprimer sur leurs expériences, positives et négatives, et sur des événements difficiles, sans que les intervenants et les femmes elles-mêmes transcendent au-delà de ce précieux silence, que de nombreuses femmes privilégient pour préserver leur identité et rester saines psychologiquement.

VERS UNE APPROCHE ÉTHIQUEMENT SENSIBLE ET LIBRE DE JUGEMENT

Peu de pratiques soulèvent autant de réactions viscérales chez les femmes et les hommes dans les pays d'accueil de l'immigration, tel le Canada, où ces pratiques sont interdites. Le fait que les femmes soient généralement les gardiennes de cette tradition, que ces pratiques soient si répandues parmi certains groupes, que les conditions où elles sont pratiquées sont souvent peu sanitaires dans des régions éloignées et que ces pratiques affectent les petites filles, comptent parmi les défis que doivent relever les intervenants de la santé et ceux dans la communauté. Le principal défi est celui de donner des soins de qualité, dénués de tout jugement, sensibles au genre et à l'éthique : la clef du succès du travail en collaboration que les membres de l'organisme SERC ont mis en place vers la promotion de changements de comportements de façon progressive et avec prudence.

Certaines femmes œuvrant en collaboration avec les membres de l'organisme SERC lors du partage de leurs expériences des campagnes anti-excision et anti-infibulation dans leur pays d'origine, réalisent qu'elles ont contribué à des actions criminelles. Elles discutent également de la confusion

qui plane souvent quant aux messages, à la nature et à la cible de certaines campagnes publicitaires. L'une d'elles rapporte :

> *À la TV, ils disent que lorsqu'une fille est circoncise, ses droits sont bafoués.* (Femme, SERC Community Report 2011b : 12).

La conséquence d'une certaine confusion et d'une polarisation des idées et des actions devient ainsi inévitable.

Les enjeux soulevés précédemment représentent des « ingrédients » essentiels qui sont intégrés dans les sessions de formation que les membres de l'organisme SERC s'engagent à mettre en place en collaboration avec les femmes de la communauté, notamment pour des sujets qui sont à risque de déclencher des situations de controverse. Alors que les sages-femmes doivent composer avec des questions éthiques découlant de requêtes de ré-infibulation, parfois de la part des maris, parfois des femmes elles-mêmes, certains obstétriciens ne s'arrêtent pas toujours aux impératifs éthiques de la fine frontière entre réparer une plaie ouverte suite à un accouchement (épisiotomie) et une ré-infibulation. De nombreux écrits rappellent que des médecins occidentaux ont effectué cette forme de ré-infibulation depuis des décennies, sous le prétexte de rajouter « un point de suture supplémentaire pour le mari » (SERC Community Report 2011b).

Au cours des ateliers de formation, certains professionnels de la santé ont parlé de l'importance du rôle des femmes dans leur famille, dans leur communauté et des conséquences perçues dans la communauté quant à la décision associée à une requête de ré-infibulation. Il semble que des effets profonds peuvent être engendrés sur l'identité de la personne par rapport à son groupe et sa communauté, les attentes d'un « bon » mariage, et sur le statut de façon générale au sein de sa communauté. Lors d'un colloque organisé en février 2012 par les membres de l'organisme SERC sur les approches cliniques à adopter face aux pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation au Canada, une des intervenantes, médecin de formation, a mis l'auditoire au défi de réfléchir aux droits des femmes et des conséquences éthiques dans leur pratique pour des professionnels de la santé qui se doivent également d'être sensibles à la réduction des conséquences néfastes de toute action dans le quotidien.

C'est ainsi que les intervenantes et les intervenants de l'organisme SERC se dédient à adopter une pratique éthique et réflexive sur une base soutenue, d'éviter le risque de jugements de valeur afin de ne pas marginaliser de façon indue les nouvelles immigrantes. Il s'avère qu'une personne issue de

la communauté assistant aux séances de formation devient une contribution essentielle permettant de replacer les normes relatives à la normalité de telle ou telle pratique. En présence d'une telle personne lors des séances d'information et de formation, les discussions finissent par porter sur des dichotomies erronées telles celles opposant «liberté» à «oppression», «eux» à «nous», «sensible» à «insensible» s'agissant de la qualité des services et des soins, dans une perspective de justice sociale, et ce, dans un environnement le moins parsemé de perceptions biaisées par rapport à ces pratiques (Tharao et Cornwell 2007). Les contacts soutenus entre les membres de l'organisme SERC, les femmes, les hommes et les familles permettent ainsi une meilleure compréhension de part et d'autre des valeurs, des normes, des compétences et capacités visant une instauration de façon progressive d'un climat de confiance, des conseils sur des approches pratiques et ultimement des interventions de qualité.

En Suisse, un partenariat entre des intervenants communautaires, des acteurs professionnels et des amateurs ayant vécu des expériences migratoires a permis de mettre en place une pièce de théâtre en anglais, en français et en somalien dans le but de sensibiliser le public. Cette pièce visait le retrait de toute forme d'accusation, de jugement relativement aux pratiques traditionnelles, construisant ainsi une atmosphère de confiance pour les sessions de discussion à la suite de la performance théâtrale (Migration und Gesundheit 2012).

Comme discuté précédemment, par ses mandats et sa mission de favoriser la confiance et d'encourager des comportements aussi spontanés que possible lors des échanges d'information et de formation, l'un des défis qui se posent aux membres de SERC est d'éviter des réactions fortes au sein des communautés et entre les groupes. Les membres de l'organisme SERC agissent en intégrant de façon prudente certains des enjeux associés à la sexualité de façon générale. Selon les réactions des participants et de leurs besoins, des thèmes additionnels sont alors ajoutés. Un des mandats de l'organisme SERC est de viser l'acquisition de compétences et la gestion des réactions trop émotives.

Un autre défi de nature éthique lors des séances de formation est celui d'avoir recours ou non à des organismes partenaires tels que les services de protection de l'enfance et les forces de la loi. Il existe à Winnipeg des initiatives visant à construire, sur une base collaborative, une meilleure compréhension du rôle que ces institutions jouent dans la prévention, la protection et le soutien. Les nouveaux arrivants sont simultanément encouragés à

exprimer leurs points de vue sur ces institutions. Il est important de souligner ici qu'aucun de ces acteurs n'a participé à ce jour aux groupes de discussion de l'organisme SERC afin de protéger les liens de confiance, si difficiles à établir.

Enfin, à titre de conclusion, il s'agit d'examiner les exigences du code d'éthique de l'Association médicale canadienne (article 12). Ces dernières stipulent, entre autres, qu'il faut : « pratiquer la profession de médecine d'une façon qui traite le patient avec dignité et comme une personne digne de respect ». Ceci implique un engagement à reconnaître la valeur intrinsèque et la dignité du contexte de vie des personnes, un contexte différent pour une femme et un homme. Il a été soulevé que certaines réactions, parfois non souhaitées, de professionnels de la santé, peuvent alimenter la perception d'une stigmatisation par des femmes des communautés concernées. Il n'est donc pas superflu de réitérer l'importance de l'obligation déontologique des professionnels de la santé d'offrir des soins éthiques, compassionnels et de qualité, surtout lorsque les situations deviennent plus complexes.

Un partenariat entre le secteur de la santé publique et les organisations communautaires visant un véritable engagement des femmes et des hommes des communautés pratiquant l'excision et l'infibulation est une des voies privilégiées vers la construction de lignes directrices cliniques plus conformes et sensibles aux défis de la pratique clinique. La nature complexe des interventions en première ligne exige ainsi des professionnels de la santé de mettre en pratique les principes et les valeurs fondamentales de leur éthique professionnelle, tels la compassion, la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect et la justice.

RÉFÉRENCES

American Academy of Pediatricians (AAP), 2010. « Policy Statement-Ritual Genital Cutting of Female Minors, Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics », DOI : 10.1542/peds.2010-0187.

Abdulcadir J., Margairaz C., Boulvain M. et Irion O., 2011, « Care of women with female genital mutilation/cutting », *Swiss Medical Weekly : The European Journal of Medical Science, 140*, 1-8.

Abusharaf R.M. 2006, *Female Circumcision : Multicultural Perspectives*, Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

Asanin J. et Wilson K., 2008, « "I spent nine years looking for a doctor" : Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada », *Social Science & Medicine, 66*, p. 1271-1283.

Bartlett G., Blais R., Tamblyn R., Clermont R. et MacGibbon B., 2008, « Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings », *Canadian Medical Association Journal, 178*(12), 1555-1562.

Battaglini A., 2010, *Santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique*, Éditions Rémi Saint Martin, Québec.

Beckett C. et Macey M., 2001, « Race, gender and sexuality : The oppression of multiculturalism », *Women's Studies International Forum*, 24 : 309-319.

Boddy J., 2007, « Gender crusades : The female circumcision controversy in cultural perspective », dans Y. Hernlund et B. Shell-Duncan (dir.), *Transcultural Bodies : Female Genital Cutting in Global Context,* New Brunswick, New Jersey, and London : Rutgers University Press, p. 1-45.

Canadian Medical Association (CMA), 2004, *CMA Code of Ethics*, retrieved from : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD04-06.pdf>.

Chalmers B. et Omer Hashi, K., 2000. « 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation », Birth, 27, 4, p. 268-243.

Chalmers B. et Omer-Hashi K., 2002, « What Somali women say about giving birth in Canada », *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 20*(4), p. 268-282.

Collinet P., Stien L., Vinatier D. et Leroy J.L., 2002, « Management of female genital mutilation in Djibouti : The Peltier General hospital experience », *Embase Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 81*(11), p. 1074-1077.

Cook R. et Dickens B., 2010, « Special commentary on the issue of reinfibulation », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 109*, p. 97-99.

Cook R., Dickens B. et Fathalla M., 2002, « Female genital cutting (mutilation/circumcision) : Ethical and legal dimensions », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 79*(3), p. 281-287.

Davis D.S., 2010, « Ritual genital cutting of female minors », *Pediatrics, 125*(5), p. 1088-1093.

Delbon P. et Conti A. (2008). « Female genital mutilation in Europe : Ethical and legal considerations », *Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza, 6*(2), p. 28-36.

Dhar J. et Herieka E., 2003, « Female genital mutilation in the Sudan : Survey of the attitude of Khartoum University students towards this practice », *Sexually Transmitted Infections*, 79 : p. 220-223.

Dorkenoo E., 1994, *Cutting the Rose, Female Genital Mutilation : The Practice and its Prevention,* London : Minority Rights Publications.

Einstein G., 2011, « Situated neuroscience : Exploring a biology of diversity », dans R. Bluhm, H. Maibom et A.J. Jacobson (dir.), *Neurofeminism : Issues at the Intersection of Feminist Theory and Cognitive Science*, London, England : Palgrave McMillan.

Equality Now, 2010, « Equality Now Calls on American Academy of Pediatrics to Revoke Elements of its Policy Statement that Endorses Pediatricians

"Nicking" of Girls Genitalia », by L. Anantnarayan, May 5, New York, PRNewswire-USNewswire.

Fabio Turone M., 2004, « Controversy surrounds proposed Italian alternative to female genital mutilation », *British Medical Journal*, 328 : p. 247.

FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, FIGO Committee on Women's Sexual and Reproductive Rights, 2006, « Female genital cutting », *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 94*(2), p. 176-177.

Heger Boyle E. et Cotton Corl A., 2010, « Law and culture in a global context : Interventions to eradicate female genital cutting », *The Annual Review of Law and Social Science, 6*, p. 195-215.

Hernlund Y. et Shell-Duncan B., 2007, *Transcultural Bodies : Female Genital Cutting in Global Context*, New Brunswick, New Jersey, and London : Rutgers University Press, p. 1-45.

Jirovsky E., 2010, « Views of women and men in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, on three forms of female genital modification », *Reproductive Health Matters, 18*(35), p. 84-93.

Johnsdotter S. et Essén B., 2010, « Genitals and ethnicity : The politics of genital modifications », *Reproductive Health Matters, 18*(35), p. 29-37.

Jones, Ehiri & Anyanwu, 2004. « Female genital mutilation in developing countries : an agenda for public health response. » *European Journal of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology, 116*(2), p. 144-151.

Korfker D., Reis R., Marlies R., Meijer-van Asperen S., Read L., Sanjuan M., Hershderfer K. et S. Buitendijk, 2012, « The lower prevalence of female genital mutilation in the Netherlands : A nationwide study in Dutch midwifery practices », *International Journal of Public Health, 57*, p. 413-420.

Krasa K., 2010, « Human rights for women : The ethical and legal discussion about female genital mutilation in Germany in comparison with other Western European countries », *Medicine, Healthcare and Philosophy, 13*(3), p. 269-278.

MacKay T. et Tavares T., 2005, *Building hope : Appropriate programming for adolescent and young adult newcomers of war-affected backgrounds and Manitoba schools : A preliminary report for consultation and discussion,* <http://www.edu.gov.mb.ca/k12/cur/eal/building_hope.html>.

Macklin A., 2006, « The double-edged sword », dans R.A Mustafa Abusharaf (dir.), *Female Circumcision : Multicultural Perspectives,* Philadelphia : University of Pennsylvania Press, p. 207-223.

Migration und Gesundheit, 2012, *Tough Decision*, Federal Office of Public Health, Switzerland.

Nurse.com (2012). *Effective communication means better patient safety*, <www.nurse.com>.

Obermeyer C., 2005, « The consequences of female circumcision for health and sexuality : An update on the evidence », *Culture, Health, and Sexuality, 7*(5), *p.* 443-461.

Ormond M., 2002, *Harm reduction : Considered and applied,* Ottawa : Health Canada, <http://library.catie.ca/PDF/P14/21308.pdf>.

Padilla Y. et Villalobos G., 2007, « Cultural responses to health among Mexican American women and their families », *Family Community Health, 30*(15), p. 524-533.

Riley D. et O'Hare P., 1998, *Harm reduction : Policy and practice », Policy Options*, <http://www.irpp.org/po/archive/oct98/riley.pdf>.

Rogo K., Subayi T. et Toubia N., 2007, *Female Genital Cutting, Women's Health, and Development : The Role of the World Bank*, Washington, D.C : The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

Sala R. et Manara D., 2001, « Nurses and requests for female genital mutilation : Cultural rights versus human », *Nursing Ethics, 8*(3), p. 247-258.

Serour G.I., 2010, « The issue of reinfibulation », *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 109* : p. 93-96.

Sexuality Education Resource Centre (SERC), 2009a, *Our Selves, Our Daughters : Community-Based Education and Engagement Addressing Female Genital Cutting (FGC) with Refugee and Immigrant African Women in Winnipeg 2010-2011*, Winnipeg : SERC.

Sexuality Education Resource Centre (SERC), 2009b, *Our Selves Our Daughters : Women, Men, and Youth's Perspectives of Female Genital Cutting and Change*, Winnipeg : SERC, <http://www.serc.mb.ca/content/dload/download.2012-04-24.3032954255/file>.

Shell-Duncan B., 2001, « The medicalization of female "circumcision" : Harm reduction or promotion of a dangerous practice ? », *Social Science & Medicine, 52*, p. 1013-1028.

Shell-Duncan B., 2008, « From health to human rights : Female genital cutting and the politics of intervention », *American Anthropologist, 110*(2), p. 225-236.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2012, *Female Genital Cutting/Mutilation : SOGC policy statement,* No. 272. <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui272PS1202E.pdf>.

Stewart M., Neufeld A., Harrison M., Spritzer D., Hughes K. et Makwarimba E., 2006, « Immigrant women family caregivers in Canada : Implications for policies and programmes in health and social sectors », *Health and Social Care in the Community, 14*(4), p. 329-340.

Tharao W. et Cornwell L., 2007, « Feminist leadership and female genital mutilation in Canada », dans Massaquoi N. et Wane N. (dir.), *Theorizing Empowerment : Canadian Perspectives on Black Feminist Thought*, Toronto : Inanna Publications.

The New York Times, 2012, « German ruling against circumcising boys draws criticism by Kulish ». June 26, Berlin.

Thierfelder C., Tanner M. et Bodiang C.M.K., 2005, « Female genital mutilation in the context of migration : Experience of African women with the Swiss health care system », *European Journal of Public Health, 15*(1), p. 86-90.

Toubia N. et Sharief E., 2003, « Female genital mutilation : Have we made progress ? », *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 82*, p. 251-261.

Toubia N., 2000, *Female Genital Mutilation : A Guide to Laws and Policies Worldwide*, London, UK : Zed books.

Toubia N., 1994, « Female circumcision as a public health issue », *The New England Journal of Medicine*, p. 712-716.

Turillazzi E. et Fineschi V., 2007, « Female genital mutilation : The ethical impact of the new Italian law », *Journal of Medical Ethics, 33*(2), p. 98-101.

Udin J., 2011, « Indonesia : Female genital mutilation regulations mistaken as endorsement, experts fear », *IRIN News*, <www.yubanet.com>.

Vissandjée B. & A. Battaglini, 2010, « Santé des femmes : A la croisée des questions de genre, ethnicité et migration », in A. Battaglini (ed), *Santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique*. Québec, Éditions Rémi Saint Martin.

Vissandjée B., Kantiébo M., Levine A. et N'Dejuru R., 2003, « The cultural context of gender identity : Female genital circumcision, excision and infibulation », *Health Care for Women International, 24*(2), p. 115-124.

Wang L., 2007, « Immigration, ethnicity, and accessibility to culturally diverse family physicians », *Health & Place, 13*, p. 656-671.

World Health Organization (WHO), 2012, *Female genital mutilation,* Fact sheet N°241, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.

World Health Organization (WHO), 2008, *Eliminating female genital mutilation : An interagency statement,* <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html>.

Notes biographiques

Robert Bastien, Ph.D (éducation), est chercheur en santé publique, professeur adjoint de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et chercheur affilié au CSSS-CAU Jeanne-Mance. Ses intérêts de recherche sont l'étude des pratiques de santé publique, les métiers relationnels et, plus récemment, les politiques publiques et sociales ainsi que l'histoire de l'instruction et de la santé publique. Robert Bastien est un chercheur qui s'intéresse à saisir le temps présent en le mettant à l'épreuve du passé pour prendre toute la mesure, dans une optique critique, du sens que l'on accorde à l'innovation et aux inégalités sociales.

Catherine Bolduc détient une maîtrise en service social de l'Université de Montréal. Au cours de ses études, elle s'est intéressée à l'intervention auprès des auteurs de violence conjugale dans un contexte de contrainte. En tant qu'assistante de recherche, elle a également travaillé sur un projet portant sur le point de vue d'intervenantes psychosociales quant à l'utilisation de l'approche de réduction des méfaits auprès des femmes victimes de violence conjugale. Catherine occupe maintenant un poste d'intervenante chez Option, un organisme offrant des services aux adultes ayant des comportements violents dans leur relation conjugale et familiale.

Pierre Brisson, M. Sc. (communications), est enseignant dans le domaine des toxicomanies pour les universités de Montréal et de Sherbrooke, et expert-formateur à l'INSPQ. Il a dirigé l'édition de trois collectifs multidisciplinaires, *L'usage des drogues et la toxicomanie* (Gaëtan Morin, 1988 ; 1994 ; 2000) et il a faire paraître en 2010 *Prévention des toxicomanies. Aspects théoriques et méthodologiques* aux Presses de l'Université de Montréal. Il est membre fondateur de la revue scientifique *Drogues, santé et société,* et ses intérêts portent sur les aspects historiques, sociaux et culturels du phénomène drogue.

Marie-Ève Bouthillier, Ph. D. (bioéthique), est éthicienne clinique et chef de l'unité d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Laval. Ses intérêts de recherche se concentrent sur l'éthique et la réduction des méfaits, sur la participation du public dans l'élaboration des politiques publiques et des plans d'intervention pendant les pandémies.

Shereen Denetto, MSW, est coordonnatrice des projets spéciaux au Sexuality Education Resource Centre, Manitoba. Elle a travaillé au cours des six dernières années à la coordination de projets d'éducation et d'engagement communautaire dans les communautés de réfugiés et d'immigrants en s'intéressant particulièrement aux questions relatives à la sexualité dans le contexte des processus d'adaptation et d'acculturation. L'un des projets en cours met l'accent sur la recherche communautaire et l'éducation en lien avec les mutilations sexuelles dans les communautés de nouveaux arrivants concernées. Elle possède aussi une large expérience dans le développement communautaire, l'intervention de crise et la prévention de la violence.

Jean-Sébastien Fallu, Ph. D. (psychologie), est professeur agrégé à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal. Il a réalisé un stage postdoctoral au Centre de toxicomanie et de santé mentale, affilié à l'Université de Toronto. Ses recherches portent principalement sur l'étiologie et la prévention des problèmes de toxicomanie à l'adolescence et il agit en tant que consultant et conférencier en ces matières. M. Fallu est aussi le président-fondateur du Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (GRIP Montréal), un organisme œuvrant en prévention des toxicomanies en milieux festifs et scolaires.

Sonia Gauthier, Ph. D., est professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est chercheure au CRI-VIFF et à l'Observatoire canadien sur les mesures judiciaires prises pour contrer la violence conjugale. Ses travaux de recherche portent sur la judiciarisation des événements de violence conjugale. Elle se préoccupe également des risques de victimisation secondaire associée à l'intervention judiciaire criminelle.

Paul-André Lévesque, Ph. D. (sociologie), a travaillé sur plusieurs recherches se rapportant à différents enjeux de la lutte contre le VIH auprès des populations marginalisées : représentations du risque, évaluation des pratiques d'intervention, représentations des actions intersectorielles, etc. Dans le cadre de sa thèse de doctorat (UQAM) et de son postdoctorat (IRIS-EHESS), il s'est intéressé à l'analyse des modes de légitimation des politiques québé-

coises de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie, ainsi qu'aux stratégies de régulation sociale issues de celles-ci. Il est en ce moment chercheur au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

Raymond Massé, Ph. D., est professeur titulaire au département d'anthropologie de l'Université Laval, à Québec, où il enseigne l'anthropologie médicale et l'anthropologie de l'éthique et de la morale. De 1998 à 2002, il a coordonné le Groupe éthique et santé publique du Réseau éthique clinique du Fonds de la recherche en santé du Québec. De 2008 à 2011, il a mis sur pied et coordonné le réseau stratégique en éthique et santé des populations au sein du Réseau de recherche en santé des populations du Québec. L'éthique de la santé publique constitue son principal axe de recherche et de publication des 15 dernières années.

Paula Migliardi, M.A., Sexuality Education Resource Centre. Paula possède une formation en anthropologie et termine actuellement un doctorat à l'Université du Manitoba. Paula travaille actuellement comme coordonnatrice en recherche et évaluation de programme pour le Sexuality Education Resource Centre (SERC). Son travail porte principalement sur la conception et le développement de protocoles d'évaluation, et la mise sur pied de projets et de programmes d'évaluation pour cette agence. Intéressée par la recherche communautaire, Paula intègre les principes de la recherche participative dans les activités d'évaluation. À travers ses mandats en recherche évaluative dans le champ de la sexualité et de la santé sexuelle, elle travaille en étroite collaboration avec des partenaires de diverses communautés immigrantes.

Isabelle Mondou, M.D., M.A. (bioéthique), est conseillère en éthique à la Direction de santé publique de Montréal et coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Elle est professeure adjointe de clinique au Département de médecine sociale et préventive de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. L'éthique en santé publique constitue l'un de ses principaux champs d'intérêt.

Lyse Montminy, Ph. D., est professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est codirectrice du CRI-VIFF. Ses recherches portent principalement sur la violence conjugale vécue chez les couples âgés et chez les femmes autochtones, et sur les interventions auprès des femmes vivant de la violence conjugale.

Jodi Proctor, B.A. (développement international), est une travailleuse sociale féministe et une organisatrice communautaire basée à Montréal. Elle étudie présentement en travail social à l'Université McGill. Ses champs d'intérêt incluent les pratiques de travail social anti-oppressif ainsi que l'analyse éthique des évaluations et des interventions transculturelles dans les professions d'aide et dans les modèles féministes d'*empowerment* et du changement social.

Bilkis Vissandjée, Ph. D., est professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheure au Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne, ainsi qu'à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Son principal intérêt en recherche réside dans les défis que pose la prestation de soins de qualité dans un contexte interculturel et linguistiquement diversifié, selon une perspective tenant compte du genre, de l'appartenance ethnique, des expériences d'immigration et de l'équité. Elle a contribué, en collaboration avec diverses ONG, à l'élaboration et l'implantation de programmes adaptés au contexte de vie de nouveaux arrivants au Québec et au Canada présentant des conditions telles que la tuberculose et le diabète de type 2.

Au cours des dernières décennies, dans ses efforts pour lutter contre les comportements à risque pour la santé des citoyens, la santé publique a élargi son éventail d'interventions. La lutte inconditionnelle aux pratiques et aux habitudes de vie délétères à la santé cohabite désormais avec une approche plus tolérante qui vise, avec pragmatisme et humanisme, la réduction des risques et des méfaits, plutôt que l'élimination de ces pratiques. L'approche, initialement mise en œuvre dans le champ de la toxicomanie, s'étend aujourd'hui largement à d'autres domaines tels ceux de la violence conjugale et des mutilations sexuelles. Quels critères faut-il retenir pour définir les pourtours de cette approche ? Comment a-t-elle été institutionnalisée ? Avec quelles conséquences ? Quels en sont les fondements et les limites éthiques ? Quelles sont les interactions entre les enjeux sociaux et politiques de son développement dans l'histoire des politiques de santé au Québec et ailleurs dans le monde ? Les auteurs de cet ouvrage font le point sur l'état de ces questions et ouvrent de nouveaux horizons.

Robert Bastien
Catherine Bolduc
Pierre Brisson
Marie-Ève Bouthillier
Shereen Denetto
Jean-Sébastien Fallu
Sonia Gauthier
Paul-André Lévesque
Raymond Massé
Paula Migliardi
Isabelle Mondou
Lyse Montminy
Jodi Proctor
Bilkis Vissandjée

Visitez les Presses
www.pulaval.com

ISBN 978-2-7637-9878-3
9 782763 798783
Presses de l'Université Laval
Éthique