
Problèmes éthiques liés à des pratiques d'échange de seringues et d'accès à la méthadone

Marie-Ève Bouthillier,

Ph. D., consultante en éthique au CSSS de Laval et
coordonnatrice de recherche au Groupe de recherche en
bioéthique (GREB), Université de Montréal

Andrée Demers,

Ph. D., professeur agrégé, directrice du Groupe de
recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la
prévention (GRASP), Université de Montréal

Robert Bastien,

Ph. D., chercheur à la Direction de santé publique de
Montréal, Département de médecine sociale et préventive,
Université de Montréal

Hubert Doucet,

Ph. D., professeur en bioéthique et directeur
du Groupe de recherche en bioéthique (GREB),
Université de Montréal

Correspondance :

Marie-Ève Bouthillier

5791, rue Cartier

Montréal (Québec) H2G 2V1

514 272-5434

Courriel : m-eve.bouthillier@videotron.ca

Résumé

Cet article traite, à l'aide de la petite éthique de Paul Ricœur, des problèmes éthiques rencontrés dans la pratique de 26 intervenants montréalais œuvrant auprès de personnes toxicomanes dans des programmes d'échange de seringues et de distribution de méthadone. Ces intervenants rencontrent des difficultés au quotidien, certaines de nature éthique. Les problèmes éthiques ont été classés en deux catégories, dégagées selon les niveaux de relation de la petite éthique de Ricœur. Premièrement, les problèmes liés aux contextes politique, légal et organisationnel, notamment, la judiciarisation des personnes toxicomanes, le décalage entre la gestion technocratique et les réalités du terrain et les incohérences dans les pratiques et les services. Deuxièmement, les problèmes liés à la pratique sur le plan relationnel dont l'accès aux services pour certaines personnes (mineurs, femmes enceintes, personnes violentes), les relations de proximité avec les aidés, la confidentialité, les relations de pouvoir et la moralisation. Cette étude montre la complexité inhérente des problèmes et la nécessité de les aborder dans un système éthique intégrant toutes les dimensions de l'intervention en réduction des méfaits.

Mots-clés : réduction des méfaits, éthique, Paul Ricœur, échange de seringues, méthadone, santé publique

Ethical problems related to needle-exchange and methadone-provision programs

Abstract

Workers who work with drug addicts in needle-exchange and methadone-provision programs encounter ethical challenges every day. This article presents the results of a qualitative analysis of the ethical problems encountered by 26 Montreal workers in their daily practice. The data was analysed using an ethical framework inspired by Paul Ricoeur's ethical approach. Problems were classified in two categories. First, those linked to the political, legal, or organizational context, notably, the prosecution of drug addicts, the discrepancy between technocratic management and ground-level realities, and inconsistencies in practices and services. Second, the problems mentioned involve the relationships that develop during these programs related to access for certain people (e.g. minors, pregnant women, violent individuals) to services, outreach workers' relationships with the people being helped, confidentiality, power relationships, and moralizing. This study shows the complexities inherent in these problems and the necessity of analysing them in an ethical system that integrates all dimensions of harm reduction intervention.

Keywords: *Harm reduction, ethics, Paul Ricœur, needle-exchange and methadone-provision programs, Public Health*

Problemas relacionados con las prácticas de intercambio de jeringas y de acceso a la metadona

Resumen

Este artículo, con la ayuda de la pequeña ética de Paul Ricœur, se refiere a los problemas éticos encontrados en la práctica de 26 personas de apoyo de Montreal, que trabajan con los toxicómanos en los programas de intercambio de jeringas y de distribución de metadona. Estas personas encuentran dificultades en la actividad cotidiana, en algunos casos de naturaleza ética. Los problemas éticos se clasifican en dos categorías, definidas según los niveles de relación de la pequeña ética de Ricœur. En primer lugar, los problemas relacionados con el contexto político, legal y organizativo, en particular la judicialización de los toxicómanos, la separación entre la gestión tecnocrática y las realidades del terreno y las incoherencias en las prácticas y los servicios. En segundo lugar, los problemas relacionados con la práctica en el plano de relación, entre ellos el acceso a los servicios para ciertas personas (menores, mujeres embarazadas, personas violentas), las relaciones de proximidad con las personas a las que se ayuda, la confidencialidad, las relaciones de poder y la moralización. Este estudio demuestra la complejidad inherente de los problemas y la necesidad de abordarlos en un sistema ético que integre todas las dimensiones de la intervención para la reducción de los delitos.

Palabras clave: *reducción de los delitos, ética, Paul Ricœur, intercambio de jeringas, metadona, salud pública*

Remerciements

Le projet a été réalisé grâce à une subvention accordée par le Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC), projet n° 94134.

Nous remercions tous les intervenants qui ont participé à cette recherche.

Introduction

L'approche de réduction des méfaits vise à diminuer les conséquences négatives de l'usage des drogues. Cette approche a gagné en popularité depuis les années 1980 en réponse à l'augmentation des cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les utilisateurs de drogues injectables. Décrite comme pragmatique, non moralisante et tolérante, elle se distingue, dans le champ de la prévention, des approches prohibitionnistes prônant le contrôle social et le moralisme qui condamnent et criminalisent les usagers de drogues (CCCG, 2001 ; Riley et coll., 1999).

Les programmes d'échange de seringues (PES) et d'accès à la méthadone (PAM) constituent des cadres types dans lesquels l'approche de réduction des méfaits se concrétise. Les PES donnent accès à trois types de services aux personnes toxicomanes : (1) l'échange et l'obtention des seringues neuves ; (2) un soutien psychosocial, dont du counseling ; et (3) de l'accompagnement, entre autres, par le travail de proximité vers divers services de santé pour le dépistage et la vaccination (Strathdee et Vlahov, 2001). Ces programmes se font soit à l'intérieur d'un site fixe ou de manière mobile par l'intermédiaire de motorisés. Les PAM, quant à eux, offrent un produit de substitution à l'héroïne, la méthadone¹. Deux types de PAM sont offerts à Montréal : les programmes en milieu clinique, où les patients doivent démontrer leur capacité à observer leur traitement, et un programme dit à « bas seuil » qui vise une population moins organisée et, de ce fait, moins encline à l'observance au traitement. En plus du traitement de substitution prescrit par un médecin, les PAM offrent également des services psychosociaux qui font appel à l'intervention de plusieurs acteurs de professions différentes, notamment des travailleurs sociaux, des infirmiers, ainsi que des travailleurs de proximité (PAM à « bas seuil » seulement).

¹ Il s'agit d'un opioïde synthétique pouvant être pris par voie orale et qui permet de maintenir le consommateur dans un état fonctionnel.

La concrétisation de l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie pose de nombreux problèmes éthiques (Anoro et coll., 2003 ; Loue et coll., 1995 ; Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999 ; Solai et coll., 2006 ; Strike et coll., 2002 et 2004 ; Wolf et coll., 2003). Gillet et Brochu (2005) relèvent que les nombreuses incertitudes et ambiguïtés liées à l'approche peuvent constituer des sources de tensions pour les intervenants, tout particulièrement pour ceux qui agissent dans des PES et des PAM. Nadeau (1999), pour sa part, se demande si la tolérance qui sous-tend la réduction des méfaits pourrait conduire à une banalisation des conséquences néfastes de la prise de substances. Morales et Morel (1998) ainsi que Beauchesne (2000) stipulent que cette approche serait propice à engendrer, sur le terrain, une conflictualité inévitable entre la tolérance envers l'usage de drogues et l'intolérance portée par les cadres légaux. Plus proche d'un questionnement ontologique, Leclerc (2000, p. 162) s'interroge sur les limites de cette approche en formulant la question suivante : « La personne qui développe une toxicomanie a-t-elle besoin d'être respectée dans ses choix ou a-t-elle besoin d'aide ? » Pour Strathdee et coll. (1997), les PES semblent également constituer un objet de débat en ce qui concerne leur efficacité à diminuer les infections. Enfin, Lines et coll. (2004) proposent d'analyser le réalisme de cette approche, lorsqu'elle se concrétise dans des institutions comme la prison. Ces mêmes auteurs se montrent préoccupés par le développement et l'application de la réduction des méfaits lorsque celle-ci ne s'intègre pas dans une politique globale en matière de toxicomanie, ce qui est le cas au Québec et au Canada.

Sauf exception, peu de recherches ont documenté les problèmes éthiques comme les intervenants les vivent dans leur quotidien. Taylor et Kroll (2004) ont exploré les dilemmes d'intervenants sociaux dans le cadre de leurs interventions auprès de parents ayant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue. Leurs résultats font ressortir plusieurs dilemmes tant

en lien avec l'engagement des personnes dans la relation d'aide que dans les collaborations avec des organisations ayant des objectifs divergents, notamment en termes de confidentialité, mais aussi en ce qui a trait à la difficulté à répondre adéquatement aux besoins des personnes aidées.

Plus proche de nos préoccupations, l'étude de Solai et coll. (2006), dans un site d'injection supervisé de Genève, en Suisse, fait état de sept situations comportant des conflits éthiques : assister des personnes lors de l'injection, le refus d'aide malgré une santé précaire, les nouveaux injecteurs, l'accès aux services pour les mineurs, les femmes enceintes, l'automutilation et le manque de collaboration aux activités proposées. Ces conflits ont été analysés à l'aide d'un cadre à trois niveaux de normes (institutionnelles, professionnelles (déontologie) et personnelles) inspiré de la petite éthique de Paul Ricœur. Cette étude a permis d'identifier des situations où la prise de décision est difficile en plus de corroborer des résultats obtenus par d'autres chercheurs (Anoro et coll., 2003 ; Wolf et coll., 2003).

L'objectif de cet article est de rendre explicites les récits des problèmes éthiques vécus par les intervenants œuvrant dans les PES et les PAM, tels qu'ils s'expriment à travers les inconforts, les incertitudes, les doutes, les conflits et la souffrance. Les problèmes sont éthiques, car la prise de décision (le jugement en situation) devient difficile et complexe. Elle implique la négociation entre plusieurs valeurs et règles qui s'affrontent dans la sphère de l'action. Ces « situations de détresse », où le choix n'est pas entre le bon et le mauvais, mais entre le mauvais et le pire, mettent la pratique sur le chemin du tragique. Afin de révéler la mise en intrigue des problèmes, nous procédons au dénombrement des situations typiques de la pratique où le jugement pratique des intervenants est mis au défi par les institutions et par les personnes qu'ils aident. Nous souhaitons alimenter la réflexion sur la pratique de la réduction des méfaits en y ajoutant

une dimension narrative et montrer l'importance d'aborder les problèmes à l'intérieur d'un système éthique prenant en compte toute sa complexité.

Méthodologie

Les données utilisées dans cet article proviennent d'une enquête exploratoire et descriptive, à laquelle nous avons collaboré, ayant comme objectif de comprendre les pratiques de proximité en santé publique (Bastien et coll., 2003). Ces pratiques se caractérisent par un espace de travail déstructuré, dans les milieux de vie des personnes tels que les domiciles, les familles, les rues, les parcs, les piqueries ou piaules (lieux improvisés d'injection et de consommation illicites) (Bastien et coll., 2003). Cette enquête portait sur des intervenants travaillant auprès de différentes populations vulnérables, marginalisées ou exclues, souvent difficiles à rejoindre et considérées à risque pour la santé publique. Dans le cadre de cet article, nous avons retenu uniquement les intervenants travaillant dans les PAM et les PES.

Afin de traduire la diversité des situations, nous avons constitué un échantillon intentionnel de sites d'intervention et d'intervenants, à partir d'une liste exhaustive des organismes publics et communautaires travaillant en réduction des méfaits dans huit quartiers de Montréal. Nous avons par la suite appliqué des critères de diversification (milieu de pratique, formation, sexe, âge, années d'expérience) pour obtenir un échantillon par contraste d'intervenants selon leur lieu de pratique, leur fonction et leurs caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, expérience) (Pirès, 1997). Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été fixé *a priori*, mais découle de l'application du principe de saturation de l'information.

Treize sites PES et trois sites PAM ont été retenus. Notre échantillon est constitué de 26 intervenants, travaillant en PES (n=18) ou en PAM (n=8), formés en intervention sociale (n=10), en sciences infirmières (n=6), en médecine (n=2), ou sans formation spécifique (n=8). En ce qui concerne ces derniers, quatre sont d'ex-toxicomanes et ont une expérience de vie dans le milieu. La majorité des personnes interviewées sont rattachées à des organismes communautaires (n=18) et huit à des organismes publics (CLSC, centre hospitalier, etc.). Nous avons interviewé 10 hommes et 16 femmes. Leur âge varie de 23 à 57 ans, quinze d'entre eux ayant moins de 35 ans. De manière générale, il s'agit d'intervenants cumulant une expérience de travail significative en toxicomanie, en moyenne de 8,8 ans (15 ans pour les intervenants d'organismes publics et 6,3 ans pour ceux du communautaire).

Des entrevues semi-structurées (Poupart, 1997) ont été réalisées afin de recueillir les récits des pratiques des intervenants et des problèmes éthiques auxquels ils sont confrontés. Nous avons voulu donner toute l'importance à la narrativité, à l'acte de se raconter et d'interpréter (Ricœur, 1990). Nous avons demandé aux intervenants de souligner les situations pour lesquelles il était difficile pour eux de prendre une décision et celles qui suscitaient de l'inconfort, du doute ou des malaises. Ils ont donc pu eux-mêmes mettre en mots ce qu'ils considéraient être un problème éthique. Pour ne pas identifier les intervenants lors des extraits, nous avons utilisé des pseudonymes qu'ils ont eux-mêmes choisis lors des entrevues.

Perspective théorique et analyse

Dans son œuvre maîtresse, *Soi-même comme un autre* (1990), Ricœur tente de répondre à la question : « Qu'est-ce que l'agir humain ? » Il aborde la question sous plusieurs angles. Aux chapitres 7, 8 et 9, il présente ce qu'il nomme sa « petite

éthique». Il y affirme que la visée éthique, c'est l'agir qui a pour «[...] visée la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes» (Ricœur, 1990, p. 202). Sa petite éthique contient trois pôles, le «Je», le «Tu» et le «Il», et elle se divise en trois niveaux : réflexif, déontologique et prudentiel.

Au pôle «Je» se trouve le sujet capable, auteur de l'action, qui agit, qui a du souci et du sentiment pour l'autre (Ricœur, 1995, p. 30 et suiv., 2001, p. 58). Le jeu de l'éthique débute avec l'entrée en scène du «Tu», second acteur qui est lui aussi capable. La relation «Je-Tu» n'est pas toujours un succès. En effet, l'opposition d'une liberté à une autre peut conduire à un affrontement dans la sphère de l'action (Ricœur, 1985, p. 43). Le contexte dans lequel la relation intersubjective «Je-Tu» existe transige par l'organisation sociale et les rapports aux autres. C'est le contexte où d'autres «Je-Tu» désirent aussi cette liberté. C'est l'apparition du tiers, le «Il», que Ricœur qualifie de médiation neutre, un rôle qui est entrepris par les institutions, qui soutiennent le «Je» et la relation «Je-Tu» afin de permettre une cohabitation harmonieuse dans la cité et de favoriser le développement de bons rapports entre les personnes. Ricœur distingue aussi les relations selon la distance/proximité des personnes entre elles. Il y a les relations courtes (interpersonnelles) qui sont personnalisées et qui se déroulent dans le face à face. Ce sont les relations entre soi et l'autre, un proche «Je-Tu». Il y a également les relations longues, qui sont impersonnelles et qui le resteront probablement toujours. C'est ce que Ricœur appelle le tiers, autrui ou chacun «Je-Il» (Ricœur, 1985 et 1990).

Ricœur donne un sens distinct à la morale et à l'éthique (Ricœur, 1985). Il réserve à l'éthique tout ce qui touche la visée de la vie bonne, le questionnement en amont sur le fondement et sur l'idée de la loi morale (niveau réflexif) (Ricœur, 1985). Sa morale s'inspire de Kant et fait référence à une organisation du bien et du mal qui manifeste par la voie des règles,

des normes, des lois et des impératifs (niveau déontologique). Ricœur donne aussi à sa définition de l'éthique un sens pratique (niveau prudentiel), ce qu'il appelle la sagesse pratique (Ricœur, 1995 et 2001). Pour Ricœur : « La sagesse pratique consiste à inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude en trahissant le moins possible la règle » (1990, p. 312). La sagesse pratique se préoccupe de la situation singulière, de la décision en situation. Elle doit inventer les comportements justes qui sont appropriés à la singularité des cas (Ricœur, 1990, p. 313). La présente recherche se situe d'emblée au niveau prudentiel de l'éthique de Ricœur en posant la question suivante : « Quels sont les problèmes pour lesquels les intervenants doivent exercer leur jugement éthique en situation ? »

Nous avons privilégié ce cadre théorique puisqu'il offre de prendre en compte divers niveaux d'analyse : le soi, avec l'autre et le lien avec les institutions (la dimension politique de l'action en réduction des méfaits). Généralement, les autres systèmes éthiques n'arrivent pas à mettre en lumière la dynamique qui existe entre les différents niveaux des problèmes éthiques. Ce cadre permet de les aborder dans toute leur complexité. De plus, cette éthique ouvre la réflexion à des aspects de contexte et à des aspects relationnels. Enfin, cette vision intégrée de l'éthique, stimulante et créatrice, offre les bases nécessaires pour inspirer la santé publique, notamment la réduction des méfaits, d'un idéal de vie bonne (niveau réflexif), pour déterminer les règles du vivre ensemble (niveau déontologique), et pour permettre de faire des jugements éthiques en situation (niveau prudentiel).

Nous avons donc réalisé une analyse thématique, en identifiant dans un premier temps les segments d'entrevues où les intervenants racontaient des problèmes vécus en lien avec les institutions « Je-Il ». Dans un second temps, nous avons regroupé ensemble les récits traitant des problèmes éthiques relationnels vécus en rapport avec les personnes aidées « Je-Tu ». Enfin, les

extraits d'entrevues de chacun des deux niveaux (structurels «Je-Il» et relationnels «Je-Tu») ont été regroupés à partir des grands thèmes émergents autour desquels s'articulent les problèmes éthiques. L'objectif de l'analyse consistait à décrire les problèmes éthiques en restant près des mots des intervenants.

Résultats

Problèmes éthiques structurels

Les problèmes éthiques structurels résultent des contextes politique, légal et organisationnel dans lesquels se déploie la pratique des PES et des PAM. Trois grands types de problèmes structurels, largement interdépendants, se dégagent des entrevues : la judiciarisation des personnes toxicomanes, le décalage entre les réalités du terrain et la gestion technocratique, et les incohérences dans les pratiques et les services. Les intervenants des PES et des PAM, qu'ils soient du secteur public ou communautaire, mentionnent ces types de problèmes.

La judiciarisation des personnes toxicomanes

La majorité des intervenants des PES et des PAM disent avoir des problèmes à agir dans le contexte légal actuel, leur travail auprès des personnes toxicomanes entrant en conflit avec les lois en vigueur et le travail des policiers. De leur point de vue, l'incarcération et la *judiciarisation* des personnes toxicomanes découlant de l'application des lois prohibitionnistes causent un tort démesuré à ces personnes. Ils s'interrogent sur le bien-fondé du cadre légal, se sentent souvent impuissants face aux situations de judiciarisation et aux torts causés. De plus, les intervenants font face à l'opinion des citoyens et des commerçants du quartier qui s'opposent à l'aide qu'ils offrent, y voyant un encouragement à consommer et une banalisation de

l'usage de la drogue ; ces derniers soutiendraient la criminalisation et la judiciarisation. Le problème éthique, éloquentement exprimé par un travailleur de rue, résulte de l'opposition entre les valeurs de la santé publique qui cherche à aider et celles de la sécurité publique qui cherche à punir :

« Les flics, la judiciarisation, c'est la confrontation sur le terrain. Je parle aux commerçants, mais c'est la guerre. Ça me touche au niveau personnel. C'est aussi une guerre médiatique. J'accuse la répression d'être amplificatrice de la propagation des hépatites. Tu es souvent pris entre l'arbre et l'écorce. Les flics n'aiment pas mon travail » (Alain-Mathieu).

Le décalage entre les réalités du terrain et la gestion technocratique

Pour les intervenants du secteur communautaire, la gestion technocratique à laquelle ils doivent se plier pour obtenir les ressources nécessaires à leur action est en décalage par rapport aux réalités du terrain ; elle interfère, voire compromet, leurs interventions auprès des personnes toxicomanes. L'allocation des ressources se fait en fonction de mandats spécifiques, par problématiques (par ex. : toxicomanie, VIH) ou par clientèles (par ex. : jeunes de la rue, usagers de drogues injectables, prostituées), contredisant ainsi l'approche holistique de la personne privilégiée par les intervenants.

Les rapports statistiques à produire sur les services dispensés (nombre de seringues données ou échangées, nombre de personnes rencontrées) sont à l'opposé de la manière qualitative avec laquelle ils évaluent leur travail. Bien que les intervenants doivent composer avec ces exigences technocratiques pour légitimer leur position et leur « utilité sociale et sanitaire », ils les considèrent réductrices et insensibles à la complexité de leur travail, ce qui entraîne un sentiment de dévalorisation

et de non-reconnaissance de leur expertise. Une intervenante l'exprime en ces termes :

« La question du mandat me rend aussi inconfortable : Il va falloir que je me shoote pour que tu t'occupes de moi ? On coupe les personnes en morceaux. Souvent on brise l'isolement, on ne fait pas seulement donner des seringues. C'est notre mandat mais... Les carcans du mandat, c'est trop straight, ça ne permet pas de créer des liens de confiance » (Gisèle).

Les intervenants du milieu communautaire déplorent également l'obligation constante de « séduire » les bailleurs de fonds, en se soumettant à leurs critères, au lieu de mettre leur énergie sur des projets originaux qui émaneraient directement des milieux et qui, selon eux, seraient plus bénéfiques aux personnes toxicomanes. Ils se sentent à la merci de ce qu'ils appellent les « modes du moment », des problématiques pour lesquelles les décideurs choisissent d'investir massivement (par ex. : choisir d'investir pour lutter contre l'hépatite C au lieu de donner la priorité au logement social), ce qui les oblige en quelque sorte à « tricher » pour répondre réellement aux besoins.

Les incohérences dans les pratiques et les services

L'organisation des services et la collaboration entre les divers acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et du communautaire souffrent également d'incohérence. Ce que les intervenants pensent devoir faire selon leur profession et leur philosophie de pratique (normes professionnelles) entre ici en conflit avec ce qui peut être fait à l'intérieur des murs des établissements (normes institutionnelles). Par exemple, des intervenants du milieu communautaire, et même certains du milieu institutionnel, rapportent la difficulté qu'ils rencontrent lorsqu'ils accompagnent des personnes toxicomanes à l'urgence ou à l'hôpital. Convaincre celles-ci de consulter résulte souvent

d'une longue négociation et ces efforts de persuasion peuvent se retrouver anéantis par les longues heures d'attente et l'incapacité de la personne toxicomane à demeurer sobre. Le personnel hospitalier a parfois des standards de pratique différents pour les patients toxicomanes. Par exemple, une personne sous méthadone peut se voir refuser des médicaments soulageant la douleur lors d'une chirurgie par crainte d'amplifier la dépendance. Des problèmes peuvent également survenir dans la continuité des services, entre les divers niveaux de service ou entre les divers établissements de santé. L'extrait d'entrevue suivant illustre bien ce type de problèmes :

« Il y a des problèmes d'accessibilité avec la psychiatrie pour tous nos patients. Nous avons un programme de méthadone ici, nous avons tous les dossiers ici. Quelqu'un qui ne vit pas dans le secteur voit un psychiatre dans un autre hôpital. S'il doit être admis, ça devient problématique, car c'est un différent système de communication. Il y a un risque d'incompréhension et un risque de perdre le patient. De plus, souvent ils disent : On veut qu'il ne soit pas sur la méthadone » (Johana).

Des incohérences résultent également des différentes philosophies d'action adoptées par les services : réduction des méfaits, abstinence, prohibition. Ainsi, les intervenants ont rapporté des cas de personnes sous méthadone ayant dû cesser leur traitement pour accéder à un service de thérapie (maison de thérapie) ou pour aller en prison puisque l'accompagnement pour la méthadone n'est pas toujours possible ou souhaité par les responsables. Il est difficile d'offrir un suivi cohérent et adéquat dans ce contexte de divergences normatives. Un autre exemple mentionné par les intervenants des PAM concerne les pharmacies qui établissent des règles qui peuvent entrer en conflit avec la souplesse de certains PAM, notamment l'impossibilité de changer de pharmacie et l'expulsion des personnes toxicomanes en cas d'inconduite. Ces situations interpellent

éthiquement plusieurs intervenants, car elles causent des préjudices aux personnes toxicomanes, qui sont parfois soutenues, parfois abandonnées, parfois même maltraitées :

« Quand les gens doivent faire des sevrages à froid dans les milieux de thérapie, se faire engueuler et faire toutes sortes de travaux qui peuvent être humiliants et extrêmement brutaux, on peut se poser des questions éthiques sur ce type de traitement-là. Respectent-ils vraiment la dignité et les droits des individus qui y sont soumis ? Est-ce que c'est raisonnable d'imposer par voie judiciaire des traitements de cette nature-là qui peuvent être extrêmement pénibles au plan psychologique et physique aussi ? Disons qu'on peut se poser de sérieuses questions au plan éthique, sur ces approches-là, strictement orientées sur l'abstinence à tout prix » Pete.

Les rapports qu'ont les intervenants avec les institutions les amènent à vivre des situations complexes qu'ils qualifient de problèmes éthiques puisqu'il devient difficile pour eux d'adopter un positionnement clair, de prendre des décisions éthiques et d'agir selon les principes de la réduction des méfaits. Leur capacité d'aider se voit compromise par les règles des institutions. Le conflit se situe entre le « Je » et le « Il ». Ces problèmes ont en commun d'alimenter le sentiment d'incapacité à répondre adéquatement aux besoins des personnes que les intervenants cherchent à aider. De plus, ils ont des répercussions négatives dans la vie des personnes toxicomanes.

Les problèmes relationnels d'éthique

Un deuxième type de problèmes éthiques met en jeu les aspects relationnels de la pratique. Ils se regroupent sous quatre thèmes : 1) l'accès aux services à certaines personnes ; 2) les relations de proximité avec les personnes aidées ; 3) la confidentialité ; et 4) les relations de pouvoir et la moralisation. Sauf

pour la quatrième catégorie de problèmes, qui a été davantage ressentie par les intervenants des PAM, ces problèmes se vivent autant chez les intervenants des PES que des PAM, du secteur public que du secteur communautaire.

L'accès de certaines personnes aux services

La question de la violence, de l'agressivité et des troubles de comportement dans les services suscite de nombreuses réflexions éthiques. La plupart des intervenants des PAM et des PES se demandent jusqu'où ils doivent tolérer des situations où ils doivent faire face à des personnes armées, ou encore lorsqu'ils sont témoins de menaces de mort, de violence et de harcèlement. Doivent-ils mettre fin à leur aide? Les intervenants du secteur public semblent avoir plus de balises pour circonscrire ce qui est acceptable ou non dans les services. Les intervenants rattachés aux secteurs communautaires semblent se retrouver plus souvent avec des clientèles plus difficiles que celles qui fréquentent des organismes publics. Ceci vient remettre en question leurs limites et leurs exigences en matière d'accès à leurs services. Cet extrait illustre le dilemme qui se pose dans l'action :

« Où c'est plus dur, c'est chez des patients qui ont des troubles de comportement importants. Des fois, il faut arrêter le suivi parce que cette personne-là a fait des menaces à des intervenants. Qu'est-ce qu'on fait? Évidemment, on l'amène toujours en réunion d'équipe. Les décisions sont variées. Déontologiquement, tu peux être pris à leur offrir un suivi, car cette personne-là a été barrée dans toutes les ressources. C'est pas rare. Mais tu es pris avec des employés qui ne veulent pas, qui ont peur. Il y a des personnes qui font peur » (Jo Blo).

Un autre aspect qui soulève des réflexions éthiques chez les intervenants des PES concerne l'accès aux seringues et au

matériel d'injection à des mineurs, à des femmes enceintes, à ceux qui mettent leur vie en danger en consommant (santé fragile) ou à des consommateurs voulant passer pour la première fois à l'injection. Quelques-uns ont confié mettre en veilleuse parfois leurs valeurs personnelles et adhérer à celles de la réduction des méfaits, qu'ils considèrent plus neutres. Sans cette mise en veille de leurs convictions personnelles, ils ne pourraient poser des gestes tels que de donner des seringues à une personne qui a les bras remplis d'abcès, dire à un proxénète de laisser dormir ses prostituées pour qu'elles puissent « mieux » travailler, donner des condoms à un pédophile, etc. Certains intervenants expriment leur mal à donner un sens à ces choix :

« Ça me dérange quand je donne des seringues à une personne les bras pleins d'abcès, des bras vraiment troués, des passoires. J'aurais le goût de dire : Non, je ne t'en donne plus, parce que là, tu dois arrêter. Tu vas penser un peu parce qu'il n'y a plus de place sur tes bras. Si je ne lui donne pas, elle va la prendre dans une poubelle, ou n'importe où. C'est un questionnement qui vient toujours me chercher » (Marie-Ève).

« J'aurais bien de la difficulté à donner du matériel d'injection à quelqu'un qui a quatorze ou quinze ans. Déjà, j'ai de la misère avec des gens qui ont dix-sept ans. Je le fais parce que je me base sur le fait de dire : Allons-y pour la prévention. Mais, je me force à me convaincre de ça. Oui, oui, c'est préventif, mais je suis pas confortable totalement. Jusqu'à quel point, je ne participe pas à quelque chose ? » (Marcus).

Le refus des personnes toxicomanes d'utiliser les services constitue également une source de tension pour les intervenants : d'une part, ils doivent respecter le rythme et les choix des personnes toxicomanes, d'autre part, ils vivent un grand sentiment d'impuissance en côtoyant la détérioration physique et psychologique, les rechutes, la détresse et parfois la mort.

Que ce soit le refus d'une personne suicidaire en crise de se faire hospitaliser ou celui d'une femme violente d'obtenir des services pour s'en sortir, les intervenants ont de la difficulté à agir contre le refus des personnes de s'aider. Cet extrait en témoigne :

« La fille est séropositive, héroïnomane, consomme de la cocaïne, hépatite B et C... Très hypothéquée et enceinte. Je la voyais grossir. Elle me parlait d'avortement, mais ça ne se produisait toujours pas. À chaque fois que j'avais un rendez-vous avec elle, elle ne se présentait pas. À un moment donné, dans le suivi, j'ai mis une limite. J'ai dit : Si tu continues à ce rythme, je vais me retirer parce que je suis un père, et émotionnellement, j'ai de la misère avec ça. Ça m'a mis à l'envers. Ce sont mes limites personnelles. Ça vient me chercher dans mes valeurs. J'ai trouvé très dur d'avoir à la côtoyer et de voir son ventre qui grossissait. J'étais pas capable. J'ai eu beaucoup de difficulté » (Marcus).

Les relations de proximité avec les personnes aidées

Étant très sollicités émotionnellement dans le cadre de leur travail, les intervenants des PES et des PAM doivent jauger adéquatement leur niveau d'implication sur le plan relationnel. De nombreuses situations limites remettent en question leur savoir-être, notamment le fait d'établir ou non des liens amicaux, de consommer ou non avec les personnes, ou encore d'accepter ou de refuser de se laisser atteindre émotionnellement par leur souffrance. La subjectivité au cœur des métiers relationnels conjuguée à la proximité qu'exigent certaines interventions de réduction des méfaits (échange de seringues à domicile, dans les bars et les milieux de vie toxicomane) exposent davantage à des dérives sur le plan interpersonnel. L'extrait suivant reflète ce difficile équilibre :

« Les problèmes éthiques que je rencontre, c'est au niveau relationnel. Disons, quand un jeune va me demander de fumer un joint avec lui. Il faut que je me positionne, parce qu'au niveau éthique, ce n'est pas tellement approprié d'embarquer là-dedans. Ça peut être la même chose si je me retrouve dans un bar, puis que quelqu'un veut me payer une bière. C'est une autre occasion, que je ne peux pas accepter, une limite que je ne peux pas franchir » (Daniel).

La confidentialité

La question de la confidentialité dans l'intervention en réduction des méfaits est centrale. Les liens de confiance attirent les confidences, mais le degré de confidentialité à respecter ne semble pas toujours évident. La question de la confidentialité touche plusieurs personnes : les membres d'une équipe d'intervenants, les diverses personnes rencontrées dans les services, les autres intervenants et les autorités légales en cas d'infraction à la loi.

Entre les membres d'une équipe d'intervenants, il peut être difficile de garder un secret confié puisque le travail d'équipe oblige l'échange d'informations. Si la personne a explicitement demandé de ne pas révéler la confiance, l'intervenant peut faire face à un dilemme :

« Dernièrement, je travaillais avec une fille, elle était employée ici. Elle consommait beaucoup. En principe, c'était pas supposé parce qu'elle avait beaucoup de responsabilités dans la place. Elle me demandait des seringues. C'était dans le secret. Qu'est-ce que je fais ? Il y a des décisions à prendre. C'est une zone grise » (Jacques).

Les intervenants qui œuvrent dans des lieux ouverts à tous et sans rendez-vous (rue, sites d'échange de seringues, lieux

publics) évoquent leur inconfort lorsque les personnes parlent de leur vie privée sans censure devant tout le monde sans se soucier d'être écoutées. L'attitude « grand livre ouvert » dérange les intervenants, qui y voient un problème de confidentialité, tel que raconté par cette intervenante :

« La personne était bien agitée, elle m'a demandé de pénétrer dans son logement, mais il y avait des consommateurs actifs dans le salon qui étaient sur la seringue. Il y avait beaucoup de cocaïne là, c'était évident. Puis l'usager que je rencontrais était intoxiqué. Il se lançait d'un bout à l'autre de sa chambre parce que j'étais entrée. Je ne pouvais pas faire l'entrevue dans le salon avec plein de monde qui entende. Et la confidentialité dans tout ça ? Ça a dégénéré puis j'ai finalement réussi à sortir. Je ne veux plus me remettre dans des situations comme ça » (Paule).

Le problème se complique lorsque l'information à partager doit se faire avec d'autres intervenants du réseau. Même si l'échange d'informations est essentiel et utile (par exemple, il peut permettre de retrouver un jeune que l'on soupçonne en danger), il peut néanmoins contribuer à vulnérabiliser les personnes et conduire à de l'intrusion dans leur vie privée, comme le démontre cet extrait :

« La fameuse question de la confidentialité ! Une espèce de zone grise... Surtout qu'on a des partenaires multiples. On a un consentement informel des clients, qui savent qu'on travaille en collaboration, mais pas toujours ! On nous confie des choses sans que ces gens-là aient eu l'autorisation, puis en même temps, c'est des informations qui nous éclairent beaucoup. Il faut rester vigilant là-dessus. La question de la confidentialité, c'est probablement lié au côté intrusif de l'outreach ! » (Rita).

Le partage d'informations, parfois obligatoire, avec les autorités légales suscite plusieurs questionnements éthiques. Par exemple, des agents correctionnels peuvent demander l'accès aux dossiers des intervenants des PAM, qui y colligent des informations qui pourraient incriminer les personnes toxicomanes. Le dévoilement d'un meurtre commis, d'un abus ou d'une négligence à l'égard d'un enfant, d'une fugue peut obliger les intervenants à faire un signalement. Le faire de manière systématique leur ferait perdre la confiance des personnes toxicomanes. Ne pas le faire constitue un manquement au devoir de tout intervenant et de tout citoyen de protéger les plus vulnérables. Cette intervenante exprime ce dilemme :

« Là où j'ai un gros dilemme moral, c'est quand j'ai de l'information sur des personnes. Par exemple, je connais plusieurs sidéens qui se prostituent, qu'est-ce que je fais avec ça ? On est pris. Je ne peux pas les dénoncer. Tu fais ton travail de sensibilisation et tu le sais que ça arrive. Des abuseurs, des personnes qui ont commis des meurtres. Des filles qui vont tomber enceintes, et qui vont décider de se shooter. On ne peut rien faire. Des mineurs qui sont en fugue. Tu le sais qu'ils n'ont pas d'affaire dans la rue et qu'ils risquent de tomber dans la toxicomanie... Mais en même temps tu es coincé » (Maude).

Les relations de pouvoir et la moralisation

Dans les PAM, plusieurs intervenants ont révélé leur malaise face au pouvoir que leur donne la méthadone sur la vie, le corps et le confort des personnes aidées. Les médecins rencontrés se sont dits très conscients de la fragilité des liens de confiance entre un médecin et un patient sous méthadone. Des abus deviennent possibles : donner de la méthadone afin d'obliger quelqu'un à aller en psychothérapie (coercition), l'utiliser

comme mesure punitive dans certains programmes (punition), ou encore forcer certaines personnes à aller à la pharmacie (manipulation). La question des privilèges (doses données à l'avance les dispensant d'aller boire la méthadone chaque jour à la pharmacie) suscite également des dilemmes. Les intervenants doivent parfois remettre en question ces privilèges puisque la personne recommence à prendre de l'héroïne ou démontre des signes importants de dépression ou de désorganisation pouvant conduire à un suicide ou à d'autres conséquences graves. Cet extrait illustre le problème :

« Il n'est pas stable... Je sens que c'est ma responsabilité de lui retirer les moyens qu'il peut utiliser pour se faire du mal. De la même façon, quand quelqu'un est déprimé, et que vous les mettez sur les antidépresseurs, vous ne leur donnez pas une prescription pour un mois. Un mois plein de pilules qu'il amènerait à la maison, à cause du risque qu'il les prenne toutes en même temps, comme moyen de se faire du mal. D'un autre côté, je ne veux pas aliéner ce patient, je ne veux pas qu'il sente que je ne lui fais pas confiance, que je lui retire quelque chose en plus, vous voyez ce que je veux dire ? C'est un dilemme » (Janet).

Plusieurs s'interrogent sur la durée de la prise de la méthadone. Bien que les médecins rencontrés semblent à l'aise avec l'idée de donner de la méthadone de manière chronique, les intervenants non médicaux se sont montrés plutôt en désaccord. Ces derniers soutiennent qu'un sevrage est nécessaire et qu'il doit être envisagé. Ils ajoutent que d'autres moyens (des thérapies par exemple) peuvent aider le passage à une vie sans méthadone et réduire le stress du sevrage. Comme le souligne le prochain extrait, ce point est source de mésentente entre ceux qui ont une vision médicale et ceux qui favorisent une approche davantage psychosociale :

« Est-ce qu'on coupe la méthadone à quelqu'un ? Jusqu'où on augmente son dosage ? Nous, les intervenants sociaux, avons à gérer cela parce qu'ils nous en parlent lors des rencontres de suivi : Ah ! Mon médecin ne veut pas m'augmenter, je ne suis pas bien. Je me dis des fois : Ça fait 16 ans qu'elle est sur la méthadone. Ils n'ont pas la capacité de se sevrer ou de faire autre chose puis c'est correct. Mais il y en a d'autres des fois où tu dis : Y a-t-il quelque chose d'autre qu'on peut faire pour eux ? » (Juliette).

Des intervenants des PES et des PAM ont mentionné qu'il est très facile de tomber dans la moralisation (blâmer, culpabiliser) auprès des personnes toxicomanes, même si cela va à l'encontre de la réduction des méfaits. Le fait de constamment passer des messages de prévention (l'abc de l'injection propre par exemple) peut être mal reçu par les personnes toxicomanes, surtout les plus âgées, qui rétorquent souvent connaître la chanson. Cette situation peut même les amener à éviter les services. Cette intervenante montre bien le choc des valeurs dans les messages de prévention :

« C'est sûr que notre discours est teinté par des valeurs sociales de protection. C'est clair qu'il y a un jugement et des valeurs qui entrent en ligne de compte. Il faut être conscient de ça. Il faut arriver à trouver dans le schème de valeurs de l'autre ce qui ferait qu'il se protège et qu'il protège les autres. Parce qu'à travers leur schème de valeurs à eux, il y a des points de repère sur lesquels tu peux dire : Bon bien, pour cette raison-là, je t'ai écouté, mais pour cette raison-là, il faudrait peut-être que tu modifies tes comportements » (Paule).

Au sein des relations « Je-Tu », plusieurs « désirs de liberté » s'affrontent. Cette confrontation place les intervenants dans des situations complexes. Ces problèmes mettent constamment au

défi les limites personnelles et professionnelles des intervenants et questionnent le sens de leur intervention ; en faveur de qui, en faveur de quoi ? Pour les personnes toxicomanes qui ont besoin d'aide ? Pour satisfaire leur devoir d'intervenant ?

Discussion

Nous avons vu que les problèmes éthiques racontés par les intervenants proviennent des relations courtes « Je-Tu » (les intervenants avec les personnes visées par la réduction des méfaits) et des relations longues « Je-Il » (les intervenants avec les institutions), et qu'ils se déclinent selon plusieurs thèmes largement interdépendants. Si nous les regardons maintenant de manière transversale, les problèmes éthiques décrits précédemment s'articulent autour de deux grands pôles : (1) la traduction dans la pratique des grands principes de pragmatisme, de tolérance, d'humanisme et de non-jugement ; (2) la confrontation des valeurs, malgré la prétention à la neutralité de l'approche.

La traduction opérationnelle des grands principes de réduction des méfaits

La mise en application de la réduction des méfaits par les intervenants dans les PAM et les PES suscite des tensions dans la pratique, reflétant la difficulté à traduire l'idéal abstrait des valeurs dans un geste concret avec et pour l'autre, tel qu'évoqué par la petite éthique de Ricœur. Diverses interprétations des principes cohabitent et génèrent des disparités dans l'action. Ainsi, en vertu de la tolérance et du non-jugement, certains intervenants valorisent le respect inconditionnel des choix personnels. D'autres, en vertu de la non-malfaisance, sont dérangés par cette trop grande liberté et hésitent à en appliquer les principes, notamment lorsque de très jeunes (mineurs) ou des femmes enceintes sont impliqués. Le même problème se pose face aux

personnes violentes ou agressives. En vertu de la tolérance, des intervenants croient qu'il faut tenter de gérer ces situations afin de ne pas augmenter les risques de dégradation des conditions de vie des personnes aidées. Au contraire, d'autres intervenants pensent qu'il faut rompre le lien, se faisant pragmatiques face à leur propre sécurité.

Les intervenants doivent également composer avec les interprétations que font les institutions des valeurs de la réduction des méfaits. Les règles et les exigences qu'elles mettent en place pour encadrer les PAM et les PES sont souvent peu adaptées aux idéaux de pragmatisme, d'humanisme et de tolérance. Pour les organisations, le pragmatisme signifie davantage « efficacité », alors que pour les intervenants il se manifeste par des gestes concrets posés pour aider les personnes dans leur globalité (par ex. trouver un lit pour dormir, donner de quoi manger, accompagner lors d'un rendez-vous médical, etc.). Les intervenants ne se préoccupent pas du nombre de seringues distribuées, mais davantage de chaleur humaine et de liens établis. Le cadre légal lié à l'intervention policière fait également naître des tensions. Ces dernières reflètent la distinction entre deux conceptions de la tolérance : dans l'esprit de la première, on excuse et on pardonne, ce qui implique un jugement et laisse place à l'arbitraire ; la seconde prend davantage le sens de permettre des gestes et va de pair avec le non-jugement.

La confrontation des valeurs dans la pratique

Bien que la réduction des méfaits soit souvent présentée comme une approche neutre sur le plan des valeurs, voire amoral (Keane, 2003), la question des valeurs qu'elle véhicule constitue, malgré tout, un terrain fertile pour la confrontation des idéologies, spécialement dans le contexte prohibitionniste de l'usage de la drogue où les débats moraux sont omniprésents (Hathaway, 2001). En tolérant l'usage de la drogue, cette

approche se place en confrontation avec des valeurs dominantes de la société telles que l'effort, le travail et la réussite (Coppel, 1994). Par ailleurs, Miller (2001) soutient que la réduction des méfaits engendre, malgré elle, des relations de pouvoir en facilitant la surveillance et le contrôle sur les usagers de drogue. Ainsi, en dépit du caractère amoral et des valeurs utilitaristes qui sous-tendent la réduction des méfaits, ceci ne l'épargnerait pas d'être fondamentalement morale, au même titre que d'autres idéologies dans l'arène politique des drogues (Keane, 2003). C'est donc un leurre de prétendre que cette approche puisse se pratiquer en toute neutralité ; elle possède des fondements éthiques, ce qui explique en partie l'apparition de conflits de valeurs.

Comment se sortir des conflits « Je-Il » ? Pour Ricœur (1990, p. 300), le monde qui se complexifie et la pluralité des visions intensifieront les conflits. Cependant, la nature démocratique des systèmes politiques commande le débat public, ce qui n'enferme pas les conflits, mais les garde ouverts et pouvant être débattus. Quelle forme d'État est souhaitable ? Quelles sont les valeurs à privilégier : liberté, sécurité, égalité, solidarité, pragmatisme, tolérance ? Il apparaît clair que celles-ci ne peuvent pas être toutes honorées à la fois, d'où la controverse. Ricœur semble enclin à proposer le débat public comme instance permettant la prise de décision et comme moyen de « corriger l'omission » laissée par la loi, laquelle ne peut rien face à des cas de figure particuliers non prévus par le législateur (Ricœur, 1990, p. 305). Les intervenants ont pu mettre en mots la conflictualité inévitable entre la tolérance véhiculée par la réduction des méfaits et l'intolérance du cadre légal (Morales et Morel, 1998 ; et Beauchesne, 2000). Le cadre légal et les politiques en matière de santé et de sécurité ne sont pas au même diapason. Il y aurait lieu de poursuivre le débat sur ces questions.

Comment résoudre les conflits « Je-Tu » ? Ricœur (1990) introduit la sagesse pratique, une tension vivante (une tension

productive), qui tire son influence de ce qu'Aristote appelle la prudence (phronèsis). Celle-ci a pour visée la vie bonne, elle agit en médiation par la délibération. Cette tâche critique s'exerce à travers une éthique de l'argumentation qui se concentre sur les conditions de mise en contexte des règles (Ricœur, 1990, p. 333). Cette argumentation prend forme à travers des pratiques communicationnelles. Son objectif vise à faire ressortir de la compétition les divers arguments d'une discussion, le meilleur d'entre eux. La discussion entre les protagonistes est un lieu où se partagent les différents sens du vivre ensemble (Ricœur, 1990, p. 335.)

Pour Ricœur existe l'obligation de juger, de trancher. La prise de décision s'impose. Il serait pire de ne pas juger. Le jugement constitue une forme d'interprétation qui devient chaque fois une «reconstruction singularisée» (Abel, 1996, p. 94). En plus des différents niveaux du travail d'interprétation (établissement des faits, comparaison de différentes versions, recours à des précédents, etc.), Ricœur (1990) ajoute une dimension importante qui intervient dans le jugement : l'imagination. Celle-ci joue de multiples rôles tels que de s'imaginer à la place de l'autre, mais aussi de servir d'intermédiaire entre faits et règles et ouvrir sur d'autres lectures possibles (Abel, 1996, p. 96). Toutefois, Ricœur ajoute que le jugement n'est pas une affaire intellectuelle que l'on fait seul, mais une œuvre à laquelle plusieurs participent comme dans *le débat public, le colloque amical et les convictions partagées* (Ricœur, 1990, p. 337). De là, il s'opère une reconstruction d'une cohérence acceptable avec l'ensemble des jugements déjà sédimentés (Abel, 1996, p. 98). Cette étude est un pas vers cet échange commun, prôné par Ricœur, permettant une organisation opérationnelle des discours des intervenants, une manière concrète de prise en compte de l'autre dans cette dynamique humaine du « Je » (l'intervenant) – « Tu » (la personne aidée) – « Il » (les institutions).

Cette étude montre aussi le défi qui incombe aux intervenants de décider, et cela, souvent seuls. Le parcours du «Je» est parsemé d'obstacles dans les relations longues et courtes. Comment le «Je» s'en sort-il ? Comment peut-il se maintenir ? À l'aide de la supervision clinique et d'autres projets permettant le développement de soi au sein de la pratique avec l'autre et avec autrui. Ceci nous ramène à la visée éthique de Ricœur, comme fondement pour la réduction des méfaits, à travers l'agir qui a pour «[...] visée la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes» (Ricœur, 1990, p. 202).

Conclusion

L'apparition de questionnements importants dans les nouvelles formes d'aide aux personnes toxicomanes visant la réduction des méfaits, par l'intermédiaire des PES et des PAM, montre l'importance d'accorder une place à l'éthique dans ces pratiques. Les problèmes éthiques vécus par les intervenants prennent de multiples expressions. Cette étude, guidée par la petite éthique de Ricœur, nous a permis de les regrouper sous deux grands types : les problèmes structurels «Je-Il» et les problèmes relationnels «Je-Tu». Cette organisation des récits des intervenants démontre et respecte la complexité inhérente des problèmes et la nécessité de les aborder dans un système éthique intégrant toutes les dimensions de l'intervention en réduction des méfaits.

La confrontation des valeurs et la difficile traduction de celles-ci en actions concrètes alimentent la complexité de la prise de décision sur le terrain. Le portrait livré par les intervenants témoigne des efforts qu'il faudra consentir, à plusieurs niveaux (personnel, relationnel, organisationnel, légal, et politique), pour soutenir la prise de décision dans l'action.

Bibliographie

- Abel, O. (1996). *Paul Ricœur : La promesse et la règle*. Paris : Michalon, 126 p.
- Anoro, M., Ilundain, E., Santisteban, O. (2003). « Barcelona's safer injection facility – EVA: A harm reduction program lacking official support ». *Journal of Drug Issues*. 33 (3), p. 689-712.
- Bastien, R., Levy, J.J., Olazabal, I., Trottier, G., Roy, E. (2002). « Analyse descriptive de la prévention des IST/VIH dans le travail de proximité : du dispositif de recherche à l'identification de nouveaux axes d'étude ». [In G. Godin, J.J. Levy, G. Trottier (Éd.) : *Vulnérabilités et prévention VIH/sida : Enjeux Contemporains*] Québec : Les Presses de l'Université Laval. Chapitre 4, pages 73-95.
- Bastien, R., Battaglini, A., Raynault, M-F., Larose, G., Bouthillier, M-E. (2003). *Prévention de proximité vers des populations jeunes, exclues et vulnérables : incursion dans l'univers des cultures et pratiques d'intervention de terrain*. Protocole de recherche, subvention FQRSC, recherche innovante.
- Beauchesne, L. (2000). « Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogue ». [In P. Brisson (Éd.) : *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol, III*] Montréal : Gaëtan Morin. Chapitre 3.
- Bourgeois, P. (2000). « Disciplining Addictions: The Bio-Politics of Methadone and Heroin in the United States ». *Culture, Medicine and Psychiatry*. 24, p. 165-195.
- Comité consultatif FPT sur la santé de la population, Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues, Comité consultatif FPT sur le sida, Groupe de travail FPT des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida (CCCG). (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Santé Canada. Page consultée sur le site <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/injection/index-fra.php>.

- Coppel, A. (1994). «De la clinique à la santé publique : traitement et réduction des risques». [In Ogien, A. et Mignon, P. (Éd.) : *La demande sociale de drogues*] Paris : La Documentation Française, p. 99-107.
- Gillet, M, Brochu, S. (2005). «Institutionnalisation des stratégies de réduction des méfaits au sein de l'agenda politique canadien : les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle». *Drogues, santé et société*. 4 (2), p. 79-139.
- Hathaway, A.D. (2001). «Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy». *International Journal of Drug Policy*. 12 (2), p. 125-137.
- Keane, H. (2003). «Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights». *International Journal of Drug Policy*. 14 (3), p. 227-232.
- Leclerc, B. (2000). «Les enjeux éthiques de la réduction des méfaits. Conditions limites d'une éthique de la tolérance». [In ASPQ : *Les enjeux éthiques en santé publique. Actes de colloque*. 20 et 21 mai 1999] Montréal : Éditions de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), p. 157-164.
- Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D., Nelles, J. (2004). *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Réseau juridique canadien VIH/sida. Page consultée en ligne sur le site <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=185>.
- Loue, S., Lurie, P., Lloyd, L.S. (1995). «Ethical issues raised by needle exchange programs». *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 23 (4), p. 382-388.
- Miller, P. G. (2001). «A Critical Review of The Harm Minimization Ideology in Australia». *Critical Public Health*. 11 (2), p. 167-178.
- Morales, L., Morel, A. (1998). *Étude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques en Europe*. Fédération Européenne des Intervenants en Toxicomanie (ERIT). Page consultée sur le site www.erit.org

- Nadeau, L. (1999). *La réduction des méfaits, une avancée déterminante, mais pas la seule solution*. Drogues par injection : enjeux pour la société. Université de Montréal et Santé Canada, p. 11-14.
- Pirès, A.P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». [In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pirès (Éd.) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*] Boucherville : Gaëtan Morin, p. 113-169.
- Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques ». [In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pirès (Éd.) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*] Boucherville : Gaëtan Morin, p. 173-209.
- Réseau juridique canadien VIH/sida. (1999). *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*. Page consultée sur le site <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=88>.
- Ricœur, P. (1985). « Avant la loi morale : l'éthique ». *Encyclopedia Universalis*. Supplément II, p. 42-45.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil, 420 p.
- Ricœur, P. (1995). *Le juste 1*. Paris : Éditions Esprit, 221 p.
- Ricœur, P. (2001). *Le juste 2*. Paris : Éditions Esprit, 297 p.
- Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E., Topp, J. (1999). « Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper ». *Substance Use & Misuse*. 34 (1), p. 9-24.
- Solai, S., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Benaroyo L. (2006). « Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland ». *International Journal of Drug Policy*. 17 (1), p. 17-22.

- Strathdee, S.A., Patrick, D.M., Currie, S.L., Cornelisse, P.G.A., Rekart, M. L., Montaner, J.S.G., Schechter, M.T., O'Shaughnessy, M. V. (1997). «Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study». *AIDS*. 11 (8), p. F59-F65.
- Strathdee, S.A., Vlahov, D. (2001). «The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy». *AIDScience*. 1 (16), p. 1-33.
- Strike, C.J., Challacombe, L., Myers, T., Millson, M. (2002). «Needle exchange programs: Delivery and access issues». *Canadian Journal of Public Health*. 93 (5), p. 339-343.
- Strike, C.J., O'Grady, C., Myers, T., Millson, M. (2004). «Pushing the boundaries of outreach work: the case of needle exchange programs in Canada». *Social Science & Medicine*. 59 (1), p. 209-219.
- Taylor, A., Kroll, B. (2004). «Working with Parental Substance Misuse: Dilemmas for Practice». *British Journal of Social Work*. 34 (8), p. 1115-1132.
- Wolf, J., Linssen, L., de Graaf, I. (2003). «Drug consumption facilities in the Netherlands». *Journal of Drug Issues*. 33 (3), p. 649-662.