Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique

Eve Dubé, PhD,^{1,2} Raymond Massé, PhD,³ Lina Noël, MA¹

RÉSUMÉ

Objectifs : Explorer les points de convergence et de divergence dans le positionnement éthique de la santé publique et de représentants de la population face à l'acceptabilité des interventions de réduction des méfaits, notamment des programmes d'échange de seringues.

Méthode : Quarante-neuf entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de francophones de la ville de Québec. L'analyse de contenu a porté sur les représentations des participants face aux personnes faisant usage de drogues par injection (UDI) et aux interventions qui leur sont destinées, de même que sur les politiques québécoises en matière de réduction des méfaits.

Résultats : Quatre grandes catégories de représentations sociales des personnes UDI ont émergé du discours des citoyens : elles étaient perçues comme souffrant d'une maladie (n=17), comme victimes d'une situation qui leur échappe (n=14), comme ayant choisi de consommer (n=12) ou comme personnes délinquantes (n=6). Ces représentations étaient associées à des positions éthiques différentes quant à l'acceptabilité des interventions de réduction des méfaits. Les principales divergences entre les positions des citoyens sur la réduction des méfaits et le discours de la santé publique concernaient la valeur de la tolérance et ses limites.

Conclusions : La population de Québec interviewée présentait un niveau relativement élevé de tolérance face à la distribution de seringues propres aux toxicomanes. L'éthique appliquée peut s'avérer une approche utile pour comprendre l'interprétation que font les citoyens des interventions de santé publique.

Mots clés : enjeux éthiques; réduction des méfaits; savoirs populaires; ethnoéthique

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2009;100(1):24-28.

À u Canada, la solution au problème de l'abus de substances psychotropes a longtemps été envisagée sous l'angle de la répression et de la judiciarisation des personnes toxicomanes. Le traitement de la toxicomanie basé sur l'abstinence s'avérait la seule approche proposée pour atteindre l'idéal d'une société sans drogues. L'apparition des premiers cas de VIH chez des personnes faisant usage de drogues par injection a renforcé l'idée d'une approche médicale et sociale de la toxicomanie¹. En 1987, le Canada s'est prononcé en faveur de la réduction des méfaits comme stratégie de lutte à la toxicomanie et aux infections transmissibles par le sang (ITS)². À la même époque, des chercheurs québécois ont alerté les autorités de santé publique sur la situation alarmante du VIH et l'urgence d'agir pour en réduire la transmission chez les personnes UDI³⁻⁶.

À l'instar du Canada, l'État québécois a appuyé le développement d'interventions préventives basées sur une approche de réduction des méfaits afin de limiter les risques sanitaires liés à la consommation de drogues par injection. Cette approche pragmatique et humaniste vise à diminuer les effets négatifs de l'usage de drogues injectables, sans porter de jugements et sans exiger l'abstinence. Les interventions basées sur la réduction des méfaits,* contrairement aux approches de « tolérance zéro », ne s'appuient pas sur des méthodes coercitives et s'éloignent de la morale sanitaire† habituellement promue par la santé publique⁸⁻¹⁰. Plutôt que de miser

sur le contrôle de soi et la responsabilité individuelle dans le maintien de la santé, ces interventions priorisent la tolérance et la responsabilité collective face à des individus vus comme vulnérables. En s'éloignant des mesures répressives traditionnelles face aux drogues, l'approche de réduction des méfaits est souvent présentée comme étant opposée aux valeurs partagées par la population¹¹⁻¹³. Dans la mesure où les enjeux éthiques sont généralement définis comme découlant des conflits de valeurs, une éthique de la santé publique devrait-elle s'intéresser aux représentations et aux valeurs de la population? Dans quelle mesure le postulat d'une opposition entre valeurs populaires et justifications éthiques des interventions de santé publique est-il fondé? Nous tenterons de répondre à ces questions en présentant les résultats d'une démarche exploratoire sur la nature et le degré de tolérance de citoyens vivant à proximité des centres d'accès aux seringues.

Généralement, les débats éthiques en santé publique portent sur les normes qui doivent orienter les actions. L'on oublie souvent de considérer l'ampleur du choc éthique engendré par la confrontation entre les valeurs promues par certaines interventions et les valeurs partagées par la majorité ou par certains groupes sociaux¹⁴⁻¹⁶. Les conflits éthiques suscités par les politiques et programmes de santé publique

Affiliations des auteurs

1. Institut national de santé publique du Québec, Québec
2. Unité de recherche en santé publique du CHUL-CHUQ, Québec
3. Département d'anthropologie, Université Laval, Québec

Correspondance et demandes de réimpression : Eve Dubé, Institut national de santé publique du Québec, 2400 d'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9, Tél. : 418-666-7000, poste 295, Téléc. : 418-666-2776, Courriel : eve.dube@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements : Cet article fait suite à une thèse de doctorat déposée à la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval en 2007 par Eve Dubé sous la direction de Raymond Massé et avec la contribution de Lina Noël. Des remerciements sincères sont adressés à tous les participants; sans leur collaboration, cette recherche n'aurait pas été possible.

* Au Québec, ce sont principalement les programmes d'échange de seringues, de substitution à la méthadone et de prescription d'héroïne sous supervision médicale.

† La santé publique peut être vue comme une entreprise moralisatrice qui, en définissant des normes concernant la façon dont les citoyens doivent « entretenir » leur corps, fait de la santé une valeur primordiale et contribue, de façon implicite, à associer un bon état de santé à une vie menée vertueusement⁷.

ont été analysés et discutés par des philosophes, des professionnels du domaine médical et des éthiciens^{14,16-18}. À l'inverse, les savoirs et les valeurs des citoyens réfléchissant à des dilemmes éthiques ont été peu documentés. L'objectif était d'explorer certains enjeux éthiques entourant l'acceptabilité des interventions de réduction des méfaits à partir de la perspective de résidents de la ville de Québec.

MÉTHODE

Dans une approche d'ethnoéthique, des résidents(es) francophones de la ville de Québec, n'utilisant pas de drogues par injection et dont la voix n'est habituellement pas entendue dans les débats, ont participé à l'étude. L'ethnoéthique¹⁹ est une éthique descriptive visant à cerner les valeurs qui guident les individus, de diverses cultures ou de divers sous-groupes sociaux, lorsqu'ils prennent des décisions éthiques dans un contexte donné.

Les techniques par intervalles et boule de neige ont été utilisées pour constituer l'échantillon. À partir des cartes géographiques de quartiers ciblés de la ville de Québec, des résidences ont été identifiées à intervalle fixe et de façon aléatoire et leurs occupants ont été sollicités pour participer à l'étude. Cette technique a été utilisée pour recruter les vingt premiers participants. Ces participants étaient invités, suite à l'entrevue, à fournir le nom d'un autre participant potentiel. Bien que les deux techniques d'échantillonnage choisies ne permettent pas d'estimer avec certitude le degré de représentativité de l'échantillon, leur association a permis d'éviter d'être confronté au phénomène de réseau tout en facilitant le recrutement.

Les entrevues ont été réalisées au domicile des participants et duraient approximativement une heure. Les représentations des participants sur les drogues injectables et les personnes UDI ainsi que leurs positions et leurs valeurs quant aux interventions de réduction des méfaits ont été abordées. Une courte définition de la réduction des méfaits étaient présentée au départ (Tableau 1).

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval.

Analyse des données

Les 49 entrevues, menées entre mars et août 2005, ont été enregistrées sur support audio et ont été retranscrites avant d'être soumises à une analyse de contenu thématique, réalisée à partir du logiciel N-VIVO. En s'appuyant sur les thèmes abordés durant les entrevues, les réponses ont été regroupées en grandes catégories. Chaque extrait étant identifié et codé, les caractéristiques communes et les différences ont été relevées; les similitudes et les oppositions de discours ont été résumées. Une analyse de contenu des politiques publiques québécoises sur la réduction des méfaits a aussi été effectuée²⁰⁻²⁵. Les valeurs des participants ont été confrontées à celles proposées comme fondements éthiques des interventions de santé publique afin de les comparer²⁶.

Caractéristiques des participants

Les 22 femmes et 27 hommes ayant participé à l'étude avaient entre 18 et 70 ans (Tableau 2). Le lieu de résidence a été contrôlé afin de tenir compte de l'impact du voisinage avec les personnes UDI. Les quartiers choisis pour le recrutement étaient à la fois proches géographiquement et distincts au niveau des conditions de vie^{27,28}. La moitié des participants résidaient dans des quartiers de la Basse-ville de Québec où se concentrent les interventions de réduction des méfaits et où la présence des personnes UDI est la plus visible

Tableau 1. Définition des interventions de réduction des méfaits présentée aux participants

Les interventions de réduction des méfaits visent à diminuer les effets négatifs de la consommation de drogues par injection sans porter de jugements de valeur sur l'usage ou vouloir le stopper. Au Québec, outre les programmes de substitution à la méthadone et de prescription d'héroïne sous supervision médicale, qui sont utilisés pour empêcher les symptômes du sevrage ou pour maintenir l'abstinence, les principaux programmes de réduction des méfaits pour les personnes faisant usage de drogues injectables (UDI) sont les programmes d'échange de seringues (PES). Depuis quelques années, plusieurs PES ont été implantés (dans plus de 600 lieux différents : organismes communautaires, CLSC, hôpitaux ou pharmacies). Ici, dans la ville de Québec, les personnes UDI ont accès à différents centres où ils peuvent aller échanger gratuitement leurs seringues souillées contre des seringues propres. Le principal objectif des PES est de réduire la transmission du VIH parmi les UDI et d'éviter que des seringues souillées soient jetées dans l'environnement.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude sur les enjeux éthiques liés aux interventions de réduction des méfaits

Caractéristiques	N	%
Sexe		
Féminin	22	45 %
Masculin	27	55 %
Âge (ans)		
18-29	13	26 %
30-39	6	12 %
40-49	13	26 %
50-59	12	24 %
60+	6	12 %
Lieu de résidence		
Quartier où la présence des personnes UDI est très perceptible	25	51 %
Quartier où la présence des personnes UDI est peu perceptible	24	49 %
Catégories d'emplois		
Emplois professionnels*	19	39 %
Emplois techniques†	17	35 %
Emplois ouvriers‡	6	12 %
Autres (retraités, chômeurs, étudiants)	7	14 %

* Cette catégorie regroupe le personnel dont les principales activités se rapportent à la conception, l'élaboration, l'analyse et l'évaluation des normes, procédés, systèmes et politiques relatifs aux opérations de l'organisation. L'accomplissement des tâches de ce genre d'emploi requiert généralement une scolarité de niveau universitaire ou l'équivalent.

† Cette catégorie comprend des emplois dont les principales activités se rapportent à l'exécution de travaux spécialisés, à la conception et à la réalisation de mécanismes facilitant l'application de normes, procédés, programmes et systèmes. L'accomplissement des tâches de ce genre d'emploi requiert généralement une scolarité de niveau collégial ou l'équivalent.

‡ Cette catégorie d'emplois comprend des emplois dont les tâches sont principalement manuelles. Elles exigent l'application de méthodes et de procédés spécialisés, généralement au moyen de machines et d'outils appropriés. L'accomplissement des tâches de ce genre d'emploi requiert généralement une scolarité de niveau secondaire (ou l'équivalent) ou inférieur.

(Institut de la Statistique du Québec, Description des catégories d'emplois. 2006; En ligne : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/march_travl_remnr/remnr_condt_travl/emploi2005/descr_cat_empl.htm, consulté le 3 décembre 2007)

(19/25 ont indiqué qu'ils trouvaient régulièrement des seringues souillées près de chez eux). L'autre moitié des participants habitaient en Haute-ville de Québec, un secteur où la présence des personnes UDI est peu perceptible (personne n'avait déjà vu une seringue souillée dans son quartier).

RÉSULTATS

Représentations des personnes UDI et positions sur la réduction des méfaits

Les représentations sociales associées aux personnes UDI ont été classées en quatre grandes catégories, soit les personnes UDI comme souffrant d'une maladie (n=17), comme victimes d'une situation qui leur échappe (n=14), comme individus ayant choisi de consom-

Tableau 3. Représentations sociales associées par les participants aux personnes UDI

Représentations des UDI	Nombre de participants	Extraits des verbatims
Ces personnes sont malades	17	Il y a des gens qui ont des prédispositions génétiques à la dépendance. Tu as des personnes qui boivent et qui ne deviennent jamais alcooliques, tu as des personnes qui fument quatre cigarettes par semaine et qui ne deviennent jamais de gros fumeurs et tu as des personnes qui ont quelque chose dans le système qui fait en sorte qu'ils vont devenir dépendants très facilement de tout ce que tu voudras (femme, 56-60 ans). N'importe qui de dépendant peut devenir UDI, parce que c'est la même maladie. N'importe qui qui a la maladie peut s'injecter. Il suffit que les choses se mettent en place et ça peut arriver. Quelqu'un qui n'a pas la maladie, il va l'essayer et ça va être fini (femme, 41-45 ans).
Ces personnes sont des victimes	14	Je pense que s'il y avait des statistiques à ce niveau là, ça serait surprenant de voir que les toxicomanes, ceux qui sont vraiment dans la dope jusqu'au cou, c'est probablement des gens qui ont un vécu très, très difficile et qui ont subi des expériences, soit des viols, des agressions, qui ont des traumatismes, des choses derrière eux (homme, 25-30 ans). Ah, c'est un problème de société. Ces gens là en arrivent à se droguer à cause de la pauvreté. Ce n'est pas tous des gens qui viennent de milieux défavorisés, mais c'est sûr qu'il y a des facteurs sociaux qui expliquent pourquoi ces gens là ont touché aux drogues dures (homme, 61-65 ans).
Ces personnes ont choisi de consommer	12	Il faut pas dramatiser non plus, ce n'est pas toujours comme ce qu'ils te disent au secondaire par exemple, genre tu en prends une fois et c'est la déchéance ! Les drogues injectables, j'imagine que comme dans tous les types de consommation, il doit y avoir du monde qui ont les pieds sur terre. Mais notre première image... Mais, moi je n'aime pas ça mettre tout le monde dans le même panier (femme, 25-30 ans). Il y en a que ça peut être juste pour l'expérience, parce qu'ils sont curieux de nature, qu'ils veulent voir et essayer des choses nouvelles et il y en a d'autres que c'est parce que leur vie va mal. Pour moi, les UDI, ça doit être ceux qui essaient tout et qui veulent toujours aller plus fort, vers l'effet le plus efficace (femme, 46-50 ans).
Ces personnes sont des délinquants	6	C'est dur à dire, je ne comprends pas ça moi, on dirait que ça me fait même peur (...). On dirait des rats. Comme des rats d'égouts qui s'en vont dans les égouts et qui se cachent et qui font des affaires secrètes dans le fond de l'égout. Et un rat ce n'est pas propre et ça amène des maladies, moi je vois ça comme ça. Les rats sont là, ils sont cachés et le monde normal sont à côté, ils ne les voient pas (homme, 30-35 ans). Ils représentent un danger par la contamination, la transmission de maladies, la transmission du sida. En s'injectant à torts et à travers, n'importe comment, un peu partout, c'est des risques associés. Ils font un peu de délits, ils volent pour s'en procurer, ils se prostituent... Ils finissent par créer de nombreux problèmes autour de cette consommation là, pour eux, et pour le reste de la société (femme, 51-55 ans).

mer (n=12) ou comme délinquants (n=6) (Tableau 3). Les participants qui associaient l'usage de drogues par injection à une maladie ou qui estimaient que les usagers étaient victimes de conditions de vie difficiles, de l'influence néfaste de leur entourage ou d'une enfance malheureuse considéraient que la consommation de drogues injectables n'était pas un choix délibéré. Ces participants se représentaient les personnes UDI comme un « groupe à risque », un groupe vulnérable aux plans sociaux et sanitaires. Ils tendaient davantage à se prononcer en faveur des interventions de réduction des méfaits et ce, dans la mesure où ces dernières permettraient de venir en aide aux personnes UDI.

À l'opposé, les participants pour lesquels les personnes UDI étaient perçues comme ayant fait le choix délibéré de consommer (n=12) ou comme des délinquants (n=6) les associaient à un « facteur de risque » pour la collectivité. Ces participants estimaient que les personnes UDI exposaient la communauté à la transmission des infections et à la criminalité (Tableau 3). La responsabilité individuelle dans l'usage de drogues injectables était au cœur de leur discours. Ils se montraient favorables aux interventions de réduction des méfaits dans une logique utilitariste, puisqu'elles permettent de protéger la santé de la collectivité. L'analyse n'a pas mis en évidence de différences entre les représentations des participants selon leurs caractéristiques sociodémographiques. Les interventions de réduction des méfaits semblaient acceptables pour une majorité de participants (42/49), vivant ou non à proximité des personnes UDI.

L'analyse des politiques publiques a par ailleurs mis en lumière l'importance occupée par la rationalité instrumentale, aux côtés des considérations de bienfaisance, dans la justification des interventions de réduction des méfaits^{29,30}. La notion même de réduction des

méfais y était présentée comme une mesure efficace pour contrôler l'épidémie d'ITS parmi les personnes UDI, pour en réduire les coûts et pour protéger la santé de la collectivité^{30, 31}. Il y était peu fait mention de l'amélioration des conditions de vie des personnes UDI. Ainsi, ce sont les risques que constituaient les personnes UDI qui ont été ciblés par l'État davantage que la réduction des méfaits de la consommation inappropriée à l'égard des personnes toxicomanes^{25,29,30}.

Enjeux éthiques de la réduction des méfaits

C'est autour de la valeur de la tolérance, et de ses limites, que les différences entre le discours officiel de l'État sur la réduction des méfaits et les positions des citoyens rencontrés étaient les plus marquées.

L'État faisait la promotion d'une tolérance utilitariste et pragmatique envers les drogues et les personnes UDI^{21,25}. L'objectif étant que le comportement à risque (l'injection de drogues) soit libre de tout dommage immédiat à l'individu ou à la collectivité. Chez les participants qui se représentaient les UDI comme des malades ou des victimes, la tolérance envers la réduction des méfaits reposait plutôt sur des valeurs de solidarité et d'entraide envers les personnes UDI; cette tolérance n'était limitée que par des considérations d'efficacité des interventions. Nous l'avons qualifiée de tolérance compatissante. Pour les participants qui se représentaient les UDI comme des consommateurs ou comme des délinquants, la réduction des méfaits était tolérée tant et aussi longtemps qu'elle permettait de protéger la collectivité contre la transmission d'ITS et la criminalité engendrées par la consommation de drogues par injection. Cette tolérance s'articulait autour d'une vision de défense sociale, visant à protéger les « bons citoyens » de la « contamination » des toxicomanes¹¹. Elle a été qualifiée de tolérance bouclier (Tableau 4).

Tableau 4. Postures éthiques des participants par rapport aux interventions de réduction des méfaits

Représentations des personnes UDI	Positions sur la réduction des méfaits	Extraits des verbatims	Valeurs prioritaires
Posture éthique basée sur une tolérance compatissante			
Les personnes UDI sont des malades ou des victimes (N=31)	Très favorable , c'est une façon de soigner et de diminuer les souffrances des UDI	La drogue, ce n'est pas toujours un choix, les gens qui consomment des drogues en sont les premières victimes. Il faut leur venir en aide. Il faut s'assurer qu'ils aient le moins de conséquences possibles, il faut s'ouvrir à ces gens qui sont très malheureux (homme, 61-65 ans).	Solidarité et entraide ; Tolérance et ouverture ; Compassion et accueil.
Posture éthique basée sur une tolérance bouclier*			
Les personnes UDI sont des consommateurs (N=12)	Favorable , c'est un moyen de protéger la santé de la population et des UDI et de diminuer les coûts liés à la consommation	C'est un moindre mal. Les programmes de réduction des méfaits, c'est juste d'être plus honnête que de laisser les UDI mourir à petits feux. Les risques de maladies sont moindres pour eux et pour les autres. Et aussi, juste en terme de sous, c'est beaucoup mieux que de les soigner du sida (homme, 18-24 ans).	Respect de la liberté individuelle ; Responsabilité individuelle face à sa santé.
Les personnes UDI sont des délinquants (N=6)	Défavorable , c'est une stratégie inefficace et inutile, les UDI ne méritent pas cette aide	Ils ont commencé à prendre de la drogue, qu'ils en assument les conséquences. C'est vraiment injuste qu'on paie pour du monde qui se sont mis volontairement dans le trouble. Si tu les sors trop de leur misère, ils ne voudront plus arrêter de consommer (femme, 25-30 ans).	Responsabilité individuelle face à sa santé ; Justice sociale basée sur le mérite personnel.

* Tolérer ne signifie pas accepter, mais s'abstenir dans les actions et opinions des autres que l'on trouve désagréables et moralement répréhensibles (Canto-Sperber : 1998, Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, PUF).

DISCUSSION

Certains auteurs^{11,12,32} soutiennent qu'il existe un écart majeur entre les valeurs promues par l'approche de réduction des méfaits et celles qui sont partagées par les citoyens. Les résultats de la présente recherche vont plutôt à l'encontre de l'hypothèse voulant que la population rejette d'emblée les toxicomanes et les interventions visant à réduire les impacts de leurs pratiques à risque. En général, les participants se montraient favorables aux interventions basées sur la réduction des méfaits. Ils étaient conscients que ces interventions pouvaient engendrer des impacts bénéfiques sur la santé et sur l'économie et permettre de contrôler les irritants liés à la consommation de drogues injectables (diminution des seringues souillées dans l'environnement, du tapage nocturne, de la mendicité et de la prostitution). La rationalité instrumentale et l'utilitarisme qui sous-tendent la majorité des interventions de santé publique^{18,33,34}, dont les interventions axées sur la réduction des méfaits, n'entraînent pas en conflit avec les rationalités utilisées par les participants pour penser la réduction des méfaits. Aussi, les valeurs de solidarité et de bienfaisance des participants face à la réduction des méfaits s'inscrivaient en continuité avec les valeurs d'équité, d'universalité et de justice sociale servant de fondements éthiques à l'intervention massive de l'État québécois dans le champ de la santé^{18,26}.

Lorsqu'il est question de prendre en considération les valeurs populaires dans la construction des normes éthiques en santé publique, plusieurs risques sont rapidement soulevés : discrimination et stigmatisation des minorités³⁵, demandes irrationnelles³⁶ ou écart des valeurs promues par la santé publique³⁷. Certains craignent qu'une éthique empirique appliquée à la santé publique ne tombe dans une « tyrannie de la majorité »³⁷ ou une dictature des « mal informés »³⁵. La présente étude, comme d'autres recherches empiriques^{38,39}, a illustré que des citoyens « ordinaires » sont préoccupés par les questions sociales et sont outillés pour débattre des problèmes complexes dans une perspective favorisant le bien commun et la vie sociale. Les citoyens rencontrés n'adhéraient pas mécaniquement aux approches prohibitionnistes traditionnelles envers les drogues.

Enfin, les valeurs des personnes interrogées, et leur construction de la tolérance, ne variaient pas selon le quartier où ils habitaient,

leur profession ou leur âge, mais selon la représentation qu'ils avaient des personnes UDI. Plus les participants considéraient que les personnes UDI n'étaient pas responsables de leur consommation, en raison de vulnérabilités sociales ou personnelles, plus ils étaient favorables aux interventions de réduction des méfaits. À l'inverse, plus les participants considéraient ces personnes comme responsables de leur consommation, par choix ou par manque de « volonté » pour faire face aux adversités, plus ils s'y opposaient. En associant des valeurs morales à des comportements, les représentations des participants prenaient donc une connotation morale et soulignaient l'influence des représentations sociales de la santé sur les positions par rapport aux interventions préventives⁴⁰.

La taille de l'échantillon n'autorise pas les généralisations, non plus qu'elle n'offre la possibilité d'établir des comparaisons entre les valeurs sur la réduction des méfaits et des caractéristiques sociales, culturelles ou démographiques. Toutefois, ces associations mériteraient d'être validées dans le cadre d'une recherche plus large tout comme il faudrait inclure les savoirs et les valeurs des personnes UDI dans l'analyse éthique des interventions de réduction des méfaits.

Malgré ces limites, l'étude tend à valider l'hypothèse voulant que la moralité populaire liée à la santé et la prévention ne s'oppose pas de façon radicale aux justifications éthiques véhiculées par la santé publique. Puisque l'un des fondements philosophiques de l'approche de réduction des méfaits est la réintégration des personnes UDI dans la communauté⁴¹, il apparaît essentiel de tenir compte des savoirs et des valeurs des citoyens.

CONCLUSION

Bien que cette recherche ne révélait pas de conflits majeurs entre la position éthique des citoyens sur la réduction des méfaits et celle de l'État, l'intégration des savoirs et des valeurs de la population dans la réflexion éthique en santé publique demeure essentielle. Les professionnels de santé publique et les décideurs doivent reconnaître l'existence d'un savoir populaire qui influence la perception et la réponse des citoyens aux programmes de prévention et de promotion de la santé⁴⁰. Puisqu'ils vivent les conséquences directes des interventions mises en place par la santé publique, les citoyens

peuvent à certains égards être considérés comme des « experts du terrain », dont les savoirs pratiques viennent compléter ceux des experts¹⁸.

D'avantage qu'une stratégie politique permettant de rationaliser les dépenses en anticipant les réactions imprévisibles et les conflits ou en s'assurant le soutien de la communauté pour des stratégies déjà légitimées, la participation de la population permet de reconnaître les savoirs et les valeurs des citoyens, premiers concernés par les interventions¹⁵.

Bref, l'ethnoéthique permet de dépasser les limites d'une analyse fondée uniquement sur des principes abstraits afin de considérer le contexte de même que les opinions et intérêts des divers acteurs touchés par un dilemme. En ce sens, elle évite les écueils des approches plus traditionnelles qui associent le sens moral commun à l'irrationalité^{38,42,43}. Dans une éthique appliquée à la santé publique, il est essentiel d'établir une négociation entre les valeurs de la population concernée par les interventions et les valeurs qui justifient ces interventions.

RÉFÉRENCES

- Brette RP. HIV and harm reduction for injection drug users. *AIDS* 1991;5:125-36.
- Riley D. *Le modèle de réduction des méfaits - Une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*. Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 1994;16.
- Hankins CA, Gendron S, Bruneau J. Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec. *RHMC* 1989;15(33):168-70.
- Lamothe F, Bruneau J, Soto J, Brabant M, Vincelette J. Prévalence de l'infection à VIH-1 chez les usagers de drogues par injection, Montréal, 1985-1987. *RHMC* 1988;14(50):225-27.
- Lamothe F, Bruneau J, Soto J, Vincelette J, Brabant M, Lachance N. Progression of prevalence of HIV-1 infection among injection drug users in Montréal, Québec. *RHMC* 1992;18(3):98-101.
- Lamothe F, Bruneau J, Coates R, Rankin JG, Soto J, Arshinoff R. Seroprevalence and risk factors for HIV-1 infection in injecting drug users in Montreal and Toronto: A collaborative study. *CMAJ* 1993;149(7):945-51.
- Derryck A, LaRossa P, Steinberg S, Capasso M, Pitt J, Gershon AA. Varicella and zoster in children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17(10):931-33.
- Leichter H. Lifestyle correctness and the new secular morality. Dans: Brandt AM, Rozin P (Dir.), *Morality + Health*. New York et London: Routledge, 1997;359-78.
- Petersen A, Lupton D. The new public health. Health and self in the age of risk. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1996.
- Katz S. Secular morality. Dans: Brandt AM, Rozin P (Dir.), *Morality + Health*. New York et London: Routledge, 1997;297-330.
- Beauchesne L. Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues. Dans: Brisson P (Dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin, 2000;73-101.
- Perretti-Watel P. Heroin users as folk devils and French public attitudes toward public health policy. *Int J Drug Policy* 2003;14(4):321-29.
- Bourgeois P. Disciplining Addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2000;24(2):165-95.
- Guttman N. *Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.
- Massé R. Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique. *Éthique publique* 2005;7(2):107-24.
- Burls A. Public participation in public health decisions. Dans: Bradley P, Burls A (Éd.), *Ethics in Public and Community Health*. London et New York: Routledge, 2000;148-58.
- Bourgeault G. Éthique et santé publique. À propos des conflits de valeurs. *Ruptures* 1998;5(2):225-40.
- Massé R. Éthique et santé publique, Enjeux, valeurs et normativité. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2003.
- Lieban RW. Medical anthropology and the comparative study of medical ethics. In: Weisz G (Ed.), *Social Science Perspective on Medical Ethics*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1990;221-39.
- MSSS. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004;56.
- Biron C. Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations et stratégie. Québec : MSSS - Gouvernement du Québec, 1998;48.
- MSSS. Agir ensemble. Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie. MSSS. 2002;19.
- MSSS. Plan d'action en toxicomanie 1992-2001. Direction des communications - MSSS, 1998.
- MSSS. Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes. Gouvernement du Québec, 1998.
- MSSS. Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Orientations et stratégie. La réduction des méfaits chez les usagers de substance psychoactives : les actions évaluées. Gouvernement du Québec, 1997.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2003-2012, Gouvernement du Québec, 2003;1-133.
- Institut de la Statistique du Québec, I.S.Q., Profils des régions et des MRC : La Capitale-Nationale ainsi que ses municipalités régionales de comté 2007; Disponible en ligne à l'adresse : http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_03/ (consulté le 7 février 2007).
- Perreault M, Thivierge E. La ville et la toxicomanie : les enjeux de la désintégration des quartiers - Synthèse. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1999;73.
- MSSS. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Document complémentaire, Programme national de santé publique. Santé et services sociaux Québec, 2004.
- MSSS. Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions. Santé et services sociaux du Québec. 2001.
- MSSS. Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Orientations et stratégie. La réduction des méfaits chez les usagers de substance psychoactives : les actions évaluées. Québec : Santé et services sociaux du Québec, 1997.
- Carrier N, Quirion B. Les logiques de contrôle de l'usage de drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périlisation. *Drogues, santé et sociétés* 2003;2(1):1-30.
- Buchanan DR. An ethic of health promotion. Rethinking the sources of human well-being. Oxford, UK: Oxford University Press, 2000.
- Holland S. *Public Health Ethics*. Malden, MA: Polity Press, 2007.
- Chapman S. Public health should not be a popularity contest: A reply to Gavin Mooney. *Austr N Z J Public Health* 2000;24(3):337-39.
- Pellegrino ED. The limitation of empirical research in ethics. *J Clin Ethics* 1995;6(2):161-62.
- Ubel PA. The challenge of measuring community values in ways appropriate for setting health care priorities. *Kennedy Institute of Ethics J* 1999;9(3):263-84.
- Callon M, Lascoumes P, Barthe Y. Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique. Paris: Éditions du Seuil, 2001;358.
- Brown P. Popular epidemiology and toxic waste contamination: Lay and professional ways of knowing. *J Health Soc Behav* 1992;33(3):267-81.
- Massé R. *Culture et santé publique*. Boucherville : Gaëtan Morin, 1995.
- Brisson P. *La réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997;109.
- Caplan AL. Moral experts and moral expertise. In: Hoffmaster B, Freedman B, Fraser G (Eds.), *Clinical Ethics: Theory and Practice*. New Jersey: Humana Press, 1989;59-87.
- Baylis F. Persons with moral expertise and moral experts. In: Hoffmaster B, Freedman B, Fraser G (Eds.), *Clinical Ethics: Theory and Practice*. New Jersey: Humana Press, 1989;88-99.

Reçu : 19 décembre 2007

Accepté : 8 août 2008

ABSTRACT

Objective: To explore convergence and divergence in ethical stances of public health and of members of the population regarding acceptability of harm reduction interventions, in particular needle exchange programs.

Methods: Forty-nine semi-structured interviews were conducted with French-speaking residents of Quebec City. Content analysis was done to explore the views of the respondents with regard to injection drug users (IDUs) and interventions addressed to them, as well as Quebec policies on harm reduction.

Results: Four main categories of social representations about IDUs have emerged from the discourses of the respondents. IDU were represented as: suffering from a disease (n=17); victim of a situation that they could not control (n=14); having chosen to use drugs (n=12); or delinquent people (n=6). Those social representations were associated with different ethical stances regarding acceptability of harm reduction interventions. Main divergences between respondents' ethical positions on harm reduction and public health discourses were related to the value of tolerance and its limits.

Conclusions: The Quebec City population interviewed in this study had a high level of tolerance regarding needle distribution to drug addicts. Applied ethics could be a useful way to understand citizens' interpretation of public health interventions.

Key words: Ethical analysis; harm reduction; popular knowledge; ethnoethics