

Université de Montréal

**L'intervention en contexte de réduction des méfaits et
consommation de drogue :
Ethnographie des négociations morales des intervenantes d'un
organisme communautaire**

Par Anaïs Baridon

Département d'Anthropologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
En Anthropologie

Décembre 2017

© Anaïs Baridon, 2017

Résumé

Ce mémoire de maîtrise est l'aboutissement d'une recherche effectuée au sein d'un organisme communautaire d'intervention en toxicomanie. Ce dernier est inspiré de l'approche de réduction des méfaits et s'inscrit dans un contexte urbain canadien. Nous nous penchons particulièrement sur les effets de l'institutionnalisation de cette approche en santé publique. La collecte de données a totalisé un peu plus de 200 heures d'observation et 19 entretiens semi-dirigés.

La recherche a pour but d'éclairer la mise en action des orientations axiologiques par l'équipe d'intervention, et principalement par les intervenantes. Cet ensemble d'orientations et de priorités d'action, inspiré de la réduction des méfaits et du champ de service social, est observé en tant que système local de normes et de valeurs. L'adhésion à ce système de valeurs au quotidien soulève plusieurs enjeux, à différents niveaux : éthiques, relationnels, personnels, professionnels et sociétaux. Cette adhésion s'opère généralement à travers la cohésion d'équipe et les mécanismes professionnels. En tant que sujets éthiques, les membres de l'équipe d'intervention en viennent donc à négocier leur position et le sens accordé à leur pratique, à travers un ensemble de balises propre à cette communauté morale. L'éthique est en effet considérée ici comme le lieu de critique sociale, politique et économique. Toutefois, à travers l'observation de l'éthos d'intervention dans ce contexte, ce sont les possibilités d'action et de réflexion éthique qui sont en jeu. Ce mémoire se penche donc sur la dialectique des différentes forces normatives en interaction, dans les micro interactions avec les usagers, et celles avec les mécanismes des institutions, incluant la santé publique. Ces forces entraînent à la fois des limites et certaines possibilités d'action pour les intervenantes, qui agissent en tant que sujets éthiques et moraux. Ces possibilités sont autant d'indices concernant les limites de la prise en charge inspirée de l'institutionnalisation de la réduction des méfaits.

Mots-clés : réduction des méfaits, éthique, morale, éthos, anthropologie de la santé, anthropologie des moralités et des éthiques, interactionnisme symbolique, intervention sociale, organisme communautaire, profession, normalisation, drogues, pauvreté, marginalité, relation d'aide.

Abstract

This master's thesis is the result of a research conducted among a social intervention community organization in drug addiction. This community bases its work on a harm reduction approach and is in a Canadian urban center. This research is especially oriented toward the institutionalization of harm reduction in the public health system. This analysis is mostly based on more than 200 hours of observation, and 19 semi-structured interviews.

The research aims to enlighten how the intervention team, and especially the social workers and case workers, put into application their axiological foundations. This set of priorities, inspired by harm reduction and the field of social work, shape a local system of norms and values. The daily adherence to this system of values leads to various issues, observed at various levels: ethical, interpersonal, personal, professional and societal. This adherence is generally observed through team cohesion and professional mechanisms. Doing so, the intervention team members act as ethical subjects, and end up negotiating with their own position and the meaning they give to their work, through the moral community landmarks. In this context, ethic serves as ground for social, political and economical criticism. Nevertheless, through observation of the team's intervention ethos, we consider that it is their very possibilities of action and of ethical reflection which are at stakes. Therefore, this master's thesis is about the interaction of various normative unfolding in micro interactions with service users, and with the institutions including public health mechanisms. As they act as limiting forces, they also open a field of possibilities for social workers as ethical and moral subjects. Those possibilities are entries to investigate the institutionalized harm reduction system and its limits of application.

Keywords: harm reduction, ethic, moral, ethos, health anthropology, moral and ethical anthropology, symbolic interactionism, social intervention, community organization, profession, normalization, drugs, poverty, marginality, help relation.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des sigles	vi
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : État des lieux et problématique.....	5
1.1 Mise en contexte	5
1.2 Cadre analytique	8
1.3 L’anthropologie des moralités et des éthiques.....	10
1.3.1 La morale comme fait social.....	10
1.3.2 Définition des concepts.....	12
1.4 Réduction des méfaits	15
1.4.1 Définitions de l’approche.....	16
1.4.2 Institutionnalisation d’une contestation	17
1.4.3 Enjeux des fondements axiologiques de l’approche.....	26
Synthèse du Chapitre 1	29
Chapitre 2 : Méthodologie et contexte.....	31
2.1 Démarche méthodologique	31
2.1.1 Question de recherche et objectifs	32
2.1.2 Une approche ethnographique	33
2.1.3 La collecte de données	36
2.1.4 L’analyse des données	42
2.1.5 Considérations éthiques	45
2.1.6 Les limites de l’étude	45
2.2 Le contexte d’étude.....	46
2.2.1 Le lieu : un organisme ancré dans le milieu	46
2.2.2 La mission : mandat, philosophie, valeurs.....	49

Synthèse du Chapitre 2	51
Chapitre 3 : La pratique d'intervention pour créer du lien	53
3.1 Discours sur le système de valeurs de l'organisme	53
3.2 La relation à l'autre : interaction entre les systèmes.....	56
3.2.1 Un lien authentique pour une intervention approfondie	57
3.2.2 Être en lien avec le milieu : proximité et collaboration.....	58
3.2.3 L'accueil sans jugement.....	61
3.2.4 La tolérance.....	65
3.3 Les limites de la proximité : le paradoxe de la profession.....	69
3.3.1 Une relation authentique avec l'autre, cadrée de limites professionnelles	70
3.3.2 Valorisation du groupe pour une cohésion d'équipe	74
3.3.3 Changer sa perception pour intervenir : une négociation morale	78
Synthèse du Chapitre 3	79
Chapitre 4 : Engagements moraux et techniques de soi	81
4.1 Étude de cas : la situation particulière des femmes enceintes	82
4.1.1 Genèse de la réflexion à partir d'une situation observée	82
4.1.2 Conception de la femme enceinte dans le champ du service social	82
4.1.3 Description du corpus : entre norme de pratique et ressenti.....	86
4.2 Engagement moral des intervenantes de l'organisme et parti pris	92
4.2.1 Relativisme moral pratique, philosophique, et méthodologique	92
4.2.2 Sens commun accordé à la pratique : défense de la communauté morale	95
4.2.3 Entre relativisme moral et pluralité normative	97
4.3 Le rôle de la profession dans la norme d'intervention.....	99
4.3.1 Supervision, rationalisation, négociation.....	99
4.3.2 Techniques de soi et reconnaissance identitaire professionnelle	101
4.3.3 Éthique antérieure et éthique de l'action : dialogue et échange.....	104
Synthèse du Chapitre 4	105
Chapitre 5 : Interaction entre les systèmes et reproduction de l'éthos	107
5.1 Économie morale locale : quelques balises	107
5.2 L'éthos d'intervention et les limites d'interaction	111
5.2.1 Maintien du rôle par la communication	113

5.2.2	Confusion du rôle des intervenantes dans le milieu.....	115
5.2.3	Interaction avec la structure ; retour du poids de la moralité séculière	118
5.3	Le lien authentique : entre possibilités et limites à la liberté éthique	121
5.3.1	L'institutionnalisation de la réduction des méfaits comme mécanisme de gouvernementalité.....	122
5.3.2	<i>Lumpen abuse</i> : les effets sur le corps	125
5.3.3	Les intervenantes intermédiaires au rendement de la santé publique ?	128
	Synthèse du Chapitre 5	137
	Conclusion	140
	Bibliographie.....	i

Liste des sigles

TR : Travailleur/Travailleuse de rue

UDII : Utilisateur/utilisatrice de drogues injectables et inhalables

RdM : Réduction des méfaits

ITSS : Infection transmissible sexuellement et par le sang

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

*Pour Louis,
Celui de mon enfance et celui de mon terrain.*

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier chaleureusement l'équipe d'intervention qui m'a accueilli (et supporté) dans mes allers et venues. Merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées là-bas, des usagers à la direction. Merci de m'avoir fait partager votre expérience et d'avoir enrichi la mienne. Et puis, simplement, merci d'avoir fait confiance à l'anthropologie.

Julien, je te remercie pour ton soutien, même à quelques 6000 kilomètres de distance. Merci pour ta présence à tout moment, et dans les pires moments. Merci pour l'amour que tu me portes et la grande motivation que tu m'as donnée. Tu m'as aidé à retrouver un sens à ce que je faisais.

Merci Stéphane! Merci pour l'entraide, les contacts, les conseils judicieux, et les discussions stimulantes, et ce, du début de mon projet jusqu'à sa fin. Sans toi je n'aurais peut-être jamais trouvé le chemin de cet organisme qui m'a ouvert ses portes.

Ma directrice Sylvie Fortin, qui a su me remettre sur les rails à chaque rencontre. Merci de m'avoir laissé la liberté de vivre la complexité d'une première recherche, tant sur le plan émotionnel que méthodologique.

Merci à notre groupe d'écriture! Merci pour les rencontres, les coups de fouet, de motivation, les critiques et les félicitations. Merci aussi à mes camarades du département d'anthropologie qui m'ont fait cheminer de différentes façons. Merci Cass! Camarade de travail, camarade de réflexion, de *chialage*, et surtout, amie.

Un remerciement particulier à mes colocataires qui ont supporté mon caractère de cochon pendant ces mois d'été de rédaction. Chaque tentative pour me détendre était appréciée!

Merci à ma famille, qui, malgré mon avenir incertain, m'a sans cesse soutenu dans mes projets. Merci de vous intéresser à ce que je fais.

Enfin, merci à mes ami.e.s, qui étaient ma seule motivation pour sortir de ma tanière. À ceux et celles qui m'ont vu durant l'été 2017 : big up! Vous avez été d'un support moral indéniable : Gweg, Le Poulpe, encore Cass, les colocataires et gens de passage sur de Normanville, les jardins Craterre ... sans vous, j'aurais fini encore plus tarée.

Introduction

« Dans la société, la solution de chaque nouveau problème d'information et de régulation est recherchée sinon obtenue par la création d'organismes ou d'institutions « parallèles » à ceux dont l'insuffisance par sclérose et routine éclate à un moment donné. » (Canguilhem 1966, 190)

Certaines personnes diabolisent les effets de la consommation de cocaïne, d'autres l'alcool. Certains individus idolâtrèrent le LSD, alors que d'autres idéalisent le cannabis. Certains ne peuvent supporter les consommateurs de crack, et d'autres les consommateurs d'héroïne. Différentes perceptions, pour différentes expériences et différents contextes. C'est cette pluralité de perceptions qui a attiré mon attention sur l'aide aux personnes consommatrices marginalisées : pourquoi et comment les aider ? Que signifie les aider, et selon qui ? Cette question ne pouvait être détachée de celle concernant le fonctionnement des sociétés urbaines contemporaines, et l'interaction des différents groupes et individus en leur sein. En effet, l'anthropologie urbaine permet de dire qu'il y a autant de systèmes de normes que de groupes sociaux en interaction. Lorsque l'on se penche sur un milieu précis, tel celui de la santé, c'est tout autant de systèmes de normes et de rationalités qui se rencontrent, que ce soit en milieu hospitalier ou en intervention sociale. Dans ce contexte, le rapport entre la norme et la marge, entre le normal et le pathologique, doit être relativisé, et plutôt pensé en termes de relations.

Au cours de l'élaboration de mon sujet de recherche, j'ai donc été amenée à m'intéresser à la santé publique et aux relations de pouvoir qui la composent. Plus précisément, ce sont les paradigmes de prise en charge des personnes consommatrices de drogues qui ont attirés mon attention. Afin de comprendre ces paradigmes, je me suis penchée sur une approche institutionnalisée en intervention sociale, appliquée dans un contexte précis : la réduction des méfaits. Cette approche trouve ses origines dans le milieu communautaire, où primait la défense des droits des personnes consommatrices. Le milieu communautaire est alors associé, encore aujourd'hui, à un esprit revendicateur concernant la consommation et les personnes consommatrices. Tandis que l'approche est institutionnalisée et présente dans le discours du service social, médical et politique, il semblait pertinent d'explorer l'appropriation qu'en font les acteurs et actrices du milieu communautaire. Pour cela, je me suis penchée sur

un organisme communautaire d'intervention d'un centre urbain canadien. Je me retrouvais alors dans un milieu qui *a priori* se détachait des réflexions théoriques universitaires, tandis qu'il abritait l'action concrète quotidienne. J'ai toutefois été accueillie à bras ouverts pour les qualités de la méthode anthropologique, que l'équipe d'intervention trouvait particulièrement pertinente. J'en appris alors énormément sur la réflexivité constante des intervenantes concernant leur pratique, en même temps que je découvrais un milieu qui m'était totalement inconnu. Je l'approchais donc en toute naïveté comme un monde entier à découvrir.

Ce mémoire vise donc à documenter la pratique d'intervention en milieu communautaire en contexte de consommation de drogues et de réduction des méfaits, avec une focale mise sur les personnes intervenantes. Plus précisément, je pose la question principale suivante : quelles sont les valeurs promues au sein de l'équipe d'intervention? À travers ce questionnement, le présent mémoire sonde les processus selon lesquels les intervenantes vivent le quotidien de l'action, et attribuent un sens à leurs actions, en relation avec l'autre. Le premier chapitre présente alors le contexte dans lequel s'inscrit la recherche, c'est-à-dire dans les recherches anthropologiques concernant la consommation de drogue et sa prise en charge. Puis, les différentes théories qui inspirent la recherche sont abordées : philosophie des sciences, interactionnisme symbolique, et anthropologie des moralités et des éthiques. C'est ensuite le thème de la réduction des méfaits qui est approfondi à partir de la recension de littérature qui lui est consacrée. Cette revue de littérature permet alors d'aborder les enjeux soulevés par une telle approche. Ce sont principalement des enjeux de valeurs et de normativité qui sont mis en branle, puisque c'est sur une anthropologie des moralités et des éthiques que s'appuie cette recherche. Enfin, les enjeux de l'institutionnalisation de l'approche permettent d'aborder ceux des valeurs qui lui sont associées dans la littérature en sciences sociales : l'*empowerment*, la tolérance, la justice sociale.

Dans le second chapitre, la question de recherche est présentée ainsi que les différents objectifs qui en guident les réponses : je m'intéresse particulièrement, dans une perspective d'interactionnisme symbolique, au travail sur le sens donné aux valeurs et aux actions des intervenantes. La démarche méthodologique, quant à elle, est ancrée dans l'ethnographie qualitative et l'observation participante. Le contexte du lieu d'étude est ensuite décrit : le lieu

physique et la réalité dans laquelle s'ancre l'organisme, ainsi que la présentation de sa mission.

Ensuite, le troisième chapitre introduit les pistes de résultats de la collecte de données. Il dresse alors le portrait de quelques-unes de ces valeurs, prioritaires à l'analyse, ainsi que la façon dont elles forment la pratique d'intervention. J'aborde consécutivement le lien authentique et de confiance, la proximité, l'accueil, le non-jugement, et la tolérance. L'observation de la mise en acte des valeurs permet de mieux comprendre le rôle de la profession et de la cohésion d'équipe dans cet engagement axiologique.

Le quatrième chapitre présente une étude de cas sur l'intervention auprès des femmes enceintes. Elle donne à voir l'engagement moral que prennent les personnes intervenantes, ainsi que le travail qu'elles font sur elles-mêmes pour mener à bien la mission de l'organisme et respecter leur engagement. Une courte revue de littérature concernant les valeurs qui entourent le travail social et la protection de l'enfance accompagne les résultats du cas à l'étude. L'intervention auprès d'une femme enceinte dans ce contexte est souvent définie comme un cas difficile. Je m'intéresse alors aux enjeux concernant la mise en acte des valeurs dans ce cas précis. Cela implique de s'intéresser à l'engagement des intervenantes auprès de la femme, et auprès de la protection de l'enfance. Cet engagement traduit un rôle auquel les intervenantes doivent correspondre, et sur lequel elles travaillent au quotidien. Nous pouvons alors parler de leur trajectoire morale et les ajustements moraux qu'elles opèrent au quotidien.

Le cinquième et dernier chapitre est un pas de recul pour tenter d'inclure ces ajustements moraux dans un système plus large de prise en charge. Une première partie aborde les contours de l'économie morale de la communauté que forme l'équipe d'intervention. La partie suivante expose des cas de micro décisions prises lors de situations conflictuelles entre intervenantes et usagers. Dans la dernière partie, je tente alors d'expliquer les différentes forces, simultanément en action, qui posent à la fois les possibilités et les limites de la profession d'intervenante.

En guise de conclusion, nous proposons un récapitulatif des principaux résultats de notre étude. Nous tentons de les bonifier d'un sens « ajouté » et d'une cohésion en rendant compte des forces dialectiques qui animent la profession d'intervenante et le milieu dans lequel elles

interagissent. Quelques pistes d'éventuelles recherches sont proposées avant de remercier l'équipe qui m'a ouvert ses portes.

Chapitre 1 : État des lieux et problématique

Ce premier chapitre introduit d'abord l'inscription de la recherche dans un champ spécifique de l'anthropologie : une anthropologie médicale et urbaine concernant la consommation de drogues. Ensuite, nous abordons les différentes théories qui soutiennent une telle démarche : la philosophie des sciences, l'interactionnisme symbolique, et l'anthropologie des moralités et des éthiques. Nous apportons par la suite des précisions sur le thème de la réduction des méfaits (RDM) ainsi que les différents enjeux et effets de son institutionnalisation. Nous verrons que plusieurs acteurs et plusieurs niveaux sont en interaction quant à son application. L'exploration de ces interactions, croisée à un ensemble théorique précis, permet de formuler un questionnement pertinent concernant les enjeux de ses fondements axiologiques ainsi que leur mise en action, au quotidien, par les acteurs du communautaire.

1.1 Mise en contexte

Mon sujet de mémoire découle d'un intérêt pour les problématisations des sociétés occidentales contemporaines, leurs expériences limites, leurs failles, qui nous informent sur notre façon de vivre ensemble, le fonctionnement (en partie tout au moins) de nos sociétés.

La consommation de drogue a d'abord été abordée par l'anthropologie classique dans ses formes ritualisées et principalement à travers le chamanisme. Ces formes de consommation rituelles avaient alors une finalité socioculturelle au sein du groupe dans lequel elles s'inscrivaient. Dans ces espaces temps culturels, « la substance psychotrope se révèle alors être un moyen parmi d'autres d'assurer la réalisation d'une fin anticipée ou reconnue comme nécessaire par l'ensemble de la communauté » (Bibeau et Perreault 1995, 110). La dérive de la consommation au sein des sociétés individualistes, appelée communément toxicomanie, avait été peu étudiée par l'anthropologie classique, avant que l'ethnopsychiatrie et l'anthropologie médicale prennent le relais pour en comprendre les fondements. Plusieurs études à partir des années 1990 ont été réalisées pour comprendre les contextes de consommation. On peut nommer celles de Terry Williams auprès des adolescents cocaïnomanes de New-York (1990), de Philippe Bourgois auprès de *dealers* portoricains de Harlem (1995), et celle des

consommateurs d'héroïne à Montréal de Gilles Bibeau et Marc Perreault (1995). Plus récemment, Philippe Bourgois et Jeff Schonberg proposent une ethnographie des personnes itinérantes et consommatrices dans la périphérie de San-Francisco (2009). Après une enquête d'une dizaine d'années, les auteurs se servent de leur ouvrage pour réclamer davantage de communication entre les acteurs scientifiques et ceux de la rue pour adapter les messages de prévention. Ils militent aussi pour inscrire de réelles politiques de santé publique concernant les populations consommatrices, et ainsi taire le tabou entourant les pratiques liées à la réduction des méfaits aux États-Unis (*idem*). Ils se basent sur les succès européen, australien et canadien concernant ces politiques. En effet, le premier PES (Programme d'Échange de Seringues) voit le jour à Montréal en 1989, et bonifiera ses services au fil des années, avec la participation de la recherche de Bibeau et Perreault (1995) notamment. Au fil des années cette approche a été institutionnalisée : à travers les centres universitaires de prise en charge puis dans les politiques de santé publique (MSSS 2001 ; MSSS 2006). C'est dans ce contexte que cette étude est ancrée.

Dans l'ouvrage qu'ils ont dirigé, Isabelle Mondou et Raymond Massé proposent une définition de l'approche de réduction des méfaits, ses enjeux, et les problèmes qu'elle peut causer (2013). Cette approche prône avant tout la tolérance, le pragmatisme et l'humanisme face aux comportements à risque, notamment reliés à la consommation de stupéfiants. Toujours selon les auteur.e.s, elle se base sur l'opposition entre un monde idéal, parfait et irréel, et le monde réel, imparfait, dans un premier temps. Ensuite, elle permet d'aborder la tension qu'il existe entre la sécurité et la défense de la liberté, deux valeurs importantes du monde néo-libéral. C'est la recherche d'un juste milieu qui motive la défense de l'approche de réduction des méfaits (RdM). Les auteur.e.s déclinent alors trois perspectives d'application dans le domaine de la santé. La première est celle d'un compromis politique entre la prohibition et la légalisation quant au problème de la drogue. En effet, selon les auteur.e.s, il s'agit de trouver un juste milieu entre la prohibition qui opprime les personnes consommatrices, et la légalisation qui risquerait de banaliser des comportements à risque. La seconde perspective d'application de l'approche est considérée comme neutre, puisqu'elle montrerait l'efficacité de la méthode sur le bien-être de la population concernée et la population générale. Ce point de vue implique la génération de statistiques. La troisième perspective est la mise en pratique de

ce juste milieu à travers la valorisation de la justice et de la justesse. La mise en acte de ces dernières appellent à la délibération personnelle, la discussion et les débats publics (Bourgeault 2013, XVII).

Qu'implique cette approche dans le quotidien de l'intervention sociale ? Elle se réclame généralement sans jugement moral, notamment car elle se veut plus souple concernant les comportements et les choix fait par les personnes consommatrices. Toutefois, l'intervention en elle-même a déjà été considérée comme une « entreprise de normalisation et de moralisation » (Bourgeault 2003). En effet, Guy Bourgeault, chercheur dans le champ de l'éthique de l'intervention sociale, soumet à discussion le fait que cette dernière, malgré les modèles de pratique qui se succèdent, se cantonne toujours dans son rôle moralisateur. C'est à travers la définition d'une éthique de la responsabilité qu'il pense sortir l'intervention sociale de la catégorisation et de l'exclusion des « groupes cibles » (2003, 94). Nous verrons, dans les pages de ce mémoire, qu'il y a un travail constant, au sein de l'équipe d'intervention étudiée, pour appliquer une telle éthique. De plus, l'anthropologue Raymond Massé, chercheur dans le champ de l'éthique et la santé publique, parle quant à lui de cette dernière comme un « processus de moralisation » (Massé 2003b). Cela signifie que la santé publique ferait la promotion de certaines valeurs à travers les interventions en santé. Les enjeux de cette moralisation sont divers, et concernent notamment les effets de la promotion de certaines valeurs sur les populations ciblées. L'auteur propose toutefois de questionner l'acceptation de certaines valeurs qui pourraient être promues à travers la santé, comme la justice sociale ou l'engagement dans la communauté. Dans le même ordre d'idées, certaines chercheuses ont remarqué un changement dans la définition du statut de l'utilisateur à travers la réduction des méfaits. Cela fait par ailleurs partie des enjeux de l'approche. En effet, la cible étant mise sur les comportements à risque, les discours qui entourent la réduction des méfaits auront tendance à déplacer l'identité de l'être du « *junky* », vers ses actes ; on le nomme désormais « *injection drug user* » (Campbell et Shaw 2008). Cette catégorie correspond davantage au mandat de la santé publique : celui d'éliminer certains comportements de consommation afin de minimiser la propagation de maladies transmissibles sexuellement et par le sang (VIH et autres ITSS). À la lumière de ces constats concernant les enjeux de la réduction des méfaits, Fabrice Fernandez nous renseigne sur la portée néolibérale des valeurs véhiculées à travers

l'approche de réduction des risques¹ (2014). Sociologue, chercheur dans le champ des politiques de santé, il décrit ce processus de moralisation porté par le discours des intervenants des associations françaises en réduction des risques. En citant d'ailleurs Raymond Massé, il parle de « morale du shoot ». Il discute alors de responsabilisation et d'autonomisation des individus consommateurs de drogues. De ce fait, il décrit les contours de l'économie morale de l'intervention, et celle des personnes consommatrices. Ce qui est entendu ici par économie morale, est inspiré de la définition de Didier Fassin (2010), spécialiste des enjeux sociaux, politiques et moraux des sociétés contemporaines. Selon ce dernier, le concept d'économie morale fait référence à deux domaines d'application. Le premier, celui de l'économie, concerne "la production et [...] la distribution de biens et de prestations". Le second domaine est celui de la morale, c'est-à-dire celui "de l'évaluation et de l'action", autrement dit des normes et des obligations (2010, 1244). En d'autres termes, une économie morale est un « système de valeurs » (1247) qui donne sens aux actions (dans un contexte de production et de distribution de services). Selon Raymond Massé, le système de valeurs rattaché à la santé publique, son économie morale, devrait être assumé, notamment par le biais de la réduction des méfaits. Il défend alors une « éthique sans moralité » ; une façon d'agir auprès d'autrui, sans jugement, en acceptant les valeurs liées à l'intervention, telle la justice sociale

Nous pouvons alors nous pencher sur ces systèmes de valeurs, dans le quotidien de l'approche de réduction des méfaits vécu par les acteurs et actrices du milieu communautaire. En nous intéressant à la fois à la santé publique et à l'intervention sociale, nous pouvons nous pencher sur les mécanismes qui se développent à travers cette approche. En se concentrant sur le travail quotidien des intervenantes d'un organisme précis, nous pouvons explorer ce phénomène de normalisation et de moralisation engendré par la santé publique.

1.2 Cadre analytique

La réflexion à la base de ce mémoire est ancrée dans un questionnement sur la subjectivité des normes médicales, et par extension, sociales. La philosophie continentale des sciences nous éclaire d'abord sur l'interaction entre les organismes vivants, normaux et

¹ L'appellation Réduction des risques est l'équivalent de la Réduction des méfaits en France.

pathologiques. D'après le modèle de George Canguilhem (1966), le caractère normal de ces organismes vivants serait déterminé par l'interaction de celui-ci avec son milieu. C'est ce milieu qui poserait les valeurs et instaurerait une normativité. La norme est alors subjective puisqu'elle varie selon les organismes vivants et l'interaction avec leur milieu. La détermination par la médecine des caractères pathologiques d'un état, d'une pratique, relève alors de moments socioculturels (*idem*). Dans son modèle social, ces normes sont répétées et apprises. La remise en question de ces normes démontre alors un questionnement sur le fonctionnement même d'une société donnée, par les individus qui la composent (*ibid*, 190).

La tradition de l'anthropologie médicale qui guide ce mémoire est donc grandement tributaire de ces réflexions, puisqu'elle permet un questionnement constant quant aux pouvoirs des institutions de santé. De plus, elles sont complétées par les apports de Michel Foucault concernant les problématisations inhérentes aux sociétés occidentales modernes. Ces problématisations révèlent les questionnements des relations de pouvoir, notamment exercées à travers les institutions et concernant des phénomènes précis, telle la toxicomanie. Nous inscrivons donc cette étude dans l'analyse des luttes contre le monopole des savoirs qui entoure celle-ci, qui questionne au passage la définition de l'individu et de sa place au sein du groupe (Foucault 1982, 1042).

Ensuite, nous ne pouvons passer sous silence l'apport de la sociologie interactionniste émanant de l'École de Chicago. D'abord, dans la volonté de faire une étude du chez soi, une étude des phénomènes urbains qui influencent l'organisation du social. Une telle sociologie propose alors de se pencher sur la ville comme un ensemble d'individus en mouvement, agissant en fonction des espaces qu'ils s'approprient et au sein desquels ils communiquent : « communication involves a transformation in the individuals who thus communicate. And this transformation goes on unceasingly with the accumulation of individual experiences in individual minds » (Park 1952, 175). L'interactionnisme symbolique à son tour approfondi la question de la communication et définit même le sens des choses attribué à travers les moments de rencontre, les interactions. Nous pouvons alors considérer sérieusement à des fins d'analyse l'existence de plusieurs systèmes de normes en interaction, et ainsi définir la déviance comme la résultante d'une hiérarchisation de ces systèmes (Becker 1985). Au sein de ces systèmes, les intervenantes sont alors en interaction, entre elles-mêmes et les autres, à

travers la défense du sens qu'elles donnent à leurs actions : « La société est un chantier sans fin, un processus qui se fait et se défait selon les significations et les débats que les acteurs mettent en branle » (Le Breton 2012, 48). Par ailleurs, la « seconde école » de Chicago, marquée par les travaux de Howard S. Becker, Erving Goffman ou Anselm Strauss, se concentre sur « les interactions sociales, la construction des identités et des trajectoires, les savoirs des acteurs et leur routines, tout en les étudiant dans divers contextes comme ceux des institutions ou encore, des mondes du travail et de la déviance » (Poupart 2011, 180). L'étude de la profession d'intervenante est donc riche pour l'analyse de telles interactions car « toute institution cristallise ainsi un champ moral avec lequel les acteurs interagissent pour produire leur rôle » (Le Breton 2012, 74).

Le cadre conceptuel de ce mémoire se situe donc à la croisée des chemins entre une philosophie des sciences française et une sociologie interactionniste états-unienne. À ce carrefour nous pouvons donc rencontrer une des branches de l'anthropologie médicale, celle de la santé publique, qui s'intéresse aux relations collectives et aux inégalités d'accès aux soins. L'anthropologie des morales et des éthiques (Massé 2015) permet alors d'analyser le quotidien de la prise en charge au niveau communautaire, le niveau micro des effets d'une approche institutionnalisée sur le travail des intervenantes. Cette anthropologie permet de penser les enjeux entourant les valeurs promulguées et discutées.

1.3 L'anthropologie des moralités et des éthiques

1.3.1 La morale comme fait social

Cette anthropologie de la morale s'est en partie basée sur la théorie élaborée par Émile Durkheim (Mauss et Durkheim 1920). Elle s'en inspire pour en définir la morale comme aspect social, et reconnaissable par la science à travers des « faits moraux » (*idem*) et reconnaît par le fait même le rôle du groupe comme primordial dans l'acceptation des normes. Dans ce modèle d'une morale qui serait sociologique (et non plus relevant du religieux), ces « vérités morales [...] servent de base à l'action, mais elles sont ou passent pour être au-dessus de la réflexion. Pour qu'elles puissent orienter efficacement la conduite, il faut qu'elles soient acceptées comme des axiomes, comme des évidences » (Mauss et Durkheim 1920, 92). Les

courants contemporains s'attardent alors à préciser et élaborer autour de plusieurs moments de la mise en action des morales, à commencer par une distinction entre morale et éthique (Massé 2009a, 2015). Ricoeur (2001) propose de la scinder entre une « éthique antérieure », qui précède le respect des normes, ce qu'il nomme la « préférence raisonnable » (60) et « l'éthique postérieure », comme étant l'application d'un idéal moral mis en pratique en fonction d'un contexte donné. Cette action est alors posée après réflexion et discussion collective (*ibid.*). À ce propos, une telle anthropologie défend les capacités de réflexion et d'action des sujets, leur agentivité (Massé 2015). Elle remet ainsi en question le déterminisme défendu par la sociologie de Durkheim, qui perçoit l'individu comme subissant le poids des normes sociales. Cet individu serait en effet capable de choix moraux :

« L'objet de l'anthropologie des moralités devient d'ailleurs l'étude des mécanismes et des conditions de l'exercice de ce raisonnement moral dans les limites imposées par le contexte (social ou individuel) historiquement déterminé » (Massé 2009a, 25).

C'est principalement dans cette optique que s'oriente ce mémoire. Autrement dit, nous pouvons aussi analyser les comportements moraux à travers la notion de liberté plutôt que celle d'agentivité (Laidlaw 2002). Celle-ci serait plus à même de rendre compte des multiples choix et orientations que peut prendre un individu pour se réaliser en tant que personne. Inspiré de la théorie de Michel Foucault sur les mode de subjectivisation, ce parcours personnel des acteurs et actrices sociaux, relève donc des techniques de soi (Foucault 1982), réalisables dans les limites de l'exercice de cette dite liberté. En effet, cette dernière implique des choix qui ne sont pas toujours faits à partir de la raison, et peut s'effectuer dans des contextes de contraintes de relation de pouvoir. En cela nous parlons d'un exercice de liberté et non une liberté achevée (Laidlaw 2002, 323). Cet exercice de liberté, est tout autant observable à travers la méthode anthropologique :

« L'anthropologie de l'éthique pourra alors comparer les justifications argumentées de telle ou telle pratiques, la nature des arguments invoquées, les processus et étapes de l'élaboration de ces discours justificatifs, le poids des facteurs contextuels, la mécanique du raisonnement moral et l'interaction entre raison et émotions dans le processus évaluatif. L'accent est alors placé sur les mécanismes de gestion, de négociation, de coercition et de résistance concernant les normes morales. » (Massé 2015, 182)

1.3.2 Définition des concepts

Dans le cadre du présent mémoire, il est donc pertinent de nous situer dans l'utilisation des termes. À la lumière de ce courant de pensée, l'étude de la morale se doit de partir de l'individu en tant que personne, actrice dans son environnement social. Alors, ce que l'on nomme « morale » serait en quelques sortes le guide des pratiques, avec soi-même et avec les autres ; individuelles et collectives. A travers l'anthropologie de la morale, on peut alors tenter de comprendre les mouvements qui la composent. Loin d'être comprise comme un « tout homogène et cohérent » (Massé 2009a, 25), la morale est alors vue par la plupart des auteurs contemporains, comme comportant tout autant de cohésion que de conflits et remises en question de ses fondements (Ginsberg [1956] dans Massé 2009a, 25). Les croyances, idéologies et discours se retrouvent donc être des composantes d'un exercice moral, des balises à travers lesquelles les acteurs moraux naviguent. En étudiant ces discours, nous pouvons alors questionner les profonds enjeux du social et du vivre-ensemble. Dans ce mémoire, ce sont bel et bien les discours reliés à l'intervention en réduction des méfaits qui seront analysés. Au fil des pages, nous utiliserons aussi le terme « moralités » puisqu'elles existent au pluriel : de sens commun, déontologique ou bien même séculière (Massé 2015). Dans le cadre de la présente recherche, nous serons alors amenés à constater l'interaction de ces différents types de moralités dans un même milieu professionnel. En s'intéressant à ce dernier en tant que monde social particulier, et d'un point de vue des interactions et processus qui le composent, il est d'autant plus pertinent d'exploiter le travail théorique de Jarrett Zigon, chercheur en anthropologie des moralités de l'Université de Virginie. Ce dernier s'est notamment penché sur la production et la reproduction d'une certaine forme de moralité au sein d'un programme de traitement contre le VIH/SIDA orchestré par l'Église Orthodoxe en Russie, et en contexte de consommation de drogues. Il s'intéresse à l'effet de ce processus au niveau individuel. À cette fin, le chercheur analyse les influences des différents rapports de pouvoir sur la définition de ce qu'est une personne normale, morale. Plus encore, il définit la production du statut de personne (*personhood*) comme un processus impliquant de nombreuses interactions : « By personhood I intend a particular relationship to morality, as morality, and its various discourses and techniques, sets the range of possibilities within which persons are produced » (Jarrett Zigon 2010, 63). Au niveau individuel, la morale de sens

commun peut donc aussi être observée comme la façon quotidienne d'être-au-monde, dans le « *everydayness* » (Zigon 2007) de chaque individu.

C'est alors le versant éthique de l'anthropologie qui permettrait d'aborder l'expression de la liberté du sujet éthique. Dans le cadre de cette recherche, nous nous basons sur la définition de James Laidlaw. Bien qu'elle ne soit pas la seule, j'ai décidé de m'en inspirer considérant l'impact de sa réflexion dans le milieu de l'Anthropologie, ainsi que le dialogue interdisciplinaire qu'il propose entre Philosophie morale, Psychologie, et Anthropologie. Professeur de l'Université de Cambridge, il explique que l'éthique est le lieu d'interprétation subjective des composantes d'une moralité (Laidlaw 2002, 324). L'étude des pratiques éthiques revient donc à l'étude des limites de cette liberté (*ibid.*). Dans le cas de l'intervention sociale auprès de personnes consommatrices de drogues, les actrices morales que sont les intervenantes, agissent dans leur profession dans une volonté de bien-être des usagers de l'organisme, voire de changement de comportements. Dans une perspective éthique de l'anthropologie, l'étude des limites de liberté explore leur rapport aux normes morales qui cadre leur pratique : les moments d'ajustements moraux, de critiques de l'ordre en place, ou encore de soumission. Cette conception de l'éthique permet alors de placer l'individu et ses expériences au centre des réflexions. En d'autres termes, l'éthique est un espace de liberté qui amène l'individu à se questionner sur le bien-fondé de ses choix, dans un contexte spatio-temporel donné. Ces moments de retour critiques sur ce qui constitue une moralité, Foucault les appelait « problématisations ». Selon Massé (2009), l'analyse éthique est repérable par l'entreprise de groupe, impliquée par la nécessité du débat : c'est alors un « processus en spirale qui fait de l'éthique un lieu de production de normes morales qui seront remises en question par la compétence éthique, individuelle et collective » (Massé, 2009 : 25). Cette entreprise de groupe est donc observable en milieu professionnel, et particulièrement intéressante en contexte d'intervention communautaire. Au niveau individuel, nous pouvons parler de « *ethical moment* », ou « *moral breakdown* » (Zigon 2007). Cette demande vient de l'extérieure du soi, et met de l'avant la responsabilité face à cette demande ; la responsabilité de résoudre le problème éthique pour être apte à retourner dans le « *everydayness* », le « *being-in-the-world* » (*idem*). Elle est le produit d'une situation particulière, et des individus

particuliers impliqués. Cette demande et sa réponse peut alors être considérée immorale par les acteurs extérieurs, par les « *conventions of society* » (139), par le sens commun.

L'utilisation théorique de l'éthos permet ensuite d'éclairer l'émergence des normes dans un contexte spatial et temporel spécifique. Ce concept se révèle dans les interactions, « les modes d'enracinement de ces normes et valeurs au quotidien » (Massé 2009a, 29). Il transparait dans le vécu, les expériences, le local et le quotidien. On peut le rapprocher de l'idée de Max Weber d'un ordre normatif intériorisé, ainsi que de l'« habitus » de Pierre Bourdieu, dont l'éthos fait partie. En effet, l'éthos est un mécanisme dynamique d'interaction de modèles intériorisés, soit selon la classe sociale, le groupe sexuel, l'ethnie ou la religion (Accardo [1991] dans Massé 2015). On peut considérer que ces modèles se basent sur une multitude d'agencements possibles selon les groupes d'appartenance, et l'importance accordée par les individus à différentes facettes de leur identité. L'habitus fait alors partie de ce processus, car c'est le phénomène qui, par apprentissage, reproduit les normes sociales, et reproduit donc l'adhésion aux moralités qui s'y réfèrent. L'anthropologie qui s'intéresse à l'éthos se penchera alors sur les « trajectoires de vie moral suivie par l'individu et [...] les multiples choix et ajustements » (Massé 2009a, 32) que ce dernier fera. Peut alors s'y mêler une étude des « consciences des possibles », et de la « conception du normal » chez un individu ou groupe d'individus donné, ainsi que du vécu émotionnel de ces acteurs et actrices (Fuselier [2011] dans Massé 2015). Les chercheurs, sociologues et anthropologues, Andrew Lakoff et Stephen J. Collier, parlent quant à eux de « *regimes of living* ». Tous deux tournés vers l'étude des processus et mécanismes politiques des sociétés occidentales contemporaines, ils se concentrent ici sur le vécu des individus en interaction avec le global. En alliant l'étude du biopouvoir, la philosophie de l'éthique et de la morale, ils s'intéressent précisément aux effets de ces structures sur le vécu quotidien des individus, leurs choix de vie et leurs actions. À travers l'expression « *regimes of living* » ils s'intéressent donc aux situations « *in which the question of how to live is at stake* » (Lakoff et Collier 2004, 420). Les sciences sociales, selon Raymond Massé, se doivent alors d'être attentives aux « façons dont l'individu gère la pluralité des normes morales » (Massé 2015). L'intervention inspirée de la réduction des méfaits est donc un terrain florissant pour l'étude de l'éthos. Les décisions éthiques prises de façon personnelles tant que collective,

relève de la reproduction de cet éthos et renseigne d'autant plus sur l'influence de la structure (Brodwin 2013).

Les valeurs, à leur tour, sont définies comme étant ce qui fonde la légitimité des normes : elles préexistent à celles-ci et orientent l'être et l'agir. Elles se différencient alors des normes, qui ont tendance à être liées à des contraintes et des sanctions dans l'être et l'agir. En d'autres termes, les valeurs donnent un sens « aux comportements individuels et aux pratiques sociales sur le long terme » (Massé 2015, 54). Les valeurs font souvent l'objet de mécanismes de défense, individuelle ou collective, et s'actualisent à travers l'éthique : le « lieu d'arbitrage » de ces valeurs (Massé 2015). A l'issue de cet arbitrage, les valeurs se verront discutées, des fois bafouées, ou même renforcées. Ce lieu de discussion des valeurs fait partie de la socialisation de l'individu face aux normes avec lesquelles il interagit. Massé les définit ainsi comme fondant « l'identité et la stabilité de la vie communautaire » (Massé 2015). Bref, « pour l'anthropologie, il sera d'évaluer le degré d'empiètement que l'individu et la communauté tolérera relativement à certaines de ses valeurs au profit du respect de normes collectives ou vice-versa » (Massé 2015 : 59).

1.4 Réduction des méfaits

Maintenant que nous avons balisé les inspirations théoriques pour approcher la prise en charge de la dérive de consommation toxicomaniaque en santé publique, nous allons dans cette partie faire un état des lieux des questionnements entourant l'approche, tant au niveau de ces effets macrosociaux, que ses implications au micro de l'intervention sociale. À travers la littérature nous pouvons donc repérer les mécanismes de défense ainsi que les questions soulevées par les auteurs en sciences sociales.

La réduction des méfaits, dans la présente recension de littératures, sera approchée en éclairant les débats qui l'entourent, et permettra surtout d'amorcer une réflexion sur la morale et l'éthique. En effet, nous verrons que malgré une approche qui se réclame parfois « amoral », la réduction des méfaits est un terreau fertile pour penser les valeurs et les rapports entre les normes. La recension se situe alors dans un spectre chronologique, partant d'un texte sur la conception de la *harm reduction*, par des auteurs en santé publique, de 1993 (Des Jarlais et al.) et jusqu'à la publication de l'étude du sociologue Fabrice Fernandez sur la transmission de

valeurs néo-libérales à travers la réduction des risques (RdR), en 2014, et l'ouvrage de l'anthropologue de la morale et de l'éthique Raymond Massé, publié en 2015.

1.4.1 Définitions de l'approche

Tout d'abord, l'approche de réduction des méfaits (RDM) a plusieurs définitions, dépendamment du contexte selon lequel les acteurs en tirent profit. Aux premières années de sa sortie officielle, l'approche était définie par les acteurs de la santé publique en trois caractéristiques : une approche pragmatique pour réduire la propagation du VIH parmi les UDI, à travers une multitude d'approches complémentaires selon les besoins de l'utilisateur ou l'utilisatrice, et dans le but de diminuer la stigmatisation et la marginalisation qui sont fait à leur encontre (Des Jarlais, Friedman, et Ward 1993). Le comité permanent à la lutte contre la toxicomanie en écrit une définition claire :

« Une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou « addictifs »), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social » (Brisson 1997).

Pour le ministère de la santé et des services sociaux, il s'agit d'une des approches disponibles et adaptée aux utilisateurs et utilisatrice de drogues injectables, considérés moindrement motivés à arrêter de consommer, ainsi que les « personnes désaffiliées » (De Montigny 2006, 54). Au fil des recherches et des différents écrits sur l'approche, les débats se poursuivent concernant la mise en action adéquate d'une telle approche. Sa définition doit donc être accompagnée de « nuances et de mises en garde » (Massé 2013b, 6). La principale mise en garde soulevée est qu'elle ne doit pas être considérée comme un « fourre-tout » ou un « prêt-à-penser », mais doit soulever de véritables débats sur ses fondements, son application et ses valeurs (Mondou 2013).

1.4.2 Institutionnalisation d'une contestation

Les foyers d'émergence d'une conception humaniste et pragmatique

Plusieurs repères historiques nous permettent de flairer l'émergence de l'approche de réduction des méfaits (RDM). Déjà dans les années 1920 des médecins anglais instaurent la prescription d'héroïne (Brisson 1997), pour permettre aux toxicomanes de « mener une vie utile plutôt que de [les] punir » (Lévesque 2013, 73; Fallu et Brisson 2013). Plus tard, ce sont des mesures prises en faveur des droits des consommateurs et consommatrices de drogues qui émergent notamment aux Pays-Bas. Alan Marlatt, professeur de psychologie spécialisé dans les comportements addictifs, note que dès 1976, c'est le *Narcotic working party* qui réclame, et obtient, officiellement, un changement dans les politiques concernant les « *drugs with lower risks* » tel le cannabis (Marlatt 1996, 784). Toujours selon le même auteur, une approche plus « humaine » et pragmatique des drogues aurait émergé par la motivation de regroupements d'utilisateurs et utilisatrices de drogues. En 1980 est d'ailleurs fondé le premier *junkiebond* à Rotterdam : un groupe d'auto-support créé en réaction à l'instauration d'un système de soin obligatoire pour les toxicomanes. Le groupe est donc fondé par contestation face au système médical (Toufik 1997). Son fonctionnement se basait sur une revendication d'autonomie dans le support des usagers actifs, ainsi que dans la défense de leurs droits (*idem*). Ce type d'organisation donnait alors une voix aux utilisateurs et utilisatrices de drogues (UDI) face au gouvernement. Ce sont les revendications de ces différents regroupements d'auto-support autoorganisés d'utilisateurs et utilisatrices qui ont influencé l'établissement de plusieurs politiques aux Pays-Bas : premiers Programmes d'Échange de Seringues (PES) à Amsterdam en 1984 (Marlatt 1996 ; Fallu et Brisson 2013), traitements de substitution à bas seuil ainsi qu'un partenariat avec la police en alternative à la répression (Toufik 1997). Par l'institutionnalisation de leurs revendications, le mouvement de défense des droits des consommateurs s'essouffle à la fin des années 1980 pour voir naître des groupes de support plutôt reliés à la problématique du SIDA et dont l'organisation et le financement étaient d'avantage reliés aux institutions médicales : « Les Junkiebonds par leur propre action ont, pour ainsi dire réduit à néant leur raison d'être » (*idem*). C'est bien entendu la propagation du VIH qui a ouvert la porte à de telles politiques de la part des instances officielles. Certains sociologues le défendent alors par pragmatisme et réalisme face au problème des drogues :

« The Dutch being sober and pragmatic people², they opt rather for a realistic and practical approach to the drug problem than for a moralistic or over-dramatized one. The drug abuse problem should not be primarily seen as a problem of police and justice. It is essentially a matter of health and social well-being. » (E.M Engenlsman [1989] dans Marlatt 1996, 784)

L'approche s'impose explicitement à partir des premiers tests de dépistages du VIH auprès de plusieurs UDI (Utilisateurs de drogues injectables) en Europe, en 1984, et l'appellation *Harm reduction* (Réduction des méfaits en anglais) est lancée par les Britanniques cette année-là (Fallu et Brisson 2013). En 1990 a alors lieu la première conférence internationale sur la *Harm reduction* en Angleterre. En 1989, au Québec, l'organisme communautaire CACTUS voit le jour et initie le mouvement avec l'instauration du premier programme d'échange de seringues (PES) à Montréal (idem). Les années 1990 sont alors le théâtre de plusieurs écrits de défenses de la réduction des méfaits, sa description et ses applications à partir d'exemples de différents pays, comme la Suisse, l'Allemagne ou l'Australie (Des Jarlais et al. 1993 ; Marlatt 1996 ; Brisson 1997). En 1997, Pierre Brisson , alors diplômé de communication, spécialiste en toxicomanie et siégeant au comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), appelle à la collaboration entre les actrices du communautaire et celles de la santé publique afin d'être assez crédibles face à la question de la dépendance, pour influencer les responsables politiques sur « l'épineuse question des rapports conflictuels entre santé et sécurité publique » (Brisson 1997, 97).

Utilisation du terme « institutionnalisation »

Le terme institutionnalisation sera utilisé dans ce mémoire en référence à l'élargissement de la RDM au domaine médical et politique. Plus précisément, ce terme fait référence à l'émergence de l'approche de la base communautaire, contestataire des politiques gouvernementales concernant les personnes consommatrices de drogues, jusqu'à son établissement à la quasi-totalité des domaines d'intervention, communautaires et institutionnels. En effet, l'intérêt académique accru pour l'approche, et le fait qu'elle soit

² Loin d'accorder des caractères à un groupe culturel précis, nous nous intéresserons ici plutôt à la revendication de l'approche comme étant rationnelle (*sober*) et pragmatique (*pragmatic*). Ces deux caractéristiques étant alors deux valeurs défendues par l'auteur.

présente à travers un grand nombre de centres d'intervention aujourd'hui, est dû au fait qu'elle ait été adoptée dans les politiques publiques. On retrouve aussi à travers la littérature à partir des années 2000 des indications sur la réduction des méfaits appliquée à d'autres phénomènes comme le tabac, l'alcool (Hatsukami et al. 2004; Choinière et al. 2007), ainsi que des réflexions éthiques sur son application en contexte de violence conjugale (Gauthier et al. 2013). C'est évidemment le principe de tolérance qui guide cette intervention, la liberté du choix de la personne victime de violence, de rester dans ce contexte de violence. Les auteures, chercheuses dans le champ du service social et en réduction des méfaits, Sonia Gauthier, Catherine Bolduc, Marie-Ève Bouthillier et Lyse Montminy (2013) questionnent alors la place de l'intervenante dans l'application d'une telle approche, en relation avec les personnes auprès desquelles elle intervient. On remarquait déjà l'élargissement de l'utilisation de l'approche, par son inscription dans le Comité Permanent de la Lutte à la Toxicomanie, pour lequel Pierre Brisson a écrit la défense de la réduction des méfaits en 1997. Dans la même lignée, son texte sera alors cité de nombreuses fois dans le document du ministère de la santé et des services sociaux, en 2001, pour lequel il avait alors collaboré. Le ministère crée même, en 2005, un groupe de travail sur la récupération de seringues usagées qui produit un document d'aiguillage pour cette pratique (Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec et Cloutier 2005). Cependant, le plan interministériel 2006-2011 ne le cite pas une seule fois, et n'apparaît qu'une seule fois l'expression réduction des méfaits (De Montigny 2006). Historiquement, l'année 2006 marque le passage d'un gouvernement libéral à un premier ministre conservateur.

Institutionnalisation et réappropriation

Plusieurs auteurs critiquent la déviation des valeurs de base qui fondaient la réduction des méfaits, à partir de son instauration institutionnelle. Un balayage de la littérature sur le sujet montre en effet que les débats en sciences sociales tournent surtout autour des effets négatifs de l'institutionnalisation de l'approche, et la façon dont celle-ci peut mener à un déplacement de la visée initiale à travers le discours politique (Gillet et Brochu 2005), à une réappropriation politique à des fins de contrôles socio-sanitaire (Carrier 2003; Carrier et Quirion 2003), au renforcement de la stigmatisation des UDII (Lévesque 2013; Carrier 2003), et le tout dans une gestion de la société par la peur du risque (Quirion et Bellerose 2007).

Dans l'agenda fédéral de 1998, apparaît pour la première fois les caractéristiques de réduction des méfaits. On y parle alors d'humanisme, de pragmatisme, et de rupture face à l'abstinence et la prohibition, car la drogue devient un problème de santé pour la population (Gillet et Brochu 2005), et par extension, pour son bien-être. Toutefois, malgré la volonté du gouvernement d'être en rupture avec les politiques précédentes, l'approche s'inscrirait quand même en complémentarité avec un système prohibitif stigmatisant. En effet, les agences prohibitives s'octroient un vocable de réduction des méfaits, contradictoire avec les objectifs qu'elles visent (*idem*) et restent dans une logique de contrôle d'une population cible et à risque (*ibid* ; Carrier 2003), par l'établissement de statistique et dépistages visant une certaine catégorie de population. Cette « gestion socio-sanitaire » est aussi démontrée à partir des discours entourant l'établissement de LIDI (Lieux d'injection de drogue illicites) au Canada (Carrier 2003). Ces discours émanent de différents milieux ; respectivement le milieu académique, leur reprise médiatique puis la récupération politique. Alors que des chercheurs universitaires, en collaboration avec le milieu d'intervention, défendaient des raisons sanitaires et sécuritaire, ainsi que la volonté de réduire la marginalisation des UDI et de la répression policière, il en ressort tout autre chose de la conférence des sous-ministres de la santé, en 2001. En effet, il ne ressort de cette conférence aucune référence à la volonté d'offrir un lieu sécuritaire sans appréhension policière et victimisation des UDI, pourtant présent dans les revendications des milieux d'intervention retranscrit par l'académique (Carrier 2003). L'appropriation de l'approche de réduction des méfaits par les acteurs politiques valoriserait alors une vision collectiviste de l'usage de drogue. En d'autres termes, tout en défendant une orientation pragmatique, le milieu politique promouvrait des pratiques d'intervention orientée sur les méfaits posés à la collectivité, alors que les acteurs du milieu d'intervention y voyaient plutôt une conception individualisante du problème :

« L'un des effets des pratiques de *réduction des méfaits* serait que leur appropriation politique se traduit par une conception collectiviste des méfaits de l'usage des « mauvaises » drogues, alors que les acteurs de première ligne ayant d'abord mis de l'avant de telles pratiques avaient à cœur une conception individualisante des méfaits. » (Carrier 2003, 68)

La première, mène à une vision pragmatique tournée vers la stigmatisation des consommateurs et consommatrices de drogues, et la disqualification de ce groupe. La seconde, une intervention tournée vers les individus, permettrait toutefois d'agir en fonction de leur bien-

être à travers la revendication et la défense de leurs droits. La réduction des méfaits, à travers une vision collectiviste, serait utilisée pour distinguer le bien et le mal à travers un discours se voulant « a-moral » et « actuariel », c'est-à-dire à travers des calculs de taux et de statistiques. L'institutionnalisation de l'approche perpétuerait alors un « étiquetage » (Becker 1985) des personnes consommatrices; la contestation de la base militante étant reprise par des personnes de confiance (acteurs de la santé) (*idem*) pour disqualifier une catégorie de comportements à risque. En effet, alors que les fondements de l'approche proposaient notamment un débat public sur la consommation, sur un nouveau rapport aux drogues et un questionnement éventuel sur une utilisation positive, c'est plutôt un « nouvel idéal normatif » de gestion des risques (Ehrenberg [1996] dans P.-A. Lévesque 2013) qui est remarqué dans le discours de la santé publique. À travers l'utilisation du terme de « périllisation », d'autres auteurs nous éclairent sur le caractère complémentaire de l'approche de réduction des méfaits avec les discours et stratégies des modèles thérapeutique et de criminalisation (Carrier et Quirion 2003). Les auteurs argumentent alors que la réduction des méfaits serait un moyen de guider « l'orientation du social vers une gestion purement technique du vivre ensemble » (Carrier et Quirion 2003 : 2), à travers la gestion de la « (bio)santé » et un « pluralisme normatif » (Carrier et Quirion, 2003 :15). L'institutionnalisation de la réduction des méfaits aurait alors marqué son succès par la gestion de corps vides, « sans juger la personne », tout en opérant une rationalisation technoscientifique du social (2003 : 15) qui perpétue alors la stigmatisation des personnes consommatrices, engendrée par la peur de « l'UDI-vecteur-de-risque » (*idem* : 16).

On peut faire l'hypothèse que chaque milieu – académique, médiatique et politique – ainsi que chaque discipline, comporte son lot de déterminants sociaux et culturels, autant que de débats éthiques internes. L'articulation des valeurs des acteurs politiques aurait alors amené à mettre de l'avant une certaine vision de la réduction des méfaits, qui se traduit, comme décrit plus haut, par une vision collectiviste des méfaits et une stigmatisation des usagers, le tout en défendant le fondement pragmatique de l'approche. On voit ici qu'il est possible de mettre de l'avant des valeurs semblables, sans pour autant concorder dans leur mise en pratique. Il est alors reproché aux acteurs politiques de porter un discours définissant la morale comme contraignante et dogmatique (comme peut l'être une morale religieuse par exemple) et par le

fait même, de défendre leurs approches rationnelles et scientifiques positivistes comme objectives et ne dépendant pas de principes moraux contraignants. Or l'anthropologie de la morale nous indique justement que le pouvoir de la science sur le social agit en tant que force pour établir ce qui est bien ou mal, ce sont donc des forces moralisatrices. Par la défense de données scientifiquement prouvées, certaines personnes peuvent se sentir libres, et peut-être, par le fait même, dans une société idéale. Dans cette société idéale et libre, le bien et le mal peuvent alors être prouvés par des discours « actuariels » (Carrier 2003). Dans cette perspective, et d'après cet auteur, l'utilisation de l'approche se fait de façon rationnelle et purement utilitaire dans une logique de contrôle socio-sanitaire des usagers : « Le politique appréhende de façon a-signifiante l'usage de drogues illicites par voie intraveineuse, comme si le pays avait à gérer une épidémie d'insectes quelconques, résistants aux insecticides traditionnels » (Carrier 2003 : 71). En plus de nier leur pouvoir dans l'établissement d'une conception du normal, ces politiques axées sur le contrôle sanitaire nient par le fait même le travail quotidien des travailleurs et travailleuses³, qui sont capables de « déplacer des montagnes » (72) pour apporter une véritable aide aux personnes concernées. L'auteur défend alors l'idée que « remettre en cause le cadre prohibitionniste » dans cet unique but de contrôle sanitaire et politique, ne fait que déplacer le véritable débat, le bien-être des personnes (Carrier 2003 : 71).

Le champ du service social : responsabilité individuelle et *empowerment*

Nous avons vu précédemment que les discours politiques avaient eu tendance à s'approprier le terme de réduction des méfaits d'une certaine façon, en valorisant sa mise en action par rapport à une vision collectiviste des méfaits des drogues et une gestion technique d'un problème donné, principalement sanitaire. Ce faisant, ce problème sanitaire trouverait une solution à travers la gestion comportementale de groupes d'individus cibles, responsables de la santé publique. Plus encore, en défendant ce discours comme pragmatique et « a-moral », à travers les chiffres et statistiques, cette vision en vient à être, plutôt qu'alternative, un nouvel ordre normatif et stigmatisant. Le milieu du service social, par l'historique et la visée de son

³ Ce travail au quotidien est au cœur même de ce mémoire. Nous y reviendrons.

champ disciplinaire, défend quant à lui une autre façon d'être et d'agir. La réponse à cette problématisation contemporaine que pose les drogues résiderait dans le développement des capacités d'agir des personnes dans le besoin. Nous abordons ainsi la notion d'empowerment, promue et mise en action à travers la pratique des professionnels du service social. Nous abordons dans cette partie la notion d'empowerment ainsi que ses enjeux.

« Toute discussion sur l'*empowerment* part du constat que certaines collectivités et certaines personnes ne possèdent pas, ou ont la perception de ne pas posséder, le pouvoir sur les ressources dont elles ont besoin pour assurer leur bien-être. Toute approche axée sur l'*empowerment* est fondée sur la croyance que les personnes, tant individuellement que collectivement, ont ou peuvent acquérir les capacités pour effectuer les transformations nécessaires pour assurer leur accès à ces ressources, voire même les contrôler. » (Ninacs 1995, 70)

Cette stratégie *d'empowerment* a depuis longtemps été au cœur de l'action dans le champ du service social. On peut dire qu'elle lui est même inhérente de par ses finalités : celles d'apporter des ressources aux populations dans le besoin. Elle semble cependant s'être répandue dans plusieurs sphères : elle encourage tant la productivité individuelle dans un contexte entrepreneurial qu'en soutien aux personnes marginales dans le milieu de l'itinérance (Quirion et Bellerose 2007). Au niveau des milieux d'intervention, justement, la littérature sur l'approche de réduction des méfaits reste très critique face à son emploi. On lui distingue notamment plusieurs formes, dont la principale distinction retenue est celle entre l'individuel et le collectif :

Alors que l'*empowerment* collectif renvoie à la promotion d'une certaine forme d'organisation sociale qui se traduirait par des gains sociaux, l'*empowerment* thérapeutique renvoie surtout au développement d'une responsabilité individuelle accrue et d'une prise en main personnelle des leviers de contrôle sur sa propre existence (Quirion et Bellerose 2007 : 40).

Cette responsabilité individuelle, portée par la mise en avant du pouvoir d'agir des individus, est alors vue comme faisant participer les personnes les plus marginalisées au fonctionnement de la société, puisqu'ils participent à leur propre prévention. En effet, à travers les politiques de RDM de la santé publique, on remarque que la consommation, tout comme le rythme de vie « clandestin » (P.-A. Lévesque 2013) n'est pas normalisée, mais tolérée, pour que les personnes réintègrent la société, et plus particulièrement, les institutions de cette société. Cette

pensée s'accorde donc avec la professionnalisation de l'intervention par la pratique empathique (Poirier 1996).

Les acteurs du milieu du travail social ont en effet, au fil des années, développés une certaine conception de la relation d'aide. Face aux *démunis*, plusieurs tactiques ont traversées l'histoire, dont l'exclusion de la cité (toujours présente aujourd'hui à travers la gentrification) que proposait Platon (Poirier 1996, 87). Dans un second temps, la prise en charge des « indésirables », comme les « fous », est aussi passée aux mains de la charité Chrétienne institutionnalisée, qui avait tendance à satisfaire les besoins primaires des personnes, sans inciter à une démarche de prise en charge personnelle (*ibid.*, 89). Le contexte de laïcisation a donc fait passer la prise en charge aux mains de l'État. Plus près de nous, et engendré par le désengagement de l'état, la relation d'aide est revenue aux mains des citoyens : la professionnalisation de l'aide aurait alors amené avec elle l'idée d'une pratique empathique, dans le désir de rendre « désirables » ces *démunis*, pour pouvoir les réintégrer dans les normes de la société (*idem*). Les rendre désirables implique alors de connaître les personnes et de s'en rapprocher. C'est alors une pratique empathique, tournée vers l'autre, qui se développe dans le champ du service social, et qui concorde totalement avec l'approche de réduction des méfaits au sein des personnes les plus marginalisées. Cette pratique empathique, toutefois, relèverait bien d'un processus de gouvernement par la santé (P.-A. Lévesque 2013). En effet, cette pratique ouverte sur l'autre, traduirait une tension entre la volonté de tolérer la pratique de consommation non contrôlée (la toxicomanie) et le refus de la normaliser en poussant l'usager vers son autonomisation. La personne consommatrice devient donc actrice d'elle-même et de la santé publique pour contrer sa propre exclusion (*ibid.*, 88). L'intervention est ainsi rattachée aux mécanismes de « régularisation » (Foucault [1997] dans (P.-A. Lévesque 2013) par le travail de l'individu sur lui-même. Les intervenantes réaliseraient donc ce processus d'abord à travers l'écoute de l'autre, en favorisant un travail sur soi, puis en le mobilisant dans un parcours pour sa réintégration sociale. (*ibid.*).

A un niveau macrosocial, la régulation de l'usage des drogues s'opèrerait alors à travers trois mécanismes de contrôle, selon les auteurs Quirion et Bellerose (2007), respectivement criminologue et sociologue. Premièrement, l'autocontrôle, à travers la connaissance acquise dans l'interaction avec l'environnement de la personne consommatrice. L'individu apprend

ainsi à gérer sa pratique. Deuxièmement, par les contrôles sociétaux, c'est-à-dire à travers les normes sociales intériorisées. Et enfin, par l'hétérocontrôle, qui se réalise à travers les contraintes institutionnelles, étatiques et technocratiques. Selon les auteurs, la réduction des méfaits et l'*empowerment* peuvent être considérés comme une des manifestations d'un changement de rapport entre les individus et l'État, dans une logique néo-libérale, qui renforcerait alors l'autocontrôle et les contrôles sociétaux (Quirion et Bellerose 2007). Cette vision d'un détachement du modèle providentialiste s'inscrit alors dans un engrenage qui aurait débuté sa course dans la deuxième moitié du XXe. La popularité de la réduction des méfaits s'inscrirait alors dans une mouvance plus générale de contestation face à la régulation institutionnelle dans une logique néo-libérale. Les auteurs notent alors le paradoxe dans lequel s'inscrit l'institutionnalisation de l'approche :

« Comment en effet dépasser ce paradoxe d'une prise en charge institutionnelle de pratiques qui se sont elles-mêmes constituées autour d'une critique en règle — voire d'un refus — de la prise en charge institutionnelle des conduites humaines ? Bien que plusieurs voient dans la mise sur pied d'une politique intégrée de réduction des méfaits une solution prometteuse au régime restrictionniste de la prohibition, force est de constater que cette troisième voie semble prise au piège de son fondement contestataire. » (Quirion et Bellerose 2007, 47)

Dans une logique d'un pouvoir normatif exercé par les institutions, nous pouvons alors nous demander, quelles sont les valeurs véhiculées, dans le quotidien de l'intervention, au cœur de l'action ? Dans le cadre d'une étude portant sur le rapport entre personnes consommatrices et intervenants d'une association en réduction des risques, Fernandez fait état d'une recherche auprès de personnes consommatrices vivant dans des squats de consommation, en France. L'auteur évoque alors la notion d'« économie morale de prévention » (2014). Cette dernière serait rattachée à certaines valeurs alors véhiculées par la pratique des intervenants, confrontée à celles des usagers. L'auteur remarque alors une forme de résistance, à travers la mise en action et la défense de leurs propres valeurs. L'auteur aborde ainsi la question de la responsabilisation, et de l'autonomisation par la prévention :

« Les politiques de réduction des méfaits liées aux pratiques toxicomaniaques sont symptomatiques d'une nouvelle culture de la santé publique d'inspiration néolibérale, privilégiant les responsabilités individuelles sur les responsabilités collectives au risque de négliger l'importance du contexte socio-économique dans lequel vivent ces individus. » (Fernandez 2014, 205)

Bien que les écrits précédemment cités portent sur les effets de telles pratiques sur le contrôle institutionnel des populations, l'anthropologie des moralités et des éthiques nous permet d'aborder ce thème sous un autre angle : celui du vécu des individus et de leurs intentions. En effet, cet angle d'approche permet de mieux comprendre les comportements humains et la façon dont se reproduisent ces mécanismes de contrôle au micro-social, dans ce que les individus d'un groupe reproduisent jour après jour.

1.4.3 Enjeux des fondements axiologiques de l'approche

Enjeux de la tolérance

Des écrits en service social (Gauthier et al. 2013) présentent la tolérance comme une vertu. Ce faisant, dans le quotidien de l'action, les intervenantes sont invitées à s'adapter continuellement à l'autre, à travers les discussions, et les problèmes rencontrés dans la pratique avec l'autre. Elle est donc une valeur morale qui se met en pratique par l'adaptation à une situation donnée et un contexte particulier :

« En somme, le fait que la tolérance soit une vertu cultivée par les intervenantes leur permet de prendre des décisions ou des postures adaptées aux situations et de développer, au fur et à mesure de l'évolution de leurs interventions, une sagesse pratique. » (Gauthier et al. 2013, 185)

Au-delà des questionnements pratiques et pragmatiques sur la validité de l'approche, nous devons donc nous questionner sur les valeurs mises en œuvre dans les différents débats qui entourent la réduction des méfaits au niveau micro de l'intervention. Toutefois, nombreux débats sont encore au goût du jour, et les différentes auteures ressentent encore la nécessité de justifier l'application de l'approche pour lui permettre d'être acceptée socialement. Le principal point de litige est l'inscription de l'approche dans un contexte prohibitionniste. On lui reproche alors de pousser à la violation des lois, voire de banaliser la consommation (Fallu et Brisson 2013). On verra plus loin que la structure même de l'organisme d'intervention étudié, considérée très tolérante, permet aussi la mise en place d'espaces de discussions sur le quotidien des milieux de consommation. Ces discussions, au quotidien de l'intervention, sont bien le lieu de questionnement des normes et des modalités de bien-être des populations concernées. Les questionnements éthiques émanent alors dans différents contextes dans l'action concrète. Par exemple, le large spectre d'intervention de RdM n'impose pas

l'abstinence comme seule solution. Il s'agit déjà là d'une confrontation importante avec les méthodes traditionnelles de traitement : le fait de ne pas imposer l'abstinence n'empêcherait-il pas le rétablissement des usagers dépendants ? Dans le même ordre d'idée, la tolérance ne risque-t-elle pas de sonner comme un laisser-faire ? Jusqu'à quel point devons-nous tolérer, pour le bien-être des individus et la cohésion sociale ? (Fallu et Brisson 2013). Qu'est-ce qui est acceptable ? Isabelle Mondou, chercheuse spécialiste en bioéthique et santé publique, pose, à juste titre, la question :

« Mais comment définir et s'entendre sur des seuils de tolérance ? Pour la société, les individus, les intervenants ? Par exemple, on ne considère pas sur un même plan l'injection de drogues chez un consommateur de longue date, chez une femme enceinte ou chez un jeune mineur qui s'injecte pour la première fois... » (Mondou 2013 : 25)

Enjeux de la justice sociale

La réduction des méfaits, pour l'anthropologue Raymond Massé, permet une réflexion plus large sur l'intervention comme facteur normalisant et moralisant. En effet, le théoricien de l'éthique fait appel à la définition de l'approche comme alternative aux précédentes approches en santé publique, « jugées agressives et paternalistes » (Massé 2013a : 41). Pour contrer ces jugements, on avait eu tendance à définir l'approche comme pragmatique et sans jugement moral. Mais Massé pose la question : devons-nous réellement nous détacher et occulter le rôle moralisateur de l'intervention, ou bien « laisser de côté ces prétentions à la neutralité des fondements en valeurs (neutralité axiologique) pour adopter une justification proprement éthique mettant de l'avant des valeurs de compassion, de justice et de tolérance sur lesquelles elles reposent ? » (Massé 2013a, 41). Nous pouvons ici déjà poser la question : comment ces valeurs sont-elles mises en action au quotidien ? Nous avons vu précédemment qu'il est possible de croiser différentes pratiques normatives en défendant les mêmes valeurs. Ainsi, telle norme de pratique peut tout aussi bien entraîner des effets opposés à ceux escomptés. Par exemple, comment compatir avec une personne qui frôle la violence ? est-ce juste de donner du matériel de consommation à une personne en détresse psychologique, dont les méfaits peinent à être réduits par l'action de la santé publique ? Qu'est-ce que les personnes qui interviennent doivent alors tolérer sur leur propre ressenti, comment, et surtout, au nom de quoi ? En réponse à ces questions nous pouvons nous accorder avec Raymond Massé est ajouter l'utilitarisme au pragmatisme et à l'humanisme de l'approche. L'utilitarisme relève

d'une réflexion rationnelle sur les risques qu'entraîne la dépendance aux drogues (Massé 2013a). Il s'agit alors de trouver un entre deux entre la recherche philosophique et pratique du bonheur pour un plus grand nombre et un coût pour un plus petit nombre (Massé 2013a : 66). Ce questionnement est en effet en lien direct avec la recherche d'un juste milieu entre la sécurité et la liberté, au sein même de la pratique d'intervention quotidienne. De plus, la conception de justice dépendra toujours de celui ou celle qui la recherche, du contexte dans laquelle elle s'inscrit, et de celui ou celle qui jugera :

« At the heart of the particular problem of a unique impartial resolution of the perfectly just society is the possible sustainability of plural and competing reasons for justice, all of which have claims the impartiality and which nevertheless differ from – and rival – each other. » (Sen 2009, 12)

Le pragmatisme, en tant que philosophie basée sur l'expérience vécue, réfère au fait que l'approche de réduction des méfaits doit être appliquée avec et pour les populations vulnérables concernées. De plus, l'auteur défend qu'il soit de raison éthique de venir en aide aux plus vulnérables, et appelle à une « solidarité morale » (*idem*). Peut-on vraiment parler de morale ? Massé comprend le malaise à défendre une morale, étant donné que la réduction des méfaits s'est établie en santé publique dans une visée anti-moraliste et anti-paternaliste. Cependant, pour être à même de défendre les bienfondés de la réduction des méfaits, l'auteur affirme que les acteurs et actrices doivent accepter de défendre cette « éthique sans moralité ». A la compassion, la tolérance, la bienfaisance et la solidarité doit alors s'ajouter la justice sociale pour éviter les dérives moralistes et paternalistes (Massé 2013a). Cette justice sociale implique donc un retour des responsabilités aux mains des institutions politiques, qui par visée de volonté collective, devraient alors inclure un accès égalitaire aux ressources telles l'éducation et un emploi. En comprenant ces mécanismes, et en exploitant véritablement le potentiel de liberté des acteurs et actrices moraux et morales, alors la société serait plus à même de discuter les modalités d'un vivre-ensemble. On rappelle alors la perspective collective de l'*empowerment*, qui était censée nous permettre d'exercer un rapport de pouvoir et la promotion d'une organisation sociale et de gains sociaux (Quirion et Bellerose 2007), par les interactions et les débats collectifs.

Synthèse du Chapitre 1

À partir de questionnements sur les problématisations contemporaines que pose la prise en charge de la déviance toxicomaniaque, c'est une anthropologie des moralités et des éthiques qui permet d'explorer les mécanismes de la réduction des méfaits. Cette dernière se réclame souvent alternative et sans jugement moral sur les personnes consommatrices. Nous nous sommes aussi penchées sur son contexte d'émergence en tant qu'idée revendicatrice et contestataire face aux institutions, puis en tant qu'orientation officielle de santé publique.

Le champ anthropologique proposé est donc à la croisée des chemins entre réflexions philosophiques, une sociologie interactionniste et une anthropologie des moralités et des éthiques. Cette dernière nécessite de définir les termes utilisés. Dans le cadre de ce mémoire, nous porterons donc particulièrement attention aux notions de moralité, d'éthique, de valeurs, d'éthos, et de liberté. Ce sont les limites et la reproduction de chacun qui seront explorés dans le quotidien de la pratique des intervenantes en toxicomanie d'un organisme communautaire d'un centre urbain canadien.

Ensuite, la revue de littérature a porté sur les enjeux de l'approche de réduction des méfaits. Cette recension des écrits nous a permis de rendre compte de la complexité des effets de l'approche sur les personnes concernées. Le principal enjeu est celui de son institutionnalisation et de l'interprétation de ses fondements axiologiques par différents milieux, notamment académiques et politiques. Le caractère néo-libéral de l'institutionnalisation de la réduction des méfaits a aussi été souligné en amont (Fernandez 2014). La problématique de ce mémoire est toutefois orientée vers le vécu quotidien de cette institutionnalisation. Il se penche notamment sur la rencontre entre les systèmes de normes, leur confrontation et leur communication. Bien que les actions du quotidien puissent être orientées par une conception élargie du bien-être et de justice sociales (Fernandez 2014; Massé 2013a), elles sont jonchées d'obstacles que les professionnelles de l'intervention doivent surmonter au nom de la continuité de leur pratique avec les personnes. Par ailleurs, puisque la littérature décrit l'intervention sociale comme *normalisante* – envers les usagers des services particulièrement – c'est ici la normalisation des intervenantes qui est le centre de la recherche. En effet, outre les effets pervers critiqués dans la littérature, dans le quotidien de

l'action, c'est le cadre professionnel qui guide l'action, et la profession est elle-même *normalisante* (Bourgeault 2003).

Alors comment s'articule l'interaction des idéaux et de la réalité pratique? Parmi les enjeux soulevés dans le champ du service social, apparaît aussi ceux de la mise en pratique de la tolérance, ainsi que les modalités de cette dernière. Étudier la tolérance nous permet alors d'explorer les normes collectives à respecter à travers la tolérance de certains comportements. De plus, nous verrons dans le cas étudié que le quotidien de l'action fait intervenir des questions de tolérance qui vont au-delà de la consommation, et se retrouve dans les modalités même d'un vivre-ensemble. Nous serons aussi amenés à explorer les conceptions du juste et de l'injuste.

Chapitre 2 : Méthodologie et contexte

Après avoir éclairé les bases théoriques de la recherche, ce chapitre en présente la méthodologie et le contexte d'application. La première partie présente la question et l'objectif principal de cette recherche, ainsi que ses questions et objectifs intermédiaires. Dans la seconde partie, j'aborde ma position d'apprentie chercheuse dans ce terrain ethnographique : la gestion de la sensibilité et l'importance de l'imprégnation, ainsi que la négociation de ma position d'« étrang[ère] sympathisant[e] » (Olivier de Sardan 1995, 5) parmi les actrices et acteurs du milieu. Cette méthode de recherche, marque de fabrique de l'anthropologue, est en effet riche pour comprendre les enjeux du vécu quotidien de l'institutionnalisation de l'approche de réduction des méfaits. La troisième partie permet ensuite d'explorer les conditions de la collecte de données à proprement parler : les temps d'observation, les entretiens, le recrutement des principaux répondants, ainsi que les limites de la recherche. Enfin, le contexte dans lequel la recherche a lieu est présenté dans la dernière partie, incluant une description des services de l'organisme, de la mission de ce dernier et des valeurs qu'il porte.

2.1 Démarche méthodologique

Comme vu précédemment, le cadre conceptuel de cette recherche se trouve à une intersection. À ce carrefour, se rencontrent des réflexions émanant de la philosophie des sciences, de l'interactionnisme symbolique, un objet d'étude de l'anthropologie médicale, et la théorie de l'anthropologie des moralités et de l'éthique. La recherche emprunte alors la méthodologie de ces champs d'étude, en utilisant le vocabulaire propre à l'anthropologie de la morale, elle-même influencée par les précédents. Ce mémoire est donc le résultat de plusieurs décennies de recherche anthropologique, l'anthropologie urbaine étant un croisement entre l'ethnographie de terrain classique pour sa méthode, et la sociologie de l'École de Chicago pour ses objets (Olivier de Sardan 1995, 1).

Se pencher sur ces différentes théories permet de mettre de l'avant les dynamiques qui forment le travail d'intervention au quotidien et son rapport à l'altérité (Rhéaume 2007), ainsi que le système moral dans lequel ces dynamiques s'insèrent. Face à l'incertitude et à

l'ambiguïté de l'action (Bourgeault 2003) les intervenantes sont amenées à toujours questionner leurs actions et décisions. Cette pratique est donc un lieu riche pour comprendre les mécanismes et processus d'une démarche éthique. En se penchant sur les impasses, l'étude renseigne sur les normes de l'intervention, les ajustements par les intervenantes, leur défense, ainsi que leur reproduction.

2.1.1 Question de recherche et objectifs

Ce mémoire interroge la mise en action de la réduction des méfaits dans un contexte de pauvreté et de consommation de drogues. À une échelle micro sociale (et locale), nous nous penchons sur un organisme communautaire en particulier. Au sein de celui-ci, nous nous centrons en particulier sur le travail des intervenantes. Cet organisme assume la promotion de certaines valeurs qui guident les pratiques internes. Il les promeut en tant que philosophie de vivre-ensemble, déclinée en valeurs qui sont promues entre les actrices de l'organisme communautaire pour agir avec les personnes qui fréquentent ses services. Ces valeurs permettent la mise en action d'une approche chère à la santé publique. Celles-ci n'émanent pas seulement de la réduction des méfaits, mais se croisent aussi avec une façon de faire propre au champ du service social. Durant notre recherche, plusieurs questions ont été soulevées, la principale étant : quelles sont les valeurs promues au sein de l'équipe d'intervention et parmi les personnes qui fréquentent l'organisme? Plusieurs sous questions nous ont aussi accompagnées : Comment cette philosophie de réduction des méfaits s'actualise-t-elle au sein de l'organisme, et entre ses actrices? Quels sont les enjeux et paradoxes que soulève une telle philosophie dans ce contexte? Qu'est-ce que ces paradoxes révèlent sur les possibilités de liberté éthique dans le champ communautaire ? Nous nous intéressons donc à la reproduction des normes d'agir au plan microsociologique et comment celles-ci interagissent avec le contexte social plus large (le macro) : Quel rôle est défini pour les personnes intervenantes dans ce système? Quelle réflexion pouvons-nous en retirer sur les façons de vivre-ensemble?

Ces questions ont pour but de répondre à un objectif principal, qui est de comprendre les processus selon lesquels les intervenantes de l'organisme vivent le quotidien de l'action, et attribuent un sens à leur action, en relation avec l'autre. Pour cela, il faut aussi repérer les

processus qui participent à l'adhésion aux valeurs concernant les comportements qui entourent la consommation.

Un premier objectif intermédiaire est donc de repérer les valeurs officielles dont se dote l'organisme, et comment elles sont articulées dans les discours de la direction et de l'équipe d'intervention. Le deuxième objectif est de faire le lien entre les valeurs prioritaires à l'analyse et leur mise en pratique. L'adhésion des intervenantes à ces valeurs se repère donc à travers des exemples concrets du quotidien. Le troisième objectif consiste en l'exploration des paradoxes moraux que soulève l'adhésion à de telles valeurs, à partir d'une étude de cas, discutée à la lumière de l'engagement moral que prennent les intervenantes. Enfin, le quatrième objectif est de comprendre comment se reproduit un système de norme moral dans un contexte d'intervention communautaire en santé publique.

2.1.2 Une approche ethnographique

L'observation participante

Cette recherche repose sur une méthode ethnographique basée sur l'observation participante. Elle permet de rendre compte de la complexité du travail d'intervenante, notamment par la présence répétée de la chercheuse et son intégration dans le milieu observé. Il est d'ailleurs intéressant de faire le parallèle entre la démarche d'intervention et celle de l'ethnographie : l'intégration dans le milieu, l'approche des personnes qui le composent, l'écoute de ces dernières, pour mieux les comprendre, puis l'établissement d'une relation de confiance, par respect du sujet, puis pour en savoir plus. Ces observations ont aussi donné lieu à des entretiens formels et informels.

Comme nous l'indique la tradition ethnographique, je me suis fiée sur une écoute attentive, tant de l'atmosphère que des discours, ainsi que des temps « morts », ces moments où il ne se passe rien en apparence, mais qui renseignent énormément sur les normes du milieu. Je tentais alors de noter les récurrences, les moments qui viennent briser la continuité des actions : les choses qui choquent, les moments de colère, de tristesse, ou d'humour. Il a aussi été pertinent de se pencher sur les interprétations biographiques des intervenantes concernant leur passé professionnel et leur présent (Heintz 2013) pour mieux comprendre les enjeux dans leur

quotidienneté locale (Kleinman 1999). Mais aussi, et cela fait de l'ethnographie sa particularité, une grande partie du terrain a consisté en l'imprégnation du milieu par la chercheuse. Cette imprégnation est rendue possible en faisant preuve de sensibilité :

« C'est là toute la différence, particulièrement sensible dans les travaux descriptifs, entre un chercheur de terrain, qui a de ce dont il parle une connaissance sensible (par imprégnation), et un chercheur de cabinet travaillant sur des données recueillies par d'autres. Cette maîtrise qu'un chercheur acquiert du système de sens du groupe auprès de qui il enquête s'acquiert pour une grande part inconsciemment, comme une langue, par la pratique. » (Olivier de Sardan 1995, 6)

L'exercice académique qu'est la maîtrise permet d'ailleurs de découvrir et expérimenter cette « connaissance sensible ». Dans le cadre de la présente recherche, ma sensibilité de chercheuse a été particulièrement sollicitée. Elle n'était à aucun moment une donnée d'analyse, mais me poussait à aller poser certaines questions. C'est par ailleurs cette même sensibilité qui m'a poussé à questionner les intervenantes concernant les limites de leur relation à l'autre, ayant moi-même été confrontée à ce genre de questionnements lors de la collecte de données.

Le positionnement de l'anthropologue : « coactrice » du milieu

Par la nature du terrain ethnographique, le temps passé sur les lieux, autant que par la méthode qui en fait sa spécificité, la place de la chercheuse doit être négociée, pour elle-même, comme pour les acteurs du milieu observé. Ce positionnement particulier fait d'elle une « coactrice » de ce milieu (Olivier de Sardan 1995, 3). J'ai donc été amenée à négocier ma place, entre chercheuse et intervenante. En effet, en étant présente dans le quotidien de la vie de l'organisme, il me fallait m'intégrer, sans perturber le travail des intervenantes. Ceci par le respect de leur pratique, mais aussi pour ne pas altérer (autant que possible) la quotidienneté du lieu observé. Une grande partie du travail d'intervention consistant en l'écoute et l'octroi de conseils à travers des discussions informelles, je me retrouvais parfois dans des situations ambiguës, avec lesquelles j'ai tenté de négocier entre mon propre ressenti, mon rôle de chercheuse, et celui d'intervenante que j'empruntais par ce phénomène d'imprégnation décrit plus haut. En effet, ma présence dans le milieu avait été acceptée par l'équipe pour mon rôle de chercheuse. L'équipe n'attendait donc pas de moi que je remplisse le rôle d'une bénévole, auxiliaire au travail des intervenantes. Bien au contraire, l'équipe prenait à cœur cette frontière, en traçant une limite entre les tâches connexes des intervenantes, qui sont

rémunérées, et ma présence dans leur quotidien en tant qu'anthropologue. Toutefois, comme écrit précédemment, la méthodologie pour rentrer en contact avec les participants à la recherche ethnographique est sensiblement identique à celle des intervenantes pour prendre contact avec les usagers. Au quotidien, je me retrouvais donc à partager une partie de leur travail : celui de l'accueil, de l'écoute et du dialogue, et ceci m'a amené à des situations parfois ambiguës, pour les usagers mais aussi pour moi-même. Entre observatrice et participante, entre chercheuse et intervenante, je me faisais à la fois coactrice et « étranger[e] sympathisant[e] » (Olivier de Sardan 1995, 5). Dans la partie qui suit, j'explique plus précisément ce qui m'a amené à cette position, plutôt ressentie qu'octroyée, avec laquelle j'ai dû négocier.

De plus, l'organisme tente de créer une relation de confiance stable avec les usagers, et accordent beaucoup d'importance au respect de ces derniers. J'avais donc pour mission d'en faire autant à mon arrivée, aussi bien qu'à mon départ. Par ailleurs, bien que je tentasse de créer des interactions les plus naturelles possible, je renseignais clairement les motifs de ma présence à toute personne qui m'interrogeait. J'ai ainsi fait face à toutes sortes de réactions, de l'indifférence totale à un intérêt accru, en passant par des discussions très intéressantes sur mon sujet de recherche. La plupart des personnes usagères me disaient par ailleurs qu'elles avaient l'habitude d'être interrogées et de répondre à des entrevues, souvent payantes. C'est dire que j'ai dû, en quelque sorte, œuvrer dans un milieu où il y avait une certaine « culture » de la recherche avec laquelle je devais négocier. Les informations rassemblées en entretien pouvaient donc refléter les « stratégies » (Olivier de Sardan 1995, 9) développées par chacun face au milieu de la recherche. Ces stratégies étant elles-mêmes le produit des interactions avec les chercheurs qu'ils ont l'habitude de rencontrer (Carr 2011). Du côté des intervenantes, les informations récoltées sont aussi en grande partie des discours qu'elles peuvent être amenées à répéter à de nombreuses reprises, et une volonté de défendre leur pratique. C'est en prenant ceci en considération que l'analyse s'est tournée vers cette défense. Le changement d'orientation de la question de recherche est expliqué plus loin.

2.1.3 La collecte de données

La collecte de donnée a été précédée d'une recherche bibliographique sur la réduction des méfaits et l'intervention sociale, présentée au chapitre précédent (Chapitre un : État des lieux et cadre conceptuel) qui avait amené à poser la question de recherche principale, présentée en amont de ce chapitre : Quelles sont les valeurs promues au sein de l'équipe d'intervention et parmi les personnes qui fréquentent l'organisme? C'est donc cette question qui a guidé mes observations sur le terrain. Celle-ci a par la suite été reformulée à partir de multiples retours sur les données, après le terrain. La collecte de donnée a eu lieu du mois de mai au mois d'août 2016, dans un organisme communautaire d'intervention auprès de personnes consommatrices de drogues, agissant dans un quartier d'un centre urbain canadien. La recherche comporte un volet d'observation et des entretiens semi-dirigés. L'organisme était approché comme un monde social (Le Breton 2012) au sein duquel s'établissent des normes propres à un milieu, en interaction avec des forces extérieures.

Les observations

Le travail d'observation s'est échelonné sur un peu plus de 200 heures réparties sur trois mois, et a favorisé une immersion dans le quotidien de l'intervention, en passant du temps à la fois avec les usagers, mais surtout avec les intervenantes, pendant leurs heures de travail, leurs pauses, et en-dehors du travail. Les temps de présence à l'organisme étaient répartis selon les quarts de travail des intervenantes dans les premiers temps de l'enquête. J'étais alors présente trois fois par semaine, selon les horaires de travail, c'est-à-dire selon les plages de 9h à 12h, ou de 13h à 16h30. Cette présence était généralement d'une durée de 3h à 3h30 en plus des moments d'entretien, qui avaient souvent lieu près de l'organisme ou en son sein. Cette limite de temps de présence avait d'abord été demandée par la direction de l'organisme qui par la suite, s'en est écartée afin que je puisse passer tout le temps nécessaire à ma recherche. Cette présence s'est même étendue à quatre réunions d'équipe auxquelles j'ai pu assister.

La méthode d'observation s'est déroulée en deux temps. J'ai passé le premier mois davantage avec les personnes usagères : à la table à boire un café, lire le journal, ou dehors à discuter, fumer des cigarettes. Lors des pauses, alors que la plupart, sinon toutes les intervenantes

allaient à l'arrière du bâtiment, je restais devant avec les usagers. À partir de la première entrevue avec une intervenante, j'ai eu un premier aperçu des subtilités de la profession. En effet, j'avais passé un mois et plusieurs longs entretiens avec des personnes usagères, écoutant leur discours et leur proclamation de proximité, et d'authenticité avec les intervenantes. À partir du premier entretien avec une intervenante, je note une distance, comme un fossé entre le discours des intervenantes et ceux des usagers. Ces entretiens m'ont donc permis de rentrer plus en lien avec les intervenantes et donc de passer plus de temps avec ces dernières. Ceci m'a permis d'entrevoir la norme de pratique envers les personnes qui fréquentent les services. J'allais en effet explorer les coulisses de cette proximité et cette authenticité.

Le mouvement interne à l'équipe d'intervention a aussi été un lieu d'observation particulier. Il y a en effet eu des changements de postes et de nouvelles employées. Les processus qui accompagnaient ces changements ont permis de renseigner sur ce qu'ils impliquaient dans la relation de la personne intervenante avec les usagers. Dans les formations destinées aux nouvelles employées, j'ai porté une attention particulière à ce qui y été enseigné, et parfois la réception de cet enseignement sur la personne en formation. Ces informations étaient soutenues ou renforcées au fil des discussions en entretiens, ainsi que dans les discussions informelles. J'ai aussi pu assister à plusieurs activités spéciales organisées à l'organisme qui permettait l'observation des interactions entre les acteurs d'organisme partenaires, groupes politiques, et usagers.

Enfin, les réunions d'équipe ont été très enrichissantes pour comprendre le cœur de l'éthique collective. Elles ont permis, d'une part, l'observation des prises de décisions cliniques concernant des cas particuliers, et d'autre part, les problèmes personnels rencontrés par les intervenantes. La réunion d'équipe était alors un lieu privilégié pour apercevoir les effets du groupe sur le soutien de la personne intervenante et l'attribution de sens concernant ses actions.

Les entretiens : les discours et les coulisses

Les entrevues semi-dirigées étaient faites de façon individuelle. Elles ont été réalisées auprès de sept intervenantes, huit usagers (dont quatre pairs-aidants), et trois membres de l'administration. Le temps des entretiens varie d'une vingtaine de minutes à trois heures. Ces

entretiens étaient intéressants pour apercevoir le ressenti personnel des répondants, ainsi que les discours qui se répètent. Ils étaient aussi un moyen de revenir sur des moments particuliers observés, notamment du côté de l'équipe d'intervention.

Du côté des intervenantes, les entretiens débutaient d'abord sur la description sommaire du profil de la personne interrogée : âge, parcours professionnel et académique. Ceci permettait de renseigner les types de personnes rencontrées, et à la fois de se pencher sur le regard qu'elles portent sur leur passé professionnel. En discutant de leur présent, nous en apprenons davantage sur ce qu'est le travail d'intervenante, avec des questions types journées succès et journées échec, les problèmes rencontrés etc. En abordant le thème de la philosophie de l'organisme, nous avons ensuite pu explorer leur perception de la mission de l'organisme et de leurs relations avec les usagers des services. Nous avons aussi abordé des moments précis d'intervention et, dans chaque cas particulier, la façon dont la personne intervenante décidait d'agir. Concernant les usagers, des raisons éthiques me poussaient à contenir les entretiens sur la relation de ces derniers avec l'organisme, sans aller en profondeur dans leur ressenti ou leur passé. Les thèmes abordés concernaient leur profil sociologique, leur parcours d'intervention, la fréquence à laquelle ils se rendaient à l'organisme étudié ou à d'autres, la relation qu'ils entretenaient avec les différentes intervenantes, leurs attentes par rapport à ces dernières, et enfin, leur conception de l'aide apportée. Toutefois, les personnes usagères interrogées allaient souvent d'elles-mêmes me raconter leur passé personnel. Ses histoires personnelles n'ont pas été exploitées à des fins d'analyse, ces données étant en marge de notre propos de recherche. Elles ont cependant été d'une grande aide. Outre la richesse qui réside au cœur même de la rencontre et de la découverte de trajectoires de vie particulières, ces récits de vie m'ont permis de comprendre un peu mieux le milieu dans lequel œuvre l'organisme. Pour les personnes que je qualifie de « gestionnaires », les entretiens abordaient leurs tâches dans l'organisme, leur perception de la mission de l'organisme et comment elles y participent. Chacune d'entre elles ayant une expérience, passée ou présente, en tant qu'intervenante, j'en profitais pour les questionner sur leur perception de l'intervention. J'explorais aussi leur relation avec les personnes intervenantes et les personnes usagères.

Les lieux d'entretien étaient variés et dépendaient de la disponibilité des personnes interrogées. Les entretiens étaient à chaque fois réalisés de façon individuelle et isolée.

Certains usagers ont été rencontrés dans des parcs du quartier, d'autres au sein de l'établissement, dans une salle à part ou bien à l'extérieur. La toute première personne désirait aller dans un café, et il m'est arrivé d'interroger quelqu'un dans une rue peu passante, devant un bâtiment que la personne connaissait bien. Du côté des intervenantes, j'en ai rencontré deux dans des parcs éloignés de l'organisme, puis pour des raisons pratiques les suivantes ont eu lieu au sein du bâtiment. Il en a été de même pour les personnes gestionnaires. Le choix des informateurs s'est fait au fur et à mesure de la disponibilité de chacun, tant du côté des intervenantes, des usagers, que des gestionnaires. Comme expliqué plus en amont dans la rubrique précédente, j'ai d'abord interrogé les personnes usagères qui se présentaient à moi, et qui m'ont permis d'avoir une première vision de l'organisme et ces différentes actrices. Étant donné la petite équipe que forme l'organisme, j'ai par la suite tenté d'avoir le plus d'informatrices possible du côté des employées, intervenantes comme gestionnaires. Il n'y avait donc pas de choix possible concernant les critères d'admissibilité aux entretiens, si ce n'est la faisabilité et la disponibilité de chaque répondante. La seule personne formant l'équipe de gestion qui n'a pas été interrogée fut la responsable comptable, avec qui j'ai eu quelques discussions informelles.

Le recrutement

Le projet de recherche a été présenté, d'abord en réunion d'équipe auprès des intervenantes, puis dans les premiers jours de la collecte de données aux usagers. Cette présentation s'est faite au début d'un atelier ayant lieu à l'organisme. L'équipe d'intervention m'a ensuite conseillé de proposer une compensation financière aux usagers que j'interrogeais en entretien. Cette compensation favorisa la suite des rencontres avec les usagers à l'exception de Louis, qui fut d'un accès plus difficile. Son entretien se détache d'ailleurs beaucoup des autres, par le contenu de ses réponses. Quant aux intervenantes, j'ai pu rencontrer l'ensemble de l'équipe régulière, à l'exception d'une intervenante qui n'était pas disponible aux moments des entrevues. Les usagers étaient rémunérés par mes fonds propres et le temps d'entrevue des intervenantes, assuré par l'organisme. Cette rémunération peut d'ailleurs être considérée comme un biais à l'analyse.

L'objectif initial était de renseigner la transmission de valeurs auprès de jeunes adultes en contexte de rue. En effet, plusieurs écrits durant l'élaboration du sujet de recherche proposait l'étude du phénomène de surconsommation en contexte urbain à travers le prisme des jeunes de la rue (Colombo 2010; Parazelli 2002; Bellot et al. 2006; Poirier 1996; Lussier et Poirier 2000). Cette recherche avait alors pour but d'étudier l'effet et la force d'une approche sur des interactions ponctuelles. Or, dans le contexte observé, les caractéristiques « jeunes adultes » et « en contexte de rue » ne coïncidaient plus avec les données à portée. En effet, la plupart des personnes habituées des services sont plutôt âgées et domiciliées. Concernant les femmes travailleuses du sexe, elles habitent souvent dans les maisons de consommation. De plus, alors que le projet initial visait la rencontre ponctuelle entre intervenante et usager, j'ai davantage observé les relations que les intervenantes entretiennent sur de longues durées avec les personnes qui fréquentent l'organisme. Inspirée encore une fois de la méthode de recherche qualitative expliquée par Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995), c'est l'adaptation au terrain et la sensibilité à la recherche qui m'a permis de tourner mon regard vers une autre facette toute aussi intéressante de l'intervention en milieu communautaire.

« Une problématique initiale peut, grâce à l'observation, se modifier, se déplacer, s'élargir. L'observation n'est pas le coloriage d'un dessin préalablement tracé : c'est l'épreuve du réel auquel une curiosité préprogrammée est soumise. Toute la compétence du chercheur de terrain est de pouvoir observer ce à quoi il n'était pas préparé (alors que l'on sait combien forte est la propension ordinaire à ne découvrir que ce à quoi l'on s'attend) et d'être en mesure de produire des données qui l'obligeront à modifier ses propres hypothèses. » (Olivier de Sardan 1995, 4)

Ce changement de point d'observation, tourné vers les liens entre usagers et professionnelles, est d'autant plus intéressant pour comprendre la place du lien social dans un tel contexte. En effet, cela permet de comprendre les subtilités du lien social, qui s'inscrit dans un cadre professionnel avec des objectifs précis. L'étude du lien social renseigne d'autant plus sur les difficultés des relations humaines au quotidien et l'utilité de leur gestion. Ce sont ces subtilités du travail d'intervenante qui seront abordées dans les chapitres de ce mémoire, au niveau de la gestion des émotions, de la confrontation de valeurs et d'orientations morales.

Les principales répondantes

Pour cette recherche, la focale a été mise sur l'équipe d'intervention, dont la fourchette d'âge se situe entre 25 ans et 65 ans. Leur expérience professionnelle en milieu communautaire varie d'une année à plus d'une décennie. Pour des raisons de confidentialité, la totalité de l'équipe d'intervention a été féminisée, et les expériences professionnelles rassemblées en catégorie de temps (environ une année, environ 5 années, plus de 10 années). Les intervenantes rencontrées viennent d'horizons variés, représentant la diversité du monde de l'intervention : toxicomanie, sexologie, travail social, criminologie, entres autres. Pour des raisons de confidentialité, les parcours respectifs ne sont pas décrits. Cependant, des dénominateurs communs sont utilisés pour l'appréhension des informations nécessaires à la compréhension : l'expérience en intervention et l'expérience au sein de l'organisme.

L'équipe de direction a pour tâche la défense des valeurs de l'organisme (à l'externe comme à l'interne), la gestion des ressources humaines et financières, ainsi que le soutien aux personnes intervenantes. Ces membres sont aussi très proches de l'intervention, par le rôle de guide qu'elles opèrent auprès des intervenantes. En effet, lors de mon terrain, elles se chargent des supervisions, mais peuvent aussi être sollicitées à brûle pourpoint lorsqu'un conflit émerge.

Ensuite, l'équipe d'intervenantes est aussi divisée en plusieurs postes. Tout d'abord une équipe de jour et une de soir. Ensuite, il y a les intervenantes de milieu qui travaillent au sein du bâtiment, et celles de rue, qui sillonnent le quartier à la rencontre des personnes. Parmi les intervenantes de milieu, la quasi-totalité sont associées à des projets spécifiques en dehors de leurs heures de présence dans l'espace de vie. J'ai aussi pu rencontrer l'infirmière partenaire de l'organisme. Les intervenantes ont généralement des heures fixes de travail, portées à changement ou remplacement. Quelques personnes alternent entre les équipes de jour et celles de soir. Par ailleurs, une certaine instabilité des ressources humaines régnait au moment du terrain. Les noms et description des postes de certaines employées étaient alors en discussion. Il en allait de même pour certains postes de la direction (redéfinition et répartition des tâches) et quelques postes d'intervenantes. Ce travail de réflexion permanent est notamment lié à la nécessité de trouver du financement pour chaque poste et chaque projet qui doivent être définis et correspondre aux mandats des différents bailleurs de fonds.

Pour des raisons de confidentialité, j'ai recours à des pseudonymes tout au long du mémoire. Certaines caractéristiques du milieu d'intervention et des pratiques s'y rattachant sont aussi omises ou voilées pour ces mêmes raisons. Le désir de respecter cette confidentialité a bien sûr influencé l'analyse des données récoltées, puisque certains détails qui auraient pu être portés à analyse ont été omis. Cela étant dit, l'analyse n'a pas perdu de sa pertinence mais s'est plutôt adaptée aux possibilités. Ainsi, j'ai pu me pencher davantage sur les ressemblances et les effets de la cohésion d'équipe sur le travail individuel des membres de l'équipe.

2.1.4 L'analyse des données

Ce mémoire se base sur une méthode inductive, et donc sur une analyse ancrée dans les données.

Les entretiens ont été réalisés en continuité avec l'observation. Ce faisant, chaque entrevue était ajustée en fonction des informations et des thèmes abordés dans les précédentes. Au retour du terrain, la revue de littérature a été ajustée, orientée vers l'anthropologie des moralités et des éthiques. Les entrevues ont par la suite été transcrites intégralement. Enfin, les entrevues et les notes d'observation ont été codées, selon les thèmes principaux qui en ressortaient, en lien avec la question de recherche.

Dans les premiers temps d'analyse, le corpus de données a été décrit de façon à développer sur la philosophie officielle de l'organisme, ainsi que la perception de cette dernière par les intervenantes. J'ai ensuite pu retracer la place de cette philosophie dans leur discours, à travers les valeurs mises de l'avant par les répondantes. Puis, les données récoltées concernant la pratique d'intervention ont permis d'éclairer autant sur ce qui coïncide avec le respect de ces valeurs, leur moment de critique, ainsi que les impasses rencontrées. Ces impasses sont des moments critiques qui permettent une exploration du travail éthique, ses nuances, ses paradoxes, et ses limites.

Aux fins de l'analyse, quatre orientations axiologiques seront exploitées : la création d'un lien authentique, la proximité, l'accueil et la tolérance. La pratique éthique entourant ces valeurs est directement reliée à des situations locales. Ce qui relève de la conception du bien, du mal, du juste, ou de l'injuste, doit donc être étudié comme tel (Kleinman 2006). Ensuite, les valeurs étudiées ont été choisies en fonction de leur récurrence dans les discussions avec les usagers,

et dans les discours des intervenantes. L'accueil et la proximité sont effectivement deux caractéristiques d'intervention promues par les usagers, que j'ai perçu dans les premiers jours de l'enquête. À travers les entretiens, ce sont donc les coulisses de ces valeurs que je suis allée explorer : les coulisses de la création de liens avec les personnes usagers, la défense de la proximité, l'accueil des personnes sans jugement, ainsi que la nécessité de tolérance.

Les entretiens ont aussi permis de mettre en lumière l'importance des supervisions personnelles dans la formation de la pratique d'intervention. En effet, le sujet était souvent amené au fil des discussions, et ce, de la part des participantes elles-mêmes. La façon de parler de ces supervisions a donc attiré mon attention. Ces mécanismes professionnels sont définis par les participantes comme des moments de discussion sur la pratique d'intervention. Différentes superviseuses m'expliquent qu'ils contiennent plusieurs volets : un volet personnel, un volet concernant les relations de travail, puis un volet clinique, qui permet un retour sur un problème d'intervention particulier. Adrienne Chambon, professeure à la faculté de service social de l'université de Toronto, présente une étude sur les pratiques de supervision en contexte d'intervention (2003). Elle propose surtout une approche foucauldienne à ce moment de rencontre entre superviseuses et intervenantes. Pour se faire, l'auteure met en branle les concepts de « technologies de soi », de « dispositifs de surveillance », ainsi que de « résistance » (Chambon 2003, 82). Les principaux résultats de cette enquête ont été particulièrement intéressants pour la présente recherche. Nous pouvons notamment soulever la facette de gouvernementalité de ce mécanisme par l'exercice de pouvoir et l'auto-contrainte, mais surtout, les « micro-mouvements » dont l'observation permet de « mettre en parallèle les pratiques professionnelles avec les pratiques de soi comme souci de soi et souci de l'autre » (90). J'aborde cette pratique tout au long du mémoire, d'abord comme pratique professionnelle normative (chapitre trois) puis comme un moment clé de l'élaboration des techniques de soi (chapitre quatre). La supervision, que je nomme aussi *mise en place* de la profession, est donc à la fois le lieu d'observation de la liberté éthique des actrices professionnelles, et à la fois le lieu des limites de leurs capacités.

Ces supervisions seront abordées au long du mémoire, et particulièrement dans l'étude de cas présentée au chapitre quatre. Cette étude de cas se base sur un moment observé au début du terrain, dont les échos se sont perpétués tout au long de l'enquête : l'intervention auprès des

femmes enceintes. Ce cas a été choisi car plusieurs indices ont révélé sa pertinence au cours de la collecte de données. Tout d'abord, il se trouve être un cas typique que les intervenantes sont amenées à discuter lors de leurs supervisions. Le cas à l'étude s'est donc avéré être un cas pertinent à explorer pour comprendre le travail que font les intervenantes sur plusieurs plans. Ensuite, le sujet a été cité à plusieurs reprises par les principales répondantes, en entretien et pendant les observations, comme exemple lorsque les personnes parlaient de cas d'intervention particulièrement difficiles, au niveau du ressenti et de l'engagement émotionnel de l'intervenante. Guidée par ces observations, j'ai alors proposé une mise en situation dans les entretiens avec les différentes employées. Celle-ci avait pour but de faire ressortir la méthode professionnelle à suivre, la norme de pratique. L'exemple donné était celui d'une femme qui se présentait à l'organisme, enceinte, épuisée, et demandant du matériel de consommation, ou bien un soin pour une plaie causée par une injection, ou les deux. Cette mise en situation a été choisie pour son niveau de probabilité. En effet il a été noté que beaucoup de femmes qui se présentaient à l'organisme durant la collecte de données étaient des travailleuses du sexe. De plus, plusieurs de ces femmes rapportaient, en arrivant le matin, vouloir boire un café et manger un peu, pour rattraper leur court sommeil de la nuit précédente. Ensuite, par la présence de mises en place de soins infirmiers, plusieurs personnes pouvaient se présenter pour obtenir conseils et/ou soin concernant une blessure quelconque. Ces blessures sont souvent liées à un nombre répété d'injections. La mise en situation proposée semblait donc plausible dans la réalité de l'organisme. Bien que ce genre de situation ne soit pas représentatif du quotidien de la pratique, il l'a été cet été-là, d'après les intervenantes. La question lancée aux répondantes était simplement la suivante : Comment agis-tu avec cette personne, et quels seront tes objectifs d'intervention avec elle ? Dans d'autres cas, le sujet a été amené à travers des questions telles : Peux-tu me raconter un moment d'intervention que tu as trouvé particulièrement difficile?

Enfin, la recherche étant basée sur le travail des personnes intervenantes, je m'inspire du cadre d'analyse d'une anthropologie des moralités et des éthiques :

« L'anthropologie de l'éthique devra, au moyen de recherches empiriques, documenter la distribution de cette réflexivité, de cette agentivité et de cette liberté ou autonomie morale dans les diverses couches des sociétés occidentales modernes (et traditionnelles). Elle devra, tout autant, s'intéresser aux conditions sous lesquelles des sous-groupes

sociaux s'en affranchissent volontairement ou s'en trouvent privés par des forces extérieures ou des conditions de vie qui minent les compétences requises. C'est à une analyse des capacités qu'est alors conviée l'anthropologie de l'éthique » (Massé 2015, 212-13)

Je porte aussi une attention particulière aux discours portés par les personnes en ma présence, ainsi qu'à la rationalisation des individus de leur propre vécu.

2.1.5 Considérations éthiques

Cette ethnographie a été réalisée grâce à l'acceptation des membres de l'équipe de ma présence dans leur quotidien. Elle s'est faite dans un accord mutuel qui implique un partage des résultats de recherche. Cet accord a été concrétisé par la signature d'un engagement éthique, demandé par l'organisme. Il a été signé par la directrice générale de l'organisme, par moi-même à titre de chercheure, et par ma directrice de recherche, Sylvie Fortin. Le partage des résultats sera fait par la remise du mémoire, mais aussi par la présentation et discussion des résultats directement à l'équipe pour être apte à recevoir leurs questions et commentaires. Les membres de cet organisme m'ont fait savoir leur intérêt quant au regard anthropologique porté sur leur pratique : Celui-ci leur permet de nourrir les réflexions concernant leur pratique. Cette étude a aussi eu l'approbation du Comité d'Éthique à la Recherche en Arts et en Sciences (CÉRAS) par le certificat n°CERAS-2015-16-272-P. Comme précisé par ce certificat, l'identité de toutes les personnes ayant participé à la recherche est confidentielle. Pour ce faire, des prénoms fictifs sont utilisés. Afin de camoufler le plus possible l'organisme et ses acteurs et actrices, autant à l'externe qu'à l'interne, des prénoms différents sont parfois utilisés pour une même personne, d'un chapitre à l'autre. Ensuite, le genre féminin a été généralisé à l'ensemble de l'équipe professionnelle, pour renforcer la confidentialité à l'interne. Toutes les personnes ayant participé l'ont par ailleurs fait volontairement, et avaient été informées qu'elles pouvaient se retirer de la recherche à tout moment.

2.1.6 Les limites de l'étude

Cette confidentialité à l'interne a constitué une limite à la recherche en soi. En effet, par la petite taille de l'organisme, il était difficile de baser l'analyse sur les différences de parcours parmi les professionnelles. Cette limite a toutefois ouvert la recherche à d'autres possibilités. Elle m'a forcé à me tourner vers les questions de recherche énoncées plus en

amont, c'est-à-dire sur la mise en pratique de certaines orientations axiologiques ainsi que l'influence du groupe en sur leur reproduction en contexte professionnel.

Une autre limite a été l'accessibilité aux lieux d'intervention. Encore une fois, l'orientation de la recherche a été ajustée en fonction. En effet, ma présence en tant que chercheuse a été acceptée sous la condition qu'elle interfère le moins possible dans le travail des intervenantes. À cet effet, j'ai posé une frontière à mes observations : je n'étais pas présente lors des interventions en face à face dans le bureau des intervenantes. Il va de soi que ces moments peuvent renfermer des données, non observables en groupe.

La compensation financière pour la participation à la recherche (les usagers dédommagés pas mes propres fonds, les intervenantes rémunérées selon le temps de l'entrevue comme heure de travail) peut aussi avoir influencé les données.

2.2 Le contexte d'étude

Le contexte de la présente recherche s'explique par deux. D'abord, le contexte dans lequel s'exerce la profession d'intervenante. Ensuite, le contexte plus précis entourant le travail éthique des actrices morales.

2.2.1 Le lieu : un organisme ancré dans le milieu

L'organisme se situe au cœur du milieu dans lequel il s'engage. Pour des raisons de confidentialité, le dit-organisme ne sera pas nommé. Ne pouvant non plus être même reconnu, ce milieu ne peut être décrit dans son intégralité ni même dans ses subtilités, qui en font sa particularité. Il s'y mêle une diversité de parcours de vie, de personnes y ayant grandi ou bien installées récemment, attirées par le bas prix de l'immobilier, ou cherchant plus d'authenticité. Comme beaucoup de quartiers catégorisés par un niveau socio-économique bas, la gentrification bat son plein. Cette dernière est définie comme un processus de « changement qui affecte le cadre bâti, le niveau des prix de l'immobilier, le peuplement, la fréquentation des espaces et des équipements publics » (Bacqué 2006, 63). Ces changements et leurs enjeux diffèrent selon les quartiers, chacun ayant un contexte socioéconomique particulier. La gentrification entraîne plusieurs enjeux, comme la confrontation des discours publics et politiques sur la façon de la défendre ou de la critiquer. La diversité des discours qui

l'entourent provoque des attentes contradictoires, ou des tensions sociales. Elle révèle autant de conflits que d'alliances (*idem*). Parmi les habitants du quartier où prend place la recherche, cette gentrification est parfois fortement critiquée, par la ségrégation qu'elle perpétue entre nouveaux arrivants aisés, et natifs défavorisés. Parfois, elle est acceptée avec l'espoir de voir vivre les habitants en communauté, portés par la tolérance envers la marginalité. L'organisme communautaire étudié est situé près d'une maison de consommation de drogues illicites. Ce genre de maison rassemble des personnes qui peuvent venir y acheter de la drogue, en consommer sur place, ou pas, et utiliser les services des travailleuses du sexe, qui elles-mêmes peuvent y habiter, et y consommer. Ainsi, beaucoup de femmes qui fréquentent l'organisme (voisin) font le travail du sexe et viennent se reposer et se restaurer au centre.

L'été de la collecte de données a été chaud. Le long des rues parcourues pour me rendre à l'organisme, je peux croiser un bon nombre d'habitants sur leur perron, discutant entre voisins. Les intervenantes de rue, elles, côtoient les personnes qui passent leurs journées et leurs soirées dehors. La chaleur se ressent dans le nombre de bouteilles d'eau qui sont distribuées, dépannées, grâce au budget accordé à l'organisme. Ce budget leur servira aussi à faire des dépannages alimentaires, beaucoup plus que le reste de l'année, étant donné le désert alimentaire dans lequel s'inscrit le quartier, quand vient l'été. La notion de désert alimentaire désigne la pénurie des commerces alimentaires, et se repère par le nombre de commerces, mais aussi leur diversité, la qualité des aliments et leur accessibilité financière (Dutil 2012). Jocelyn Dutil, chercheure à L'École Normale Supérieure de Lyon (ENS), se base sur une étude de la ville de Montréal pour expliquer le phénomène et le rôle des grands groupes alimentaires :

« Le choix d'implantation des grandes surfaces ne sont plus dictées par les logiques internes qui structurent la vie des quartiers, mais par une approche globale du marché du consommateur, recherchant l'économie d'échelle et la concentration. Les quartiers en difficulté où le pouvoir d'achat est réduit ne concordent plus avec les objectifs commerciaux d'entreprise qui préfèrent la périphérie et ses réserves foncières pour l'implantation de grandes structures, tablant sur la forte mobilité des populations de la classe moyenne et supérieure de banlieue pour venir à eux (Bitler et Haider, 2010). Cette notion de répartition spatiale et d'accessibilité apparaît comme fondamentale dans la compréhension du phénomène. » (Dutil 2012, 379)

Ces deux phénomènes dans le quartier étudié, la gentrification croisée du désert alimentaire, ont favorisé l'apparition de quelques organismes communautaires qui viennent pallier, comme

ils le peuvent, ces manques. De plus, la zone desservie par les services de l'organisme étudié se caractérise par une consommation de toute sorte de psychotropes. Les principaux dont j'entendais parler au quotidien étaient le *crack* (cocaïne transformée avec du bicarbonate de soude qui rend possible la consommation par inhalation), et le *smack* (héroïne). Toutefois, un large spectre de mode de consommation était présent à l'organisme, allant du cannabis aux médicaments dérivés de morphine, notamment des analgésiques opioïdes des dizaines de fois plus puissant que la morphine et l'héroïne (Dilaudid et Fentanyl, entre autres). Par ailleurs, des cas répétés d'overdoses de Fentanyl en 2016, notamment à Vancouver (Johnson 2017), et des discussions avec des personnes consommatrices ont poussé les intervenantes à se questionner sur la drogue qui circulaient dans leur milieu cet été-là, et particulièrement sur le danger des mélanges. La menace venait entre autres des changements soudains dans la constitution des drogues vendues.

Enfin, beaucoup de personnes qui fréquentent l'organisme adhèrent à des programmes de substitution aux opioïdes. Ces traitements sont d'ailleurs souvent critiqués par les usagers. Ces derniers soulignent notamment la possibilité de compléter ce traitement par un autre type de consommation, par exemple jumeler les doses de méthadone avec des inhalations de *crack*. Par ailleurs, plusieurs études se sont penchées sur l'utilisation illicite des traitements de substitution. Ces substances étant facile d'accès et à faible coût, leur consommation a considérablement augmenté en quelques années, et a été particulièrement observée au Canada, en Australie et en Estonie (Bruneau et al. 2012). À Montréal, un terrain ethnographique confirme l'utilisation de ces substances en complémentarité avec le *crack* :

« In fact, alternate use of both drugs has a stabilising and/or counteractive effect. For individuals who smoke a lot of crack and consequently become agitated and/or paranoid, POs [Prescription Opioid] may act as a sedative. Conversely, crack can be used to counteract side-effects of opiate consumption such as excessive "nodding" and lethargy. Moreover, according to some participants, the combined use of both drugs may serve to maximise the effect on one drug or the other. » (Roy et al. 2012, 77)

Ces études sont par ailleurs faites en vue de l'évaluation des stratégies d'intervention auprès de différents groupes de personnes ayant des comportements à risque d'infection de l'hépatite C. D'autres usagers critiquent toutefois ces pratiques par leur aspect de contrôle médical (notes d'observation). Le travail des intervenantes s'inscrit aussi dans ce contexte, celui du suivi de traitements de façon informelle, en leur apportant un soutien moral et fournissant des

conseils médicaux. Il est aussi à savoir que plusieurs personnes qui fréquentent l'organisme fréquentent aussi des groupes d'auto-support type AA (Alcooliques Anonymes), CA (Cocaïnomanes Anonymes), NA (Narcotiques Anonymes) ou même DA (Dépendants Affectifs).

2.2.2 La mission : mandat, philosophie, valeurs

La mission officielle de l'organisme s'inscrit dans une perspective de prévention de maladies transmissibles sexuellement et par le sang. Cette mission est financée par plusieurs bailleurs de fonds, tant régional, provincial que fédéral. C'est l'agglomération invisible de ces différents bailleurs de fonds qui forme une « mosaïque financières » (entretien avec la directrice générale) complexe et permet la prévention et l'accueil des personnes au sein de l'organisme. Plusieurs services offerts à la population sont par ailleurs financés par des bailleurs de fonds distincts de ceux de la santé publique, qui œuvrent en soutien aux organismes communautaires, pour la lutte contre le désert alimentaire ou bien la lutte contre l'itinérance, entre autres. Ces derniers peuvent aussi bien émaner du provincial que du fédéral. La mission principale de l'organisme reste cependant une mission de prévention des ITSS. Dans cette « mosaïque financière » la mission de base est de façon générale définie par les membres comme « le mandat de santé publique ». Dans cette perspective, l'organisme offre différents services à la population qui le côtoie, notamment le don de matériel de consommation : ensemble stérile nécessaire à l'inhalation de *crack* (principalement), ensemble stérile nécessaire à l'injection de divers opioïdes, et des condoms de tout acabit. De plus, il offre divers services d'accompagnements, légaux ou médicaux. Il vise à accompagner les gens du quartier consommant ou ayant consommé des psychotropes, et ce en visant l'atténuation des méfaits associés à leur « style de vie ». Ce style de vie est notamment relié à la consommation de drogue, leur vente, la prostitution, le risque d'itinérance et la pauvreté. Cette stratégie d'intervention est directement reliée à l'approche de réduction des méfaits. En effet, on retrouve ici les éléments de définition apportés par Pierre Brisson, qui insiste sur la collaboration des « principaux intéressés » pour réduire les « conséquences négatives liées à leurs comportements » (Brisson 1997). Le nom de l'approche de réduction des méfaits est prononcé par plusieurs personnes durant la collecte de données, mais ne sert pas de référence systématique. Il est intéressant de noter, par le fait même, la volonté d'atténuer les

répercussions négatives reliées à la stigmatisation de la consommation de drogues et la marginalisation des personnes consommatrices, comme énoncée dans les premiers écrits en santé publique concernant la réduction des méfaits, et souvent critiquée en sciences sociales.

Les valeurs d'inspiration humaniste et solidaire

Les valeurs qui guident l'intervention de ce centre sont inscrites dans le bilan officiel et relèvent principalement d'une philosophie humaniste et solidaire : conscient des capacités humaines et de la nécessité de se réaliser dans une société égalitaire, il s'agit alors d'être solidaire avec la population du milieu, connaître sa réalité et les besoins qui y sont reliés, et agir selon ces derniers. Cette solidarité est traduite par la défense des droits des consommateurs et consommatrices. Ceci implique d'agir pour la qualité de vie de la personne avant d'agir sur sa consommation, ainsi que, et toujours selon leur bilan d'activité⁴, de maintenir une solidarité au sein de l'équipe d'intervention, une cohésion d'équipe. Le caractère *a-moral* de la réduction des méfaits se réalise dans ce contexte-ci par une action sans jugement concernant le comportement toxicomane, d'une part, mais aussi concernant les modes de vie en général.

Pour mettre cette philosophie (en tant qu'ensemble de valeurs) en action, l'organisme défend officiellement la base de la relation à l'autre sur l'établissement d'un lien de confiance et de respect, en reconnaissant les capacités individuelles, les choix, et les réalités de chacun. Leur stratégie d'intervention se base donc sur le principe que toute réussite est attribuée à l'individu lui-même. Dans la forme, la philosophie soutient des interventions tant collectives, rendues possibles par l'espace offert au sein de l'établissement, qu'individuelle, dans le bureau des intervenantes, qu'en discussion informelle en fumant une cigarette sur le balcon. L'organisme vise aussi une collaboration dans la prévention, pour inclure les personnes dans l'aide apportée.

Pour résumer, les intervenantes revendiquent une façon d'agir propre à leur rôle : agir en fonction de la demande des personnes, être proche d'elles, les accompagner dans leur parcours de vie, leur redonner du pouvoir, tout en étant là pour les conseiller. Certaines intervenantes

⁴ Celui-ci ne peut être cité pour des raisons de confidentialité

parlent de les « guider », les « recentrer » dans leurs actions et leurs choix. Une intervenante me cite même l'espoir, comme faisant partie de la philosophie. À l'instar du groupe « intervenant », Sandrine, intervenante à l'organisme depuis près d'une année, décrit cette philosophie comme étant particulièrement en lien avec l'absence de résultats recherchés, puisqu'elle se détache d'une approche psychologisante « paternante » ou « maternante » (entretien avec Sandrine). Elles visent donc le bien-être des personnes, portée par l'espoir, sachant que la structure de l'organisme obtient son financement sur les statistiques, le nombre de matériel distribuées, et le nombres de visites à l'organisme. En d'autres termes, sur la prévention des maladies transmissibles sexuellement et par le sang.

Synthèse du Chapitre 2

Ce chapitre a permis de baliser le cadre méthodologique et contextuel de la présente recherche. Après avoir cadré la question de recherche principale et ses différents objectifs, j'ai brossé le portrait d'une ethnographie inductive, impliquant les subtilités de l'observation participante, de la démarche d'imprégnation et de ma place d'anthropologue dans le milieu d'intervention. L'ensemble des observations, complété par les entretiens semi-dirigés, a permis de baliser l'ambiance générale du milieu et la visée de l'organisme, puis d'en explorer les mécanismes professionnels. En inscrivant l'organisme dans le milieu particulier dans lequel il agit et en décrivant les valeurs qu'il défend, nous pouvons alors mieux situer cette démarche ethnographique. L'équipe d'intervention œuvre donc dans un milieu où consommation et pauvreté s'entrecroisent, et elle est guidée par une mission de santé publique – de prévention des maladies transmissibles sexuellement et par le sang – tout en garantissant le respect de certaines valeurs, à la fois propre à l'organisme étudié, mais faisant aussi écho à une tendance de la santé publique : l'approche de réduction des méfaits. Les membres de l'organisme s'engagent donc dans le respect d'une philosophie humaniste et solidaire. Mener à bien la mission implique donc une imbrication de règles à suivre, de façon d'agir, d'intervenir, en vue de respecter ces valeurs maîtresses qui guident l'être et l'agir et impliquent des normes professionnelles à respecter de la part des intervenantes (Massé 2015). Il sera vu que ces normes émergent à travers les interactions à plusieurs niveaux : entre intervenantes et membres de l'administration à travers les formations, mais aussi entre intervenantes aux

expériences diverses, à travers les réunions d'équipe. Ce mémoire explore les façons dont elles se mettent en action et sont défendues dans le quotidien de l'action. Les différentes valeurs défendues, on le verra, s'interrelient et se justifient entre elles en adaptation au contexte d'intervention. Bien que ce mémoire s'attarde à rendre compte de la complexité du travail d'intervenante, la discipline anthropologique et le format dans lequel ce travail est rendu se concentre sur une infime partie de cette complexité. De plus, le point de vue de l'anthropologue se trouve n'être qu'un parmi la multitude des réflexions quotidiennes des intervenantes concernant leur pratique.

Chapitre 3 : La pratique d'intervention pour créer du lien

Comment, dans l'action quotidienne, les valeurs de l'organisme guident-elles les intervenantes? Dans le chapitre précédent, lors de la présentation du contexte d'étude, je décrivais la mission principale de l'organisme, la façon dont les actrices de ce dernier mettent en mots leur ligne d'action, ainsi que les valeurs principales qui les guident. Pour étudier l'actualisation de la philosophie d'intervention par l'équipe de l'organisme, ce chapitre met en scène ces valeurs, prioritaires à l'étude, ainsi que leur adhésion par les intervenantes. Dans une première partie, nous abordons quelques discours concernant les valeurs de l'organisme. Dans une seconde partie nous allons témoigner de la valorisation de la création de lien avec l'autre au sein de l'organisme. Pour se faire, l'équipe d'intervention met de l'avant les valeurs de proximité et d'accueil. Cela nous amène à discuter des enjeux de la tolérance. Dans une seconde partie, nous explorons les mises en place de la profession qui permettent à l'équipe de gérer la mise en action de leurs priorités axiologiques. La première technique professionnelle discutée est la délimitation du lien qui se veut authentique. Les intervenantes doivent en effet négocier la relation floue qu'elles entretiennent avec les usagers. La cohésion d'équipe a alors un rôle primordial dans la délimitation de cette relation et dans la négociation morale qu'opèrent les intervenantes.

3.1 Discours sur le système de valeurs de l'organisme

Dans cette partie, nous nous penchons sur le sens accordé au système de valeurs, promu par les différents acteurs de l'organisme étudié. Nous verrons que, bien que mettant en branle une sémantique floue concernant les termes *officiels* qui définissent l'organisme, le sens accordé aux actions, lui, semble commun. Nous verrons aussi que la mise en pratique de ce système de valeurs est parfois critiquée. Ces critiques font d'ailleurs écho à celles décrites plus en amont, dans la littérature concernant la réduction des méfaits.

Tout d'abord, la directrice générale porte le rôle de représentante de la philosophie et de la mission de l'organisme, et l'actualise à travers son discours. Elle a pour rôle de guider les intervenantes à l'interne, et de porter cet ensemble de valeurs auprès des partenaires, externes à l'organisme. En entretien, elle parle principalement de proximité, d'engagement, de

pragmatisme face à la consommation, de reconnaissance du communautaire et de tolérance dans les interactions du quotidien. En me parlant de leur perspective humaniste et solidaire, elle me dit :

« [C]'est des valeurs, c'est écrit sur notre site web, c'est écrit [sourire]. Et ça, ça a été décidé avec l'équipe [d'intervention] et le CA [Conseil Administratif], il y a plusieurs années. Et ça pour nous, il faut que ce soit un phare. [...] Quand on arrive à des culs-de-sac, il faut qu'on revienne à ça. Moi, quand j'arrive à des culs-de-sac, il faut que j'arrive à ça. Est-ce que c'est cohérent avec mes valeurs? Est-ce que nos valeurs sont cohérentes avec ce qu'on vit avec les gens? Ou ce qu'on veut vivre avec les gens. Ce qu'on tente de vivre avec les gens. Fait que ... Il faudrait que les buts soient similaires pour tout le monde. [...] L'engagement que je pense, que je tente de prendre, c'est d'être cohérente avec ces valeurs-là, le plus possible. Et puis ces valeurs-là faut qu'elles nous guident quand on est dans des impasses. » (Entretien avec la directrice générale, plus d'une dizaine d'années dans le milieu)

Cet ensemble de valeurs « maîtresses » (entretien avec la directrice générale) est alors utilisé comme référence, pour expliquer le mandat officiel de l'organisme. Ce dernier est ainsi explicité à l'externe comme à l'interne, et aussi en moment de crise ou d'impasse au sein de l'équipe. Ces moments problématiques se révèlent en général directement au niveau de la relation à l'autre. Cette philosophie, en tant que système de valeurs, doit alors servir de référence à l'intervention. Dans les impasses, les « explosions » (entretien avec la directrice générale), les actrices de l'organisme doivent donc s'y référer, pour retourner dans le quotidien de l'action.

Concernant la façon dont les employées réfèrent à cet ensemble de valeurs, j'ai remarqué un certain écart, entre ce qui est affiché comme la philosophie officielle de l'organisme et la perception qu'en ont les différentes employées, tant dans l'équipe de direction que parmi les intervenantes. Lorsque je demande aux participantes, en entretien, de me décrire leur « philosophie » ou les « valeurs » qui guident leurs interventions, plusieurs me demandent de réitérer la question ou de préciser ce que j'entends par là, à l'image de l'extrait suivant :

« [**Chercheure**] Est-ce que t'arriverais à me dire la philosophie qui régit les actions, des travailleurs d'ici, de [l'organisme], ce qui régit les interventions, l'organisation des activités, etc. ?

[**Carole**] Attends, je suis pas certaine de comprendre ta question.

[**Chercheure**] C'est quoi la philosophie de l'organisme?

[**Carole**] La philosophie? Donc pas les valeurs, là? »

(Entretien avec Carole, membre de l'équipe de direction, plus d'une dizaine d'années d'expérience dans le milieu)

En d'autres termes, les répondantes voulaient être sûres du sens que j'accordais aux notions de « valeurs » et « philosophie ». Les réponses obtenues traduisent toutefois un sens commun, une ligne directrice commune à l'ensemble des intervenantes. En effet, en réponse à ces questions, et de manière générale concernant la relation à l'autre, l'organisme et ses travailleuses évoquent l'importance d'accueillir les personnes, d'agir en proximité avec leur réalité et de les faire collaborer dans la prévention qui les concerne. Pour les répondantes, parler de la philosophie signifie donc, d'une part, décrire leur méthode d'intervention, et d'autre part, faire référence directe aux valeurs officielles défendues dans les documents administratifs.

Parmi les membres de l'équipe, plusieurs citent aussi le principe d'*empowerment* en parlant de leur approche. L'utilisation de ce terme est récurrente, pour défendre l'orientation selon laquelle l'utilisateur est le seul responsable de sa réussite. Cette idée se retrouve beaucoup dans le discours des intervenantes, notamment à travers des critiques envers celles qui pensent « sauver des vies » ou les changer à l'issue d'une seule rencontre. La directrice en parle même avec humour lorsqu'elle demande à une intervenante, en réunion « Est-ce que tu as sauvé des vies cette semaine? » (Notes d'observation, réunion d'équipe). Certaines participantes, parmi le groupe d'intervenantes, évoquent cependant une réticence face à l'utilisation du concept, et sa mise en pratique au sein des services :

« Moi ce que je vois ici, c'est pas de l'*empowerment*. On offre des services, heu, fait que c'est des services qu'on offre. Il est où ton *empowerment* là-dedans? T'sais pis tu vas me dire oui mais il y a différentes visions de l'*empowerment*. Attends ouais mais il a rien fait par lui pour lui ... c'est de la responsabilité. Tu les responsabilises pas en disant 'oh ben oui va prendre ta douche, tiens voilà un dépannage alimentaire', voilà ci, tu donnes, tu donnes, tu donnes, tu donnes [...] » (entretien avec Alix, intervenante au communautaire depuis une dizaine d'années)

L'intervenante, ici, critique le manque de responsabilisation des usagers, dans la distribution des ressources à leur portée. Pour elle, leur redonner du pouvoir ne s'accorde pas avec la façon dont les services sont offerts à l'organisme. Une autre critique concernant l'offre des services est amenée par Marie-Louise. En entretien, elle rapporte le fait que selon elle, « les plus jeunes ont oublié des notions d'*empowerment*. » Elle rejoint ainsi la critique de Alix, en expliquant sa

version du principe : « je vais te montrer comment pêcher, je le ferai pas pour toi. » (Entretien avec Marie-Louise, intervenante dans le communautaire depuis plus d'une dizaine d'années). Leurs critiques portent donc sur la mise en pratique d'une orientation défendue dans les discours, et dénote une faille entre discours et mise en pratique.

Cette partie présente le discours de la représentante du système de sens officiel de l'organisme : sa philosophie et ses valeurs d'intervention. Ce système de sens semble intégré, retenu par l'ensemble des membres de l'équipe d'intervention, tant parmi l'équipe de direction que les intervenantes. Il a toutefois été noté un décalage, parmi les intervenantes, au niveau du sens et de la mise en application du principe d'*empowerment*. Le concept n'est utilisé explicitement qu'à quelques reprises, mais le sens de ce principe semble toutefois être rattaché au système de valeurs de l'équipe, et nous le repérons à travers l'humour de la directrice et la volonté, de manière générale, de redonner du pouvoir aux usagers de l'organisme. Les contours, enjeux et façons de défendre cette volonté de donner du pouvoir aux usagers apparaîtra au fil de l'analyse du présent mémoire.

3.2 La relation à l'autre : interaction entre les systèmes

Dans un contexte de dépendance toxicomaniaque au sein d'une population marginale, la philosophie de l'organisme et les valeurs qui s'y rattachent sont mises en œuvre pour guider une relation à l'autre. En effet, ce sont ici plusieurs systèmes qui se rencontrent dans le cadre d'une mission précise : aller à la rencontre d'une population marginalisée et à risques, pour la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Alors, l'équipe d'intervention agit selon des valeurs qui lui rappellent ce que doit être cette relation à l'autre. Aussi inspirées d'une discipline de service social qui promeut une pratique professionnelle empathique (chapitre un), ses membres seront souvent amenés à se questionner sur la meilleure façon d'agir avec l'autre. Dans ce contexte précis, la création et le maintien du lien sont principalement valorisés. Dans une seconde sous-partie, nous discutons de la façon dont ce lien authentique se travaille dans la proximité quotidienne des interactions. Ensuite, nous mettons en lumière les enjeux de l'accueil, tant physique que psychologique, dont font part les intervenantes. Enfin, nous faisons le lien avec les modalités de mise en acte de la tolérance.

3.2.1 Un lien authentique pour une intervention approfondie

Pendant plusieurs mois, voire des années, les usagers peuvent ne faire que passer, et profiter des services offerts par l'organisme. Lorsque se développe une relation de confiance, les intervenantes peuvent alors, pas à pas, créer un lien. C'est ce lien qui leur permettra d'aider les usagers au-delà des services de base.

Valorisation de la confiance pour une relation authentique

Lorsqu'on leur demande de décrire la philosophie qui guide leur intervention, les intervenantes ne valorisent pas automatiquement la confiance. Cependant, elle va de soi lorsqu'on parle de relation à l'autre. Marie-Louise décrit d'ailleurs la relation d'aide comme étant « deux êtres humains qui essaient de trouver des pistes de solutions » (entretien avec Marie-Louise, intervenante communautaire, plus de dix ans d'expérience). D'ailleurs, lorsque je lui demande si la confiance est une variable importante dans la relation d'aide, elle me dit :

« T'sais, en intervention, j'te dirais c'est comme... partout. T'as des gens avec qui t'as des affinités plus fortes qu'avec d'autres. Fait que c'est sur si tes affinités sont plus fortes, t'as de grosses chances que la confiance soit plus profonde. » (Entretien avec Marie-Louise)

Par ailleurs, la volonté de créer un lien en-dehors de cadres trop strictes, notamment en comparaison avec le milieu institutionnel, amène les intervenantes à lui trouver un caractère plus authentique, moins formel. Nous pouvons alors constater que la création d'un lien avec l'autre est à la base de l'intervention. Il est aussi un moyen, pour les employées, tant de la direction que parmi les intervenantes, de se démarquer du fonctionnement du réseau formel de la santé. En effet, il est souvent défini comme le chaînon manquant dans les emplois antérieurs des intervenantes de l'organisme, où il y avait trop d'encadrement de la profession, où les liens avec les personnes étaient moins authentiques. Ces anciens postes étaient en institutions, ou dans d'autres types de services communautaires. Les sous-parties qui suivent montrent en quoi ce lien est important, notamment pour la proximité avec le quartier et avec les différentes réalités des personnes à qui l'aide est apportée.

Le lien pour aller plus loin

La création d'un lien se fera différemment selon les postes d'intervention, entre la création d'un lien par le travail de rue, et celui au sein du milieu de vie qu'offre l'espace physique de l'organisme. En effet, l'intervenante de rue va à la rencontre des personnes et doit s'intégrer au milieu des gens, leurs lieux d'appartenance (parcs, skate-parks etc.) tandis que l'intervenante rattachée au bâtiment de l'organisme a pour tâche d'accueillir les gens en offrant un espace qui n'est pas le leur, mais où ils peuvent s'y sentir bien, où ils peuvent développer un sentiment d'appartenance. Les deux postes se rejoignent sur la nécessité de rentrer dans la réalité du quartier, rentrer en contact avec les gens, et créer des liens significatifs avec eux. Morgane, intervenante de rue depuis environ 5 ans, discute ici du lien, et le décrit effectivement comme étant plus qu'un simple contact :

« Parce que premièrement les premiers six mois, tu rentres en contact, mais tu commences par découvrir ton quartier pis tout ça. Là après ça, t'sais là un peu plus, tu te tiens un peu plus avec les gens, pis après ça c'est un autre six mois j'pense avant de ... T'sais moi j'pense ça a pris ça avant que j'aie des demandes plus d'accompagnements ... [spécifiques], qu'ils veuillent que ce soit moi! Pas juste un accompagnement [...] t'sais, qui va être comme pratique là. Non, j'veux que [Morgane] m'accompagne parce que j'te connais, parce que j'ai le gout que tu sois là, c'est ça. » (Entretien avec Morgane)

Les propos de Morgane donnent à voir que les services de base offerts par l'organisme permettent un premier contact avec les personnes, que ce soit par le matériel, les ateliers de prévention ou le soutien administratif. À travers le temps et les discussions, le lien permet alors l'attachement de l'utilisateur à l'intervenante, et par extension, à l'organisme.

Enfin, alors que ce lien permet à l'utilisateur d'aller plus loin dans son attachement à l'organisme, il permet aussi à la personne intervenante d'aller plus loin dans ses objectifs d'intervention. Effectivement, c'est un lien bien établi qui permet à l'intervenante de provoquer la personne, la confronter sur ses actions, éventuellement la questionner sur sa consommation. Le lien qui se développe va alors au-delà d'une assistance technique, demandée par l'utilisateur.

3.2.2 Être en lien avec le milieu : proximité et collaboration

La valorisation de la proximité est mise en acte sur plusieurs plans. Nous présentons ici un moment ethnographique qui illustre un des enjeux de cette proximité, dans le quotidien de

l'action. Ensuite, un second moment démontre la boucle des savoirs permise par cette proximité.

Les intervenantes entre décision fédérale et dépendance locale

Cette note de terrain reflète les enjeux de la réalité quotidienne dans laquelle s'inscrit l'organisme. En effet, ici, les intervenantes répondent au besoin d'une usagère subissant à la fois les forces de la dépendance, et les forces structurales d'une décision administrative prise un niveau fédéral.

Au cours du mois de juillet durant la collecte de données, Nathalie, une usagère que les intervenantes de rue ont l'habitude de fréquenter depuis plusieurs années, fait une crise devant l'organisme. Du bâtiment nous pouvons la voir agiter les bras et tituber en s'adressant à des personnes du quartier. Quelqu'un vient alors demander de l'aide devant l'organisme, pendant une pause cigarette. L'intervenante Johanne (intervenante à l'organisme depuis une dizaine d'années) se rend alors auprès de Nathalie. Autour de moi, on suppose que c'est une surdose : une femme sur le balcon parle entre deux *puffs* de cigarette : « C'est Nathalie qui fait une overdose, ça fait deux fois cette semaine » (Notes d'observation). Nous observons alors, de loin, Johanne soutenir Nathalie et lui parler, celle-ci est maintenant allongée sur le sol, entourée de plusieurs personnes. Charlie, une usagère régulière de l'organisme, passe alors en vélo, s'arrête et s'accroupie à côté d'elles. Johanne en profite pour lui demander ce que Nathalie a consommé pour comprendre un peu mieux son état. Charlie lui confirme que c'est du *smack*⁵. (Notes d'observation, 21 juillet 2016).

Ici, l'intervenante interpelle naturellement une de ses personnes usagères ressources pour être mieux renseignée sur l'état de consommation de la personne. Les personnes ressources sont des personnes ancrées dans le milieu avec lesquelles les intervenantes ont un lien bien établi, souvent depuis plusieurs années. Ce sont ces personnes qui ont notamment permis aux intervenantes de rue de prendre contact avec le monde des maisons de consommation quelques années auparavant. Dans ce cas-ci, l'intervenante peut ainsi, à partir de ses connaissances en toxicomanie, expliquer un peu mieux le phénomène. En effet, Johanne nous dira plus tard que selon elle, il y a un mélange de facteurs qui ne sont pas uniquement liés à la substance : une chaleur étouffante, de l'angoisse et du stress, notamment reliés au fait qu'elle se retrouvait sans argent ce mois-ci pour payer son premier loyer. La cause de cette crise, qui intègre le

⁵ Héroïne

quotidien des intervenantes, est directement liée aux conditions socio-économiques d'une grande partie des personnes qui fréquentent l'organisme. En effet, au cours de discussions informelles, j'apprenais la veille de l'événement que ce sont les chèques d'aide sociale qui ont été envoyés en avance ce mois-ci. Un changement qui peut sembler banal, mais qui peut perturber l'organisation mensuelle de beaucoup de personnes ayant un rythme de vie lié à la consommation (Discussions informelles, notes d'observation).

Ainsi, les intervenantes ne sont pas seulement proches, mais intègrent la réalité des personnes de ce quartier, et y participent activement.

La boucle des savoirs pour une collaboration dans la prévention: L'exemple du Naloxone

Dans cette rubrique, nous développons l'idée de l'intégration des intervenantes dans la réalité des personnes usagères des services. À partir de ce cas ethnographique, nous verrons que cette intégration se fait d'abord à travers des discussions informelles, particulièrement avec les personnes que les intervenantes nomment « des bons liens ». Ces informations nourrissent ensuite une partie des réunions, où l'équipe d'intervention discute de l'ambiance du quartier : la drogue qui circule, la présence policière, le niveau de violence dans le quartier, les agressions et les décès.

Durant l'été 2016, les intervenantes ont eu l'occasion de donner des formations d'injection de Naloxone directement aux usagers. Le Naloxone a la propriété chimique de bloquer les récepteurs de la morphine. En d'autres termes, ce produit, administré par injection, bloque les effets des opioïdes, tels l'héroïne, et coupent instantanément les effets d'une surdose. Auparavant, les usagers devaient s'inscrire à l'avance pour participer aux formations données ponctuellement par des personnes extérieures à l'organisme d'intervention. Au cours de mon terrain, il est alors devenu possible pour les intervenantes de donner des formations directement et plus fréquemment aux usagers intéressés. Un soir, Marie-Louise et Sarah vont, en l'espace d'une soirée, proposer à plusieurs femmes de suivre cette formation, en leur expliquant la procédure. Cela se fait au détour d'une discussion, alors que les personnes viennent chercher du matériel, ou demander conseil pour une blessure quelconque. Les intervenantes soulignent le fait qu'elles ont le choix, mais que ça peut leur permettre de sauver une vie. Étant donné leur contexte de vie, ces personnes ne peuvent refuser catégoriquement. Elles font automatiquement référence aux personnes qu'elles connaissent. Une usagère parle d'ailleurs directement d'une femme de son entourage, qui a fait deux surdoses en une semaine : « la dope est forte en ce moment, » dit-elle. À ce moment-ci, la discussion bifurque sur ce sujet. Une des intervenantes fait alors référence à une autre femme, qui aurait coupé sa dose par quatre, pour minimiser sa puissance. Une semaine plus tard, en réunion, les intervenantes font un point : « réalité de consommation du moment. » On

rapporte alors ce qu'on a entendu pendant la semaine, sur la puissance inhabituelle de la drogue. On s'appuie sur des cas concrets : Vanessa, une usagère qui a l'habitude de se faire une injection d'héroïne et de se réveiller avec une *puff* de crack, n'a ressenti aucun effet sur cette dernière. Cette constatation vient alors sonner des cloches chez l'équipe d'intervention, concernant les mélanges de substances dans le quartier, et chacune y va de son pronostic. Une des possibilités avancées est la présence de Fentanyl dans le crack : un médicament opioïde beaucoup plus puissant que la morphine. Avant le rappel à l'ordre par la coordinatrice de ne pas lancer de rumeur dans le milieu d'intervention, une intervenante fait le parallèle avec les formations Naloxone et la nécessité de préciser ce risque aux personnes concernées. Elle propose alors d'informer, en formation, sur les dangers du mélange de substance dans les doses de crack. (Notes d'observation, 20 juillet et 27 juillet 2016)

Ici, nous voyons que la proximité est valorisée, et participe à créer une norme de pratique. Dans le premier cas, la présence physique du bâtiment de l'organisme dans le quartier fait en sorte que les intervenantes sont, d'une part, au centre des actions. D'autre part, elles sont aussi celles vers qui les habitants du quartier se tournent lorsque survient une crise. Dans le second cas, la valorisation de la proximité normalise une pratique de collaboration dans la prévention. L'idéal de bien-être fait adhérer les intervenantes à cette collaboration entre connaissances du milieu de consommation, et savoir scientifiques liés aux effets chimiques des substances opioïdes. Par l'adhésion à cette orientation de proximité, les intervenantes sont donc les relais, entre les différents savoirs. Elle oriente à la fois l'action des intervenantes en rappelant de ne pas aller trop loin dans les suppositions qui pourraient porter préjudices aux personnes du milieu d'intervention.

3.2.3 L'accueil sans jugement

Ensuite, tant dans les discours que dans leur quotidien, les intervenantes mettent de l'avant la nécessité d'accueillir⁶. Dans le cadre de cette recherche nous avons donc choisi de la mettre de l'avant ici, comme une valeur à laquelle adhèrent les intervenantes, et qui participe à leur intégration dans le milieu. Dans cette partie nous démontrons que dans la pratique

⁶ Selon le bilan officiel de l'organisme (2015-2016), l'humanisme, une des trois valeurs principales qui guide la relation à l'autre, implique d'accueillir les personnes dans le respect de leur rythme, « en prenant en compte leurs réalités du moment » (p.5), sans les juger.

d'intervention, les intervenantes vont parfois être amenées à faire un travail sur elles-mêmes, pour se présenter adéquatement lorsqu'elles accueillent les usagers. Ensuite, nous verrons en quoi un travail moral et émotionnel est fait pour accueillir les confidences des usagers, et ce, sans les juger.

Accueil physique : présentation de soi

Intégrer la réalité du milieu, dans la pratique, c'est d'abord adapter sa façon d'accueillir. Alors que certaines intervenantes considèrent qu'il faut au moins sourire à la personne qui entre dans l'organisme, ou que l'on rencontre dans la rue, ce cas ethnographique montre que l'inverse est aussi possible : trop sourire peut nuire à l'accueil.

En entretien avec une personne superviseuse, cette dernière expose le questionnement d'une intervenante, concernant son comportement face aux usagers. Celle-ci aborde son poste avec beaucoup d'enthousiasme, et se considère être une personne très émotive (discussions informelles). Lors d'une journée ensoleillée, l'intervenante est de bonne humeur, et accueille une personne usagère avec un grand sourire et les bras dans les airs. À cet instant elle se rend compte que ce n'est peut-être pas la meilleure façon d'agir envers la personne qui fréquente la ressource, tout dépendant de son état. Effectivement, la personne responsable de sa supervision, m'explique :

« Oui, c'est le fun de se retrouver dans une ambiance comme ça, mais on sait jamais ce que la personne a vécu de l'autre côté. [...] C'est un peu ça qu'on est venus décortiquer, pis voir la façon de faire, pis s'il y avait la place à vivre cet état-là, mais peut-être regarder avec la personne d'abord comment qu'elle se sent, c'est quoi son besoin en venant à [l'organisme], tout ça » (Entretien avec une superviseuse, plus d'une dizaine d'années d'expérience dans le milieu communautaire)

Ici, nous sommes face à un décalage entre la façon d'être, et la façon de faire, enseignées par la profession. Comme vu précédemment, le lien avec la personne dans ce contexte se veut authentique. Une autre intervenante considère d'ailleurs qu'elle avait cette capacité naturellement en elle avant même de devenir intervenante. Toutefois, ce lien est impossible si la façon de faire ne coïncide pas à la réalité de la population desservie. En effet, l'expérience de ce milieu d'intervention a amené Alix, intervenante depuis une dizaine d'années, à s'adapter au vécu de la personne qui vient demander de l'aide à l'organisme. En effet, en fonction de l'état de la personne, et à un moment inapproprié, lui demander ne serait-ce qu'un

« comment ça va? » peut produire des réactions négatives. L'intervenante doit donc adapter son approche, et pour cela, soigner son accueil :

« C'est pas une question, que tu poses, le 'comment ça va'. Dans les faits, c'est un peu, c'est être mal placé, en connaissance de ta clientèle, quand tu poses un 'Comment ça va?' [...] j'viens te voir, d'après toi, ça va bien? t'sais. J'vais me mettre une seringue dans le bras tantôt, ça va tu ben? [...] t'sais, souvent moi [...] ça va être 'allo!' Surtout un 'bonjour, heu, quoi de neuf?' [...] Mais souvent c'est eux-autres qui me posent la question quand ils rentrent. Comme, c'est eux qui me la lancent. À partir de là j'fais 'oh pas pire, toi?' T'sais, fait que c'est pas direct, comme moi je, en tout cas. C'est peut-être une mauvaise expérience [...] avant en travaillant j'disais 'comment ça va' pis [ils] me faisaient 'd'après toi esti ?' J'avoue t'sais que c'est un peu stupide effectivement. 'J'vis dans [la] rue, j'me shoot, j'puff, j'ai jamais d'argent, j'surviv, j'ai pas à manger, penses-tu que j'vais bien?' t'sais [rire] Ouais, vu d'même, [rire] » (Entretien avec Alix, intervenante depuis une dizaine d'années)

Dans ce contexte, l'accueil des personnes se doit d'être fait, en respectant leur réalité, comme leur philosophie et leurs valeurs leurs indiquent. Cela s'apprend, d'une part, par la transmission d'une façon de faire des anciennes employées vers les nouvelles, et d'autre part, par l'expérience vécue avec les personnes du milieu.

Accueil des confidences

Une grande partie du travail d'intervention consiste en l'écoute de la personne usagère. Comme vu dans les parties précédentes, les discussions entre intervenantes et usagers sont rendues possible par la proximité avec les personnes, et l'établissement d'un lien de confiance. L'accueil de ces confidences fait donc partie intégrante de la profession d'intervenante. Face à ces confidences, cependant, le jugement moral du comportement des usagers est parfois inévitable dans le quotidien de l'intervention. En effet, ce sont souvent les construits personnels et émotionnels des intervenantes, des normes de sens communs, qui sont ébranlées. Toutefois, la valorisation du non-jugement dans la pratique d'intervention les amène à revoir leur positionnement face à certains comportements. Cela est rendu possible à partir de moments éthiques collectifs. Ces moments sont généralement provoqués par des questionnements sur la pratique qu'une intervenante a eu au niveau personnel, et qu'elle présente au groupe. Le groupe a ainsi la responsabilité de résoudre ce questionnement à partir de la demande éthique d'un individu du groupe (« *ethical demand* ») (Zigon 2007). Ces moments permettent, d'une part, une décharge émotionnelle relayée à la collectivité, et d'autre

part le maintien des valeurs, en ajustant leurs actions, qui permet un retour au quotidien de la pratique. De plus, ces moments éthiques peuvent émerger dans des discussions informelles entre employées, être explorées lors des supervisions, et être collectivement discutées en réunions d'équipe. Le moment ethnographique qui suit rend compte de ce genre de moments, il s'agit d'une série de discussions concernant une femme qui voulait tomber enceinte.

En entretien, Sophie, intervenante dans le milieu depuis près d'une année, raconte que le problème était que dans ce cas-ci, la personne tentait d'avoir un enfant, à l'insu de la volonté de son conjoint. De plus, elle avait des problèmes de santé mentale, de consommation, et avait plusieurs enfants déjà en famille d'accueil. Cette information est confirmée dans un deuxième entretien avec une autre intervenante : la situation a été exposée en réunion pour trouver une solution, collectivement, sur comment intervenir avec cette personne. À ce moment-ci, la réaction est unanime : tout le monde fait la grimace. La désapprobation face au comportement de cette femme semble alors générale. (Notes de terrain)

Dans ce cas ethnographique, leurs référents sociaux de sens commun, c'est-à-dire ce qui est partagé par une grande partie de l'équipe, leur indiquent l'immoralité des actions de l'usagère en question. Ici, le jugement de l'acte se fait sur la constatation que le comportement a été un échec par le passé (les enfants sont en famille d'accueil), qu'il n'est donc pas adapté pour le bien-être de l'enfant. Ce qui peut nous amener à aborder la question de l'injustice, celle face au conjoint qui n'a pas son mot à dire, et celle face au futur enfant qui naîtrait, et qui sera peut-être amené à être baladé en familles d'accueil.

Mais dans la pratique d'intervention, l'immoralité de l'acte (manque de responsabilisation face à ses actes, injustice face à l'enfant qui va naître, non-respect de la liberté de choisir du conjoint) n'empêche pas l'équipe d'explorer les solutions pour une intervention et des conseils éclairés. Au contraire, c'est l'intervenante, à travers son questionnement en réunion d'équipe, qui se demandera « comment ma pratique d'intervention peut-elle être morale? ». Autrement dit, elle vit un « *moral breakdown* » (Zigon 2007). En effet, le fait que l'usagère parle de cette situation à Sophie, selon les intervenantes, prouve la qualité du lien de confiance qu'elle a envers l'organisme, et prouve par le fait même la réussite de leur mandat de proximité. Cela s'accompagne de leur devoir d'accueillir la confiance. Sera alors posée en réunion le questionnement éthique : Par rapport à son rôle d'intervenante, est-ce pertinent de confronter la personne sur ces actes ? Et pourquoi? La question du rôle des intervenante et leur engagement sera abordé ultérieurement dans ce mémoire.

Dans le moment ethnographique observé, les membres de l'équipe d'intervention renforcent leur rôle d'intervenantes en s'adaptant à la réalité de l'utilisateur. De plus, la valorisation de l'accueil participe à orienter l'agir (la pratique) tout en se répercutant sur la façon d'être des intervenantes.

3.2.4 La tolérance

« La tolérance exige alors l'acceptation de la diversité humaine et par conséquent des différences et éventuellement des divergences tant pour ce qui est des croyances et des convictions qu'en ce qui a trait aux attitudes et aux comportements ; nous dirions aujourd'hui la reconnaissance de l'autre ou de l'altérité. » (Bourgeault 2013, XIV)

Dans cette rubrique, nous abordons la tolérance comme une valeur inhérente à la pratique d'intervention de l'organisme. Comme nous l'avons vu dans l'état des lieux sur la réduction des méfaits (Chapitre un), elle est à la base de cette approche, de par le contexte prohibitionniste dans lequel elle s'inscrit. Au quotidien de l'intervention, nous en discutons d'abord en rapport à la vision pragmatique de la consommation, reliée à une logique de santé individuelle, et collective. Ensuite à travers l'idéal de bien-être des personnes mis en acte par les intervenantes. Nous remarquons qu'elle n'est pas dans les valeurs officielles de l'organisme (Bilan d'activité 2014-2015; 2015-2016; 2016-2017), mais qu'elle est omniprésente dans les décisions prises par les intervenantes.

Une structure tolérante

Beaucoup de comportements auxquels font face les intervenantes s'opèrent dans un cadre d'illégalité (consommation et vente de stupéfiants par exemple), ou semi-légalité⁷. Cependant, les fondements de la réduction des méfaits rappellent la nécessité de tolérance face à ces comportements (Marlatt 1996; Brisson 1997). La structure même de l'organisme se doit

⁷ Dans la législation canadienne, la prostitution en soi n'est pas illégale mais sont prohibés les actes qui l'entourent comme la communication, la propriété d'une maison de débauche ou le transport d'une personne vers une maison de débauche, ainsi que le proxénétisme. Prenant en considération à la fois la violence et la stigmatisation faite à l'égard des travailleuses du sexe ainsi que la situation problématique de dépendance toxicomaniaque en contexte de prostitution de rue, la prostitution se situe alors dans un cadre de semi-légalité. (Barnett 2014)

alors d'être tolérante. En effet, d'un point de vue pratique, concernant la prise en charge de la dépendance, il a été plusieurs fois démontré l'échec de la tolérance zéro portée par le prohibitionnisme, notamment concernant la santé de la population (Mondou 2013). Ces constats pratiques sont aussi appuyés par des réflexions philosophiques qui défendent la tolérance pour un équilibre entre la sécurité et la liberté (Bourgeault 2013; Sen 2009). Au quotidien, les intervenantes tentent alors de traduire cette valeur en action. Ainsi, la tolérance se reflète dans la mise en pratique des valeurs chères à l'organisme, précédemment démontrées : la priorité mise sur le lien authentique, l'accueil des personnes sans jugement, et la proximité avec les personnes et leur milieu. Quant aux bris de règles de la part des usagers, les moments de discussion qui les entourent permettent de reconnaître ce que l'équipe valorise, et ce qu'elle est prête à accepter, et au nom de quoi. C'est aussi ce qui leur permet de développer leur expérience d'intervention, et de développer une « sagesse pratique » (Gauthier et al. 2013).

Pragmatisme face à la consommation

La structure de l'organisme est tolérante et répond à des besoins de santé publique, illustrés par leur mission de prévention en ITSS. Alors que la littérature en réduction des méfaits fait souvent état d'une tolérance face aux comportements à risque, prônant une vision non moralisatrice de la consommation de drogue et des consommateurs, la mise en pratique par les intervenantes soulève plusieurs enjeux dans les micro décisions du quotidien. Dans les discours, ce sont généralement les membres de l'administration qui citent le pragmatisme comme faisant partie de la philosophie de l'organisme. Les intervenantes sont donc amenées à prendre des décisions en ce sens. Elles vont alors tolérer certains bris de règles établies par l'organisme, comme le démontre l'exemple suivant.

Une limite est posée au niveau du don de matériel que les usagers peuvent réclamer. C'est cette limite que Charlie, une usagère qui fréquente l'organisme depuis une dizaine d'années, franchit lorsqu'elle vient chercher, innocemment, auprès des intervenantes un soir, des tubes⁸ qu'elle avait déjà réclamé en journée. Marie-Louise, intervenante qui connaît Charlie depuis qu'elle a commencé à fréquenter l'organisme, lui demande alors si elle n'est pas déjà passée à l'organisme dans la journée pour en avoir. Charlie répond

⁸ Tubes en pyrex pour l'inhalation de *crack* principalement

que non. L'intervenante sait très bien qu'elle ment, elle a été mise au courant par ses collègues. Charlie continue de nier, sur un ton qui se rapproche presque de la moquerie. Elle repart avec le matériel d'inhalation demandé, alors que tout le monde sait qu'elle a outrepassé une règle. (Notes d'observation, 3 juin 2016)

La limite de la tolérance est ici presque imperceptible tellement cela semble se faire naturellement. Cette action est toutefois fortement chargée de sens. En effet, la référence au pragmatisme peut nous faire comprendre que si les intervenantes lui interdisent le matériel propre, stérile, avec quoi va-t-elle *puffer*⁹? Il est possible qu'elle se drogue alors de façon non-sécuritaire. Cela irait alors à l'encontre du mandat de prévention dont s'est doté l'organisme. Leur mandat de prévention leur indique de prioriser le don de matériel. Mais outre le choix de valoriser la santé de Charlie, dans cette micro décision, Marie-Louise choisit aussi de prendre en compte le lien qu'elle a avec cette dernière, que la proximité lui a permis de développer au fil des années où elles se sont côtoyées.

[Chercheure] : Et c'est quoi tes objectifs d'intervention avec Charlie, justement?

[Marie-Louise] : L'intervention avec Charlie, c'est que je la manquerai pas, là!

[Chercheure] : Tu vas la faire partir?

[Marie-Louise] Je la manquerai pas parce que je vais lui dire la vérité, elle sait que je vais lui dire la vérité.

[Chercheure] Est-ce que ton but c'est de la faire partir de [la ville] ?

[Marie-Louise] Je sais qu'elle est capable. Les quatre premières années qu'elle a arrêté... à tous les 1er janvier, Charlie arrêtait ici, avec le chum. Ils s'arrêtaient me souhaiter bonne année. Les quatre premières années elle a fait ça. » (Entretien avec Marie-Louise)

Dans le quotidien de l'action en intervention dans ce contexte, alors, la limite à la tolérance est fine, comme les relations qui sont développées avec les personnes qui fréquentent les services. Le lien que développent les intervenantes avec les usagers se font souvent sur le long terme, et prendre soin d'eux se situe sur cette fine limite, entre façon de faire, et façon d'être ; entre relation d'aide et « relation d'être¹⁰ » (Entretien avec Sophie, intervenante à

⁹ Inhaler

¹⁰ L'expression précise de « relation d'être » se retrouve dans l'entretien avec Sophie, mais tout au long des observations et des entretiens a été présente cette référence à une façon d'être avec l'autre, plus qu'une relation d'aide, de prise en charge.

l'organisme depuis environ une année). Cette *relation d'être* implique de valoriser leur bien-être, dans le respect de leurs choix de vie, souvent désapprouvés par les intervenantes, mais tolérés. C'est aussi le choix que fait Marie-Louise lorsqu'elle donne le matériel à Charlie dans le moment observé. De plus, il se trouve que plusieurs personnes usagères sont déjà parties plusieurs années de la ville, ont arrêtées de consommer, puis y sont revenues, se replongeant dans la logique qui mêlent dépendance et, souvent concernant les femmes, dans la prostitution. Dans ce contexte, Marie-Louise a pour mission de répondre à la fois à un mandat de prévention et à une valorisation du bien-être des usagers.

Discussion clinique pour une question de bien-être

Dans le cas ethnographique suivant, la prise de décision nécessite une discussion collective sur un cas clinique. Face à plusieurs bris de règles, puis à l'échec de l'action individuelle d'une intervenante, c'est donc l'équipe qui prend le relai à travers la réunion d'équipe. Plusieurs questions sont posées, puis Gabrielle, membre de la direction qui préside la réunion, rappelle d'agir au nom du bien-être de la personne usagère.

En réunion, Sandrine, intervenante à l'organisme depuis moins d'une année, rapporte la réclamation de Mathilde, intervenante de l'équipe de jour, qui ne pouvait être présente à la réunion ce jour-là. Celle-ci rend compte d'un problème avec Maya, une usagère régulière de l'organisme, qui n'a toujours pas trouvé de solution après plusieurs tentatives de discussion entre l'intervenante et l'usagère en question. Maya a pris l'habitude, depuis quelques temps, de passer de plus en plus de temps au sein de l'organisme. La première inquiétude nommée par Sandrine, est que ce phénomène semble être lié à la consommation de l'usagère, qui semble aller en s'augmentant. Le questionnement de son bien-être est alors doublé d'un bris de règle. En effet, elle est aussi accusée de s'injecter dans la salle de bain de l'organisme, chose strictement interdite, puisqu'aucune consommation n'est permise au sein du bâtiment. D'ailleurs, un nouvel usager aurait dernièrement été rappelé à l'ordre sur le champ, pour la même raison. Dans le cas de Maya, la proximité qu'elle a avec l'équipe d'intervention, et le lien qui a été développé permet d'en savoir plus sur sa situation : elle aurait rapporté en pleurs, à une intervenante, que l'ambiance dans le milieu de consommation où elle vit, était « un enfer » (notes d'observation, réunion clinique). Le problème de l'injection au sein de l'organisme avait déjà été remarqué à plusieurs reprises, et était tolérée par les intervenantes. Par cet acte de tolérance, les intervenantes laissent une part de liberté d'action à Maya, en connaissance de sa réalité de vie. Cette tolérance est cependant limitée par l'épuisement des employées face à la répétition du non-respect. L'équipe d'intervention se questionne alors en équipe sur la bonne pratique à adopter. Plusieurs pistes sont abordées, comme surveiller son temps d'utilisation de la salle de bain, lui interdire l'accès pour l'empêcher de consommer à cet endroit. Mais elles sont rejetées,

car elles entraveraient une partie de l'autonomie et de liberté de Maya. Gabrielle tente alors d'explorer la question de l'attachement émotionnel que portent les intervenantes à Maya. Un traitement préférentiel pourrait alors les empêcher d'agir concrètement face à elle, en créant un déséquilibre dans la relation d'aide. Cette piste est aussitôt écartée par les intervenantes. Alors, bien qu'il n'y ait pas eu plan d'action qui soit sorti de cette réunion concernant ce cas, les intervenantes confirment que son bien-être est altéré dans son milieu de vie. Gabrielle propose alors aux intervenantes d'aller creuser dans cette direction pour mieux comprendre son comportement. (Notes d'observation, réunion, 3 août 2016)

Ici, encore une fois, le bris de règle est toléré, parce que le lien que les intervenantes ont développé avec Maya au fil des années est sensé leur permettre de discuter avec elle, pour lui faire comprendre. Toutefois, son comportement atteint la limite du supportable pour les intervenantes. Alors qu'elles sont sur le point de céder, c'est le travail d'équipe, à travers une réunion officielle, qui leur rappelle que l'humanisme les guide vers le bien-être des usagers et la compréhension de leur réalité. Ce travail, émotionnel et éthique, se fait dans un contexte de diversité pour vivre avec l'autre, et est rendu possible par la cohésion d'équipe. Cette cohésion est par ailleurs entretenue à travers les mécanismes de la profession, dont les réunions font partie intégrante.

3.3 Les limites de la proximité : le paradoxe de la profession

Les valeurs principalement discutées dans le cadre du présent mémoire renseignent sur les enjeux quotidiens de l'adhésion par les intervenantes à l'action communautaire. Les techniques de la profession que nous présentons ici, soulèvent de nouveaux enjeux quant à la pratique d'intervention. En effet, la mise en pratique des valeurs dans ce contexte, ne va pas de soi. Au contraire, il semble même nécessaire qu'elle soit guidée par la profession d'intervenante. Dans cette partie, nous abordons donc les limites éthiques de la profession, mais aussi la marge de manœuvre qu'ont les intervenantes au sein de ses limites, pour perpétuer le lien. Ceci nous permet d'aborder pourquoi les intervenantes préfèrent mettre une limite entre l'empathie et la sympathie, et la nécessité de la rappeler face aux usagers. Nous abordons ensuite le rôle professionnel, et la façon dont il est rappelé et renforcé à travers différents mécanismes. Ceci nous amène à parler du rôle du groupe, dans la gestion des émotions, et dans la négociation morale des intervenantes.

3.3.1 Une relation authentique avec l'autre, cadrée de limites professionnelles

L'éthique

Les premières limites posées au lien, sont celles liées à l'éthique de travail de l'organisme. Ces dernières sont résumées par les intervenantes par une « règle de trois » : Pas de sexe, pas de drogue, pas d'argent. En d'autres termes, les employées et toutes personnes passant par l'organisme ne peuvent recevoir aucune rémunération, don ou avantage de la part d'un usager, et ne peuvent utiliser les services d'un usager pour tout service. Outre la limite posée par la déontologie, les liens sont aussi limités dans les choix que font les intervenantes au niveau interpersonnel. En effet, chacune pose sa limite, dépendant toujours du lien avec la personne, sachant que, comme le nomme Sophie : « C'est le lien avec la personne qui prime sur tout le reste » (entretien avec Sophie, intervenante à l'organisme depuis environ une année). C'est donc dans cette zone grise que navigue l'équipe d'intervention, particulièrement dans les moments de discussions et de prise de décision dans les « explosions » du quotidien.

Marge de manœuvre

Au niveau interpersonnel, donc, les intervenantes font leurs choix dans les limites qu'elles veulent poser, jusqu'où elles veulent s'ouvrir à l'autre, tout en respectant les valeurs auxquelles elles adhèrent. En effet, Morgane, intervenante de rue, explique où est selon elle, la limite. Elle nous met ici en situation. Au détour d'une discussion avec une personne, peut survenir des questionnements plus personnels sur l'intervenante :

« Pis la *woop* t'sais y a une question 'ah ouais, mais t'sais sur *whatever*, sur une relation amoureuse, sur ci, sur ça' pis après ça ils vont beaucoup te poser de questions sur toi, fait que là, après ça c'est à toi de mettre tes limites. Y a du monde qui en disent beaucoup, y en a qui en disent pas. Y a du monde qui en disent un peu. Mais moi personnellement j'pense qu'il faut que t'en dises un peu si tu veux que les gens s'ouvrent. » (Entretien avec Morgane, intervenante à l'organisme depuis environ 5 ans)

Parler un peu de soi est une bonne technique, selon Morgane, pour approfondir la relation d'aide, dans une perspective d'un rapport égalitaire. Une autre employée me dit avoir commis une erreur regrettée. Cette erreur, c'est d'avoir appelé une usagère à partir de son téléphone personnel, qui affichait alors son lieu de résidence, en-dehors du quartier :

« [...] Mais t'sais c'est pas une grosse gaffe, [...] mais ça aurait pu, quand même, t'sais [...] Dans le sens où c'est une information personnelle, pis c'est un peu moi qui, j'dis pas de prime abord ou j'habite, j'dis pas de prime abord, je divulgue pas nécessairement ma vie personnelle. J'dis pas que les usagers connaissent rien de moi, mais c'est, c'est pas, j'suis pas un livre ouvert devant les usagers. [...] C'est rare qu'ils sachent que j'habite [hors du quartier]. » (Entretien avec Caroline, intervenante à l'organisme depuis une dizaine d'années)

Caroline n'explique pas pourquoi la situation est problématique, outre le fait que c'est une information de trop sur sa vie personnelle. Comme Morgane, elle pose ses limites au lien. Elle spécifie tout de même que les usagers en savent un peu sur elle, car, encore une fois, c'est une marque de respect et de confiance, nécessaire au lien authentique. Cette zone floue est confirmée par Alix, intervenante depuis une dizaine d'années :

« J'suis pas mal sûr que si tu regardes comment toi t'allais [...] quand c'est arrivé, avant de commencer à travailler... [...] T'essayais tu de le cacher? [...] Fait que quand quelqu'un rentre pis te demande comment ça va, [je réponds] 'oh, j'ai connu une meilleure journée!' pas obligé de rentrer dans ma vie privée, mais moi je leur demande comme de me parler d'eux, pis moi ... j'vais pas leur donner ça? C'est du respect, t'sais la personne elle te voit quasiment tous les jours quand elle vient chercher ses affaires, moment donné, elle te trouve importante toi avec, fait qu'elle aussi elle veut, c'est une question de respect qu'elle te donne, pis toi tu lui cache. Voyons dont! T'sais. » (Entretien avec Alix, intervenante depuis une dizaine d'années)

Les intervenantes veulent maximiser le rapport égalitaire, authentique, de respect et de confiance. Pour cela, elles vont s'octroyer une marge de liberté dans le rapport à établir avec la personne usagère. Cependant, au nom d'une norme professionnelle, qui semble aller de soi, elles limitent la profondeur de ce lien.

Entre sympathie et empathie : Clarification du rôle professionnel

La frontière entre l'empathie et la sympathie est défendue par les intervenantes. La justification de cette frontière peut nous permettre de comprendre la limitation de la profondeur du lien établi avec l'autre. Tout d'abord, à travers les discours, est généralement différencié l'amitié et la profession. Ensuite, cette frontière est justifiée à travers la valorisation de l'*empowerment* des usagers. Enfin, au nom du bien-être des intervenantes elles-mêmes. Ceci révèle que la profession s'exerce dans un contexte émotionnel fort. Sur le terrain, c'est la coordinatrice clinique qui verbalise la différence entre les deux.

En premier lieu, Sandrine (intervenante à l'organisme depuis environ une année), en entretien, défend l'idée que certaines attitudes sont plutôt du ressort des familles, comme la culpabilisation des actes.

J'pense que la culpabilité t'sais, [...] ça c'est mon point de vue, j'pense que ça a un grand lien avec l'affectif. Pis je pense que c'est plutôt l'arme des familles. Si on peut appeler ça une arme, en soi. Je pense que ça serait plutôt un comportement familial, ou d'ami, ou de blonde, de chum, qui renverrait plus de la culpabilité sur ... t'sais. Mais je pense pas que ce soit le rôle d'une intervenante de faire ça, non. (Entretien avec Sandrine)

Nous voyons ici qu'une intervenante décrit son rôle en rejetant un discours paternalisant et relié aux émotions. Nous pouvons alors plutôt faire le lien avec une relation d'aide qui relève d'avantage d'une empathie réfléchie et rationalisée, notamment à travers les mises en place de la profession précédemment citées.

Ensuite, pour des raisons d'autonomie, les intervenantes ne souhaitent pas que les usagers remplacent une dépendance par une autre, en se reposant totalement sur les services de l'organisme. La même valeur d'autonomie est enseignée à travers certains guides de pratiques à l'action communautaire. Ces derniers stipulent que les personnes qui fréquentent les services ont en elles les capacités d'organiser leur vie (Relais femmes 2009). En effet, de manière générale, les intervenantes font preuve de réticence face aux professionnelles qui pensent que par leur seule action, peuvent changer les comportements d'un usager. Elles ont d'ailleurs tendance à se moquer des professionnelles qui disent « sauver des vies » (notes d'observation, réunion d'équipe et entretien avec la coordinatrice clinique). Toujours selon le guide des pratiques, et confirmé par une intervenante en entretien (entretien avec Sandrine), ce sont les dons de matériels et le soutien psychologique qui permettent d'apporter de l'aide à la personne et ainsi la possibilité de changer des éléments de sa vie, considérés comme méfaits. À ce propos, Johanne, intervenante depuis une dizaine d'années, raconte comment elle a dû mettre une limite dans la relation avec certaines personnes qu'elle avait l'habitude de côtoyer dans la rue. Dans leur jargon, les intervenantes disent alors devoir « cadrer » la relation à l'autre, et le verbaliser face à l'autre, et ce, malgré leur volonté d'aider.

« Alors elle a mal compris, pis j'ai mal traduit mon rôle. Nous les travailleuses de rue... [...] t'sais faut pas être indispensable [...] pis faut pas échanger une dépendance pour une autre. Et puis souvent en travail de rue on marche tellement dans une zone qui est

grise, qu'on est pas ton ami, mais on est dans ton milieu. On tolère l'intolérable, on fait beaucoup de choses, ou ça devient plus clair [...] pour les personnes puis même des fois pour la TR (Travailleuse de rue) aussi, dont l'importance de l'encadrement. [...] Fait que bref, la [personne] je me suis bien rendue compte qu'elle m'attendait pour manger. » (Entretien avec Johanne)

Dans ce contexte, les modalités d'interaction sont à établir. Ici, Johanne donne alors l'exemple d'une femme qu'elle a dû « recadrer », pour préciser le rôle que lui attribue sa profession (Le Breton 2012). L'intervenante s'inspire de cette dernière et fait appel à la valorisation de l'*empowerment* pour limiter le lien avec la personne.

Enfin, une autre intervenante de rue, Morgane, réfère à ce même principe, l'*empowerment*, en précisant que ses objectifs d'intervention sont guidés par la demande de l'utilisateur. En effet, elle dit que ses objectifs sont « d'aller où ce que la personne veut ». Cependant, sa limite concerne sa propre « santé mentale » (entretien avec Morgane). Alix, intervenante, dans la profession depuis près de dix ans, fait aussi la promotion du bien-être de ses collègues intervenantes, avant celui des usagers, par principe de cohésion d'équipe.

Par la transmission de savoirs entre professionnelles, les intervenantes sont guidées dans cette relation floue. En entretien et au cours de plusieurs discussions informelles, Johanne explique que bien qu'elle considère avoir un savoir-être et des capacités d'écoute et d'attention envers l'autre, elle sait faire la différence entre la sympathie et l'empathie. La distinction qu'elle explique représente bien la différenciation faite dans le rôle de la profession face aux usagers. En effet, pour elle, la sympathie, c'est le partage des problèmes de l'autre, le partage d'un état d'être pour comprendre et soutenir. Nous pouvons le lier à ce que Sandrine nomme « l'arme des familles » (Entretien avec Sandrine). L'empathie envers les usagers des services, elle, se reflète plutôt dans la compréhension rationnelle de l'autre et un refus des émotions, telle la tristesse. On va écouter, tolérer, s'adapter aux choses choquantes, pour le bien-être des personnes qui fréquentent les services.

« Pis t'sais j'dis intervention avec mon ami, mais ... tous geste, toute parole est intervention mais heu... je vais pas avoir le même discours, parce que j'ai pas le même lien affectif. Les personnes sur la rue je les aime d'amour, mais je les aime pas comme des amis. T'sais, je souhaite leur bien-être parce que je crois qu'ils le méritent, tous, t'sais mais quand que je rentre chez nous, c'est sûr qu'au début c'était plus tough, un peu. Parce que j'étais moins habituée mais parce que juste rentrer à [l'organisme], je

trouve ça violent, rentrer, quand tu vois une femme vendre son cul sur le coin de la rue, t'sais. Juste ça il faut que tu t'adaptes. » (Entretien avec Johanne)

Sophie, intervenante de proximité depuis environ une année, explique aussi bien cette relation à double tranchant :

« Non, on est pas leur ami! Parce que pour moi l'amitié c'est quelque chose qui est réciproque. Tu me contes tes problèmes, je vais te conter mes problèmes. On va s'appeler, on va jaser. Ben non, malheureusement, je t'appellerai pas pour te compter ma vie, parce que j'ai des amis, j'ai un soutien à l'extérieur. Est-ce que par contre on est en relation d'être? Oui! On est plus qu'en relation d'aide, on est en relation d'être avec ces gens-là. Fait que oui je vais m'investir avec ces personnes-là. Est-ce que c'est un couteau à double tranchant de s'investir là-dedans? Oui, définitivement. Parce qu'un moment donné tu tombes dans un tourbillon. T'es comme 'criss' t'sais, j'ai comme tellement dépassé la limite, t'sais. Je sais plus comment me relever. C'est ça le danger de la relation d'être. Pis en même temps, ça ouvre d'autres portes aussi, la proximité avec les gens. » (Entretien avec Sophie, intervenante depuis environ une année à l'organisme)

En effet, dans le cadre d'une intervention, même si la personne qui recherche de l'aide, peut jeter ses émotions sur le tapis pour être secourue, la personne intervenante doit gérer ses propres émotions, pour gérer la diversité du mal-être qui l'entoure : C'est sa « job ». La profession établie alors un rôle précis dans le cadre de ces interactions. Le lien est maintenu, mais limité. Leur rôle n'est pas de partager les émotions des personnes qui fréquentent l'organisme, mais d'offrir un espace tremplin où elles ont la possibilité de développer leur pouvoir d'agir. Bien que cette aide se fasse dans un cadre moins strict, dans des relations qui se veulent plus authentiques, la précision de leur rôle dans ces limites nous rappelle que c'est avant tout une profession de prise en charge.

3.3.2 Valorisation du groupe pour une cohésion d'équipe

Les mécanismes de décharge émotionnelles : *debrief*, supervisions, réunions

Ce sont les membres de la direction qui, dans leur discours, mettent de l'avant leur rôle de guide et de soutien des intervenantes dans la pratique d'intervention. Étant guidées par des valeurs de solidarité sociale et d'engagement, les membres de l'organisme se doivent de le mettre en pratique au sein même de leur équipe. Ainsi, ce bien-être interne parmi les intervenantes participe à ce que ces dernières puissent prendre soin des usagers. Par la

communication interne, les membres de l'organisme participent alors au développement d'une cohésion sociale :

« Le concept de cohésion sociale renvoie à deux objectifs de développement sociétal : 1) la réduction des disparités, des inégalités, des fragmentations et des clivages, et 2) le renforcement des relations, des liens et des engagements au sein de la communauté. » (Noll [2002] dans Seguin 2003, 187)

Un suivi du bien-être émotionnel des intervenantes se fait d'abord de façon formelle, à travers les supervisions. Celles-ci permettent un partage en face à face. Ce moment de discussion est au cœur de la profession d'aide puisqu'il sert de reflet sur la pratique des intervenantes. Les différentes superviseuses m'expliquent à travers les entretiens que ces supervisions contiennent plusieurs volets : un volet personnel, sur l'énergie de la personne, comment elle se sent. Le second relate les relations de travail, si des discussions sur l'équipe sont à faire. Enfin, est aussi abordé un volet clinique, qui permet un retour sur un problème d'intervention particulier. Tout comme dans les réunions d'équipe, la superviseuse s'intéresse d'abord au ressenti de l'intervenante, avant de parler technique sur les cas précis. En effet, pour les intervenantes, parler de soi permet de mieux comprendre comment on agit avec les autres.

De façon plus informelle, chaque fin de journée est généralement consacrée à un *debriefing* de la journée où les intervenantes peuvent parler de leur ressenti. Durant la récolte de données, plusieurs de ces moments ont été repérés, notamment lors d'un conflit entre une intervenante et un usager régulier. Dans le feu de l'action, l'intervenante va tout de suite demander conseil dans la partie administrative du bâtiment, où se trouve alors l'adjointe clinique. Une courte discussion est alors entamée de façon spontanée. Après la fermeture, les intervenantes et l'adjointe clinique se rassemblent alors naturellement en cercle pour discuter de l'attitude de l'usager en question, et tenter d'en savoir un peu plus. En plus de permettre une intervention plus adéquate, ces moments permettent aux intervenantes de ne pas prendre seules la charge émotionnelle d'un conflit.

Cette pratique est aussi reprise dans un autre contexte, auprès de l'équipe de soir. À ce moment, les deux intervenantes en permanence n'ont pas accès aux membres de la direction. Lorsque le besoin s'en fait ressentir, c'est donc entre collègues intervenantes que les choses se règlent.

« Mais souvent, s'il arrive une grosse situation, je vais le débriefer avec [ma] collègue [...] on va fermer pendant 15 minutes, j'm'en sacre moi fermer pendant 15 minutes parce qu'il est arrivé un événement. Ma collègue a besoin de respirer, on va mettre la pancarte pause devant la porte, pis on va aller prendre une marche [...] oui usager en premier mais c'est la santé et bien-être d'un individu, pas un usager, c'est [ma] collègue. » (Alix, intervenante communautaire depuis une dizaine d'années)

Ici nous voyons que le discours sur la valorisation du bien-être des intervenantes se retrouve autant parmi les membres administratifs qu'auprès des intervenantes. Le partage des émotions personnelles fait alors partie de la norme professionnelle de l'organisme.

L'image de la super-héroïne : un contre-exemple normalisé

À partir de plusieurs contre-exemples soulevés par les membres de l'équipe, nous voyons apparaître une des normes de la profession : l'action au nom du groupe. Dans cette rubrique nous présentons quatre façons dont émerge cette norme de pratique.

Dans un premier temps, elle peut apparaître dans des moments formels collectifs. Par exemple, lors de l'observation d'une séance de réunion, Sophie se fera reprocher de parler de ses émotions et de ses projets dans l'organisme en son nom personnel. Ses émotions concernent un mélange d'histoires personnelles et professionnelles. Dans la situation observée, la présidente de séance met cette lourdeur émotionnelle sur le compte du manque de communication avec le groupe : « Attention à tes énergies, parles-en. » (Notes d'observation, réunion, 27 juillet 2016) En d'autres termes, l'importance du groupe est soulignée par un contre-exemple : celui d'une personne qui agit seule et finit par craquer émotionnellement, et donc professionnellement.

Cette norme apparaît aussi dans le discours des intervenantes. Deux exemples ont été retenus, émanant des discours de deux intervenantes : le premier est un récit biographique rapporté en entretien et le second une discussion informelle en dehors du temps de travail. Le premier exemple est celui d'Alix, intervenante avec une dizaine d'années d'expérience en intervention. Elle confie en entretien que lors de ses débuts dans le métier, elle ne parlait pas à ses coéquipières, et pensait à ses cas d'intervention dans sa vie privée. Ces deux facteurs l'auraient mené à un « *burn-out* ». Par ailleurs, elle emploie un ton humoristique, qui peut traduire à la fois une erreur de débutante et la difficulté du métier, qu'elle prend maintenant avec du recul. En effet, dans son discours, elle défend que son expérience professionnelle lui ait appris à

travailler avec les personnes « hyper-sensibles » que sont les usagers. Face à eux autant que face à l'équipe d'intervention, elle doit partager ses émotions personnelles.

Le second exemple est repéré dans une discussion informelle avec Sandrine. Alors qu'Alix révèle une norme à travers l'humour, Sandrine le fait sur le ton de la colère. Les émotions doivent en effet être prises comme pistes pour comprendre les normes et les valeurs (Fassin 2010). En effet, quelques jours plus tard, nous discutons elle et moi d'un problème rencontré avec une partenaire d'un projet d'accompagnement. Cette dernière aurait pris l'initiative personnelle de rediriger une usagère régulière de l'organisme, vers une autre ressource. L'intervenante explique sa colère par l'individualisme avec lequel sa partenaire a agi, et critique fortement une façon de vouloir « porter toute la misère sur ses épaules » (Notes d'observation, discussion informelle). Sandrine fait alors référence, comme le fait la présidente de séance en réunion avec Sophie, et Alix en entretien, à l'évidence du besoin de cohésion d'équipe.

Enfin, Morgane en vient à souligner l'importance de cette cohésion de groupe face à François, un usager régulier de l'organisme. Ce dernier lui expose un après-midi le projet d'intervenant indépendant qu'il souhaite démarrer pour sauver les travailleuses du sexe des maisons de consommation. Morgane en retour lui explique que son projet ne tient pas debout, étant donné l'impossibilité d'un travail d'intervenant sans le soutien d'une équipe. En effet, cette cohésion est inhérente à la profession d'intervenante.

L'image de la super-héroïne est donc soulevée à deux reprises de façon littérale : Alix interprète son passé professionnel et se moque d'elle-même, en se pensant une « *wonder-woman* ». Sandrine quant à elle reproche avec colère à sa partenaire d'avoir le « syndrome du super-héros ». Ces contre-exemples sont renforcés en rencontres formelles, où le groupe pousse une intervenante, Sophie, à ne pas agir seule. Cette allégorie est lourde de sens. Elle met de l'avant le rejet du travail individuel et du chacun pour soi, l'imaginaire d'un monde contemporain où un individu peut s'en sortir par lui-même. Leur cadre professionnel permet alors d'agir en faux contre l'individualisme et favorise l'action collective. L'utilisation de cette allégorie permet aussi de renforcer l'importance du groupe dans leur profession, mais aussi leur propre rôle, en tant qu'intervenantes. En effet, leur adhésion au groupe renforce en même temps l'adhésion à leur rôle et leur engagement en tant que professionnelles.

3.3.3 Changer sa perception pour intervenir : une négociation morale

Par la capacité des intervenantes à changer leur perception et à faire un travail sur elles-mêmes, elles démontrent là une fierté de leur profession, et leur capacité à pouvoir être de meilleures humaines, pour la reconnaissance de leur pratique, de l'utilité de cette dernière, mais aussi de leur identité personnelle.

Afin de créer un lien avec les usagers et maintenir le respect des valeurs de l'organisme, notamment l'accueil sans jugement et la proximité avec les personnes du milieu, Gabrielle, en charge des formations des nouvelles intervenantes, choisi d'enseigner une technique à ces dernières : changer leur perception des personnes qui fréquentent l'organisme. Ce changement implique un travail sur soi et une négociation entre des choix moraux (Zigon 2007) afin de correspondre au rôle d'intervenante. Alors, Gabrielle conseille les intervenantes en se basant notamment sur sa propre expérience professionnelle.

« Ben t'sais j'te dirais que des fois j'ai le gout de *shaker* toutes les filles que je vois sur la rue en train de vendre leur corps en disant 'voyons...' Comme j'te le dis je suis née d'une mère syndicaliste féministe, souverainiste, alors le féminisme chez nous c'était super, le respect de la femme, c'était super, oui y a des écoles de pensée comme quoi que c'est des travailleuses, d'autres écoles de penser que c'est des victimes. Moi je suis pas dans la victimisation, moi j'ai ben de la misère avec ça. J'suis plus du côté, ok, il décide de faire ça, mais quand même t'sais. Les choses dégradantes que tu dois entendre, les choses que tu acceptes, que tu refuserais en temps normal [inspiration] la carapace que ça te fait entre ta bouche et un pénis t'sais dans le sens ça c'est une carapace énorme t'sais pis le non-respect de soi-même en acceptant le bonhomme qui a l'air dégueulasse, qu'a encore de la moutarde en dessous de la moustache, t'es comme arrk t'sais là. J'suis comme *come on!* Mais c'est pas à moi de faire ça. J'aurais pas les liens que j'ai si j'avais fait ça avec toutes les filles que j'aurais vu. » (Entretien avec Gabrielle, une dizaine d'années d'expérience dans le milieu).

Dans cet extrait, Gabrielle nous informe que c'est au nom du lien avec les usagers qu'elle a dû faire un travail sur elle-même. À travers son expérience professionnelle, elle semble avoir rationalisé ses propres construits émotionnels et familiaux auxquels elle adhère de façon personnelle, notamment quand elle parle ici du « respect de la femme ». Cependant, elle reconnaît que son rôle, en tant qu'intervenante, n'est pas de juger ces femmes sur leurs comportements, mais plutôt de les comprendre, à travers une pratique empathique (Poirier 1996), qui nécessite alors un travail rationnel sur soi, d'une part, et sur le comportement des autres, d'autres part.

Aujourd'hui, en tant que formatrice, elle transmet la technique qu'elle a travaillé pendant des années. Elle le fait de façon imagée, lors de la formation des nouvelles intervenantes. Elle conseille de surpasser d'abord leurs peurs. Celles-ci peuvent être liées à des événements passés qui ont pu marquer la personne intervenante dans sa vie personnelle, et qui peuvent l'empêcher d'agir dans des moments qui peuvent devenir cruciaux dans le cadre d'une intervention. Ensuite, elles doivent déconstruire leurs préjugés, souvent véhiculés par des ouï-dire, ou dans les médias. Enfin, les intervenantes doivent dépasser leurs principes personnels, tels ceux évoqués par la formatrice dans l'extrait d'entretien. Ce sont ces trois barrières mentales qui viendraient, selon elle, freiner l'écoute de la personne et de ses besoins, et donc empêcher un accueil sans jugement.

Toujours selon Gabrielle, ce genre de travail sur soi permet d'être de meilleures intervenantes, mais aussi de « meilleures humaines » (entretien avec Gabrielle). Ce travail se fait parfois sur des construits profondément ancrés, socialement et émotionnellement, concernant certains comportements. Adhérer aux valeurs de l'organisme en tant que professionnelles, revient donc à effectuer une négociation entre un ensemble de construits sociaux et émotionnels, pour adhérer aux valeurs de l'organisme dans ce contexte professionnel spécifique. Ce contexte est celui d'une réalité dont les intervenantes ont bien conscience : celle de la stigmatisation qui entoure les personnes consommatrices, doublé de la complexité de la dépendance.

Cette technique est d'abord enseignée en formation, puis travaillée tout au long de la pratique d'intervention, à travers les différentes mises en place de la profession vues précédemment: les supervisions, pour le travail personnel, les *debriefs* quotidiens qui participent à la rationalisation des événements, puis les réunions d'équipes qui permettent des moments éthiques, où des choix pratiques sont fait en références aux valeurs et à la mission à laquelle les intervenantes adhèrent.

Synthèse du Chapitre 3

La première partie de ce chapitre a d'abord permis d'établir le sens accordé à la philosophie officielle de l'organisme : elle sert, dans les papiers, à défendre la mission de l'organisme, autant que de système de sens accordé à la pratique des intervenantes. Dans la partie suivante nous avons exploré plusieurs valeurs, considérées prioritaires à l'analyse. Cette

description a été faite dans une visée pragmatique, pour expliquer en quoi les valeurs défendues par l'organisme participent à la création d'une norme de pratique, qui correspond à un contexte précis. Par leur pratique quotidienne, les intervenantes adhèrent donc à ces valeurs, pour être en lien avec une population particulière et y adapter leur prévention. Cette prévention se fait en intégrant la vie des personnes du quartier, et en échangeant leurs savoirs. Cette pratique n'est pas sans enjeux, puisqu'elle nécessite un savoir-faire, dans des actions quotidiennes qui peuvent sembler simples, comme l'accueil des personnes, et ce, pour comprendre et correspondre aux réalités de ces dernières. Le maintien de la pratique nécessite aussi des moments de discussions collectives pour intervenir sans jugement moral sur le comportement des personnes. Même si ce comportement va même au-delà des limites réglementaires établies par la structure de l'organisme, les intervenantes sont amenées à le tolérer, grâce au lien qu'elles ont avec les personnes concernées, mais aussi aux mises en place de la profession. Elles tolèrent, autant par pragmatisme que par humanisme. Alors, la profession participe à guider ce lien, et au maintien des valeurs dont se dote l'organisme, auxquelles adhèrent les intervenantes. Nous avons cependant relevé un paradoxe à cette volonté de créer un lien authentique dans la proximité. Ce paradoxe se situe dans la limite à mettre au lien, pour intégrer le milieu, y participer, tout en restant dans leur rôle professionnel de prise en charge. Ce rôle est renforcé à plusieurs niveaux. D'abord il est clarifié par l'éthique et par la définition même de la pratique empathique qui se différencie d'une relation amicale. Ensuite, il est limité au nom du bien-être psychologique des intervenantes elles-mêmes, dans un contexte émotionnel fort. De plus, les intervenantes intègrent la normalisation du rôle important du groupe dans la gestion de leur vécu émotionnel, et rejettent la pratique individuelle. Enfin, le rôle professionnel, traduit en mises en place individuelles et collectives, se renforce, par la rationalisation qu'il permet sur les construits émotionnels et sociaux des intervenantes. Cette rationalisation permet la continuité de la pratique d'intervention.

Chapitre 4 : Engagements moraux et techniques de soi

L'objectif de ce chapitre est d'explorer les enjeux éthiques que soulève l'adhésion aux orientations morales explorées au chapitre précédent : l'*empowerment*, l'importance du lien, la proximité, l'accueil sans jugement, ainsi que la tolérance. Ce chapitre est alors basé sur une étude de cas concernant les femmes enceintes, que les intervenantes peuvent rencontrer dans le cadre de leur pratique. Nous nous intéressons donc à « une situation locale particulière, constituant un 'problème' pour les intéressé[e]s, problème social et/ou individuel » (Olivier de Sardan 1995, 13) et particulièrement aux discours qui l'entourent. Nous nous penchons ainsi sur les discours de défense de la pratique. Cette étude de cas croise plusieurs types de données : un moment observé, une discussion informelle, puis les compléments apportés dans les entretiens. L'analyse de cette situation sera complétée par une courte revue de littérature sur les femmes enceintes consommatrices dans le champ du service social. Ce cas est ensuite analysé à la lumière d'une anthropologie des moralités pour comprendre la complexité d'une « communauté morale » (Massé 2009a, 21) de prise en charge. En effet, afin de défendre et de mettre en action un certain *savoir-être*¹¹, propre à cette communauté, les intervenantes s'engagent dans cette pratique, et adhèrent par le fait même aux valeurs promues par l'organisme. Elles doivent alors naviguer à travers un ensemble de « balises axiologiques » (*idem*). Ce chapitre est alors axé sur la tension entre les idéaux des intervenantes et les limites, à la fois de leurs propres construits sociaux et de la structure institutionnelle. Dans la première partie, l'étude de cas est donc présentée : le moment charnière observé, une courte revue de littérature présentant les valeurs entourant les femmes enceintes consommatrices dans le champ du service social, puis le croisement des données récoltées auprès des répondantes. Ceci nous permet d'aborder dans une seconde partie l'engagement des intervenantes, et ainsi de poser la question du relativisme moral. Enfin, nous explorons dans la dernière partie le rôle de la profession dans la construction du sens que les intervenantes donnent à leurs actions, à travers la rationalisation de leur ressenti et les techniques de soi.

¹¹ La distinction entre *savoir-faire* et *savoir-être* était souvent mise de l'avant par les différentes employées, tant du côté de la direction que des intervenantes.

4.1 Étude de cas : la situation particulière des femmes enceintes

4.1.1 Genèse de la réflexion à partir d'une situation observée

Au deuxième jour de la collecte de données, je rencontre Sandra sur le perron de l'organisme. Elle est enceinte jusqu'aux yeux. Nous ne discutons pas, elle me demande juste une cigarette. Je remarque son ventre rond et son air morose, mais lui en offre une, automatiquement. Je me déplace ensuite vers les bureaux des intervenantes chargées de projet. J'y retrouve Myriam (intervenante à l'organisme depuis environ une année), et en profite pour poser la question : est-ce que l'organisme se dote de mises en place spécifiques concernant les femmes enceintes qui consomment ? Lorsque je lui pose la question, celle-ci me répond, accompagnée d'une légère grimace, que bien que cela puisse paraître bizarre, ce n'est pas le cas. La directrice et son adjointe passent devant le bureau à ce moment-là. Remarquant le sujet de notre discussion, l'adjointe s'adresse alors directement à moi, en me demandant, le sourire aux lèvres, « Est-ce que ça vient heurter tes valeurs ? » La directrice s'empresse de préciser, toujours tournée vers moi, ce qu'elle considère le plus important : la confiance et l'accompagnement. Elle poursuit sa justification : « la première chose que tout le monde voit, c'est le bébé, mais est-ce qu'on s'occupe de la femme qui le porte ? » Elle précise aussi que beaucoup de femmes ont des enfants, tout en vivant dans la rue. Alors leur but, en tant qu'organisme, explique-t-elle, est de garder cette femme près des services, pour que cette dernière ait une chance d'avoir un suivi et un soutien. En effet, poursuit-elle, la plupart des professionnelles de santé que la femme puisse rencontrer, aura tendance à se concentrer sur le bébé. Ceci pourrait lui faire peur, et lui faire couper les ponts avec tout suivi médical. (Notes de terrain, 20 mai 2016)

Le moment ethnographique observé, complété par les discours repérés dans la discussion informelle, est représentatif de l'engagement moral et axiologique que prennent les membres de l'organisme, ce qu'elles décident de valoriser dans la relation à l'autre, dans ce contexte professionnel. Il est un des cas que l'on peut qualifier de limite, dans le sens où il est rattaché à une conception de « la mère normale » (Bernheim et Lebeke 2014), et nécessite généralement des ajustements de la part des intervenantes. Par ailleurs, la conception du sens commun accordé aux « bonnes qualités parentales » (idem) sera explorée à travers le champ du travail social et les normes institutionnelles concernant les droits de l'enfance.

4.1.2 Conception de la femme enceinte dans le champ du service social

Afin d'explorer l'engagement que prennent les intervenantes et le rôle qu'elles jouent dans ce cas précis, il importe de se pencher sur les enjeux axiologiques avec lesquelles elles

doivent composer. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent (chapitre trois : La pratique d'intervention pour une construction du lien), elles adhèrent à la valorisation d'un lien authentique avec les personnes qui fréquentent l'organisme, la proximité avec leurs réalités de vie et le non-jugement de celles-ci, en les accueillant et les accompagnant autant que faire se peut. Dans cette partie sont alors présentés quelques enjeux entourant la conception de la grossesse et de la famille dans un contexte de prise en charge social. Nous abordons alors le bien-être et les droits de l'enfant, la bientraitance, la responsabilité de la mère mais aussi la tolérance envers les parents et l'*empowerment* (ou capacités d'agir) de ces derniers.

Tout d'abord, la conception d'une femme enceinte qui consomme de la drogue, découle de la valorisation du bien-être de l'enfant, et par extension de la vie elle-même. Veiller au bien-être de ce dernier devient donc un principe moral. Dans un contexte social où les critères de bonne santé sont connus et répandus, concernant l'alcool et le tabac, et d'autant plus lorsque l'on parle de drogues dures, il est alors facile pour le sens commun de qualifier une femme enceinte qui consomme, d'immorale. Bien que de nombreux débats soient ouverts concernant les nouvelles formes de parentalité, (porté par les questionnements des progrès biomédicaux mais aussi par les questions de genre) une femme enceinte reste la principale responsable du bien-être de l'enfant qu'elle porte. Ainsi, en cas de maltraitance, elle est amenée à être décrite comme irresponsable. À ce propos, Coline Cardi, chercheure française en sociologie et anthropologie à l'Université Paris 8, se penche sur une sociologie de la famille et des services sociaux. Elle note alors :

« Dans les faits [...], si l'on reproche aux pères d'être 'absents', démissionnaires d'une autorité perdue, voire incestueux, ce sont surtout les mères, notamment les mères en situation de monoparentalité, qui sont les premières visées, tant dans les discours misérabilistes des professionnels encadrant les familles pauvres que dans les dispositifs pénaux ou parapénaux en charge du 'désordre des familles'. [...] Mères seules, violentes, trop ou pas assez protectrices, elles jouent le rôle d'acteur social négatif. » (Cardi 2007, 28)

Outre la responsabilisation de la mère, la valorisation du bien-être de l'enfant a entraîné le développement de la façon de concevoir son éducation, notamment en lui accordant des droits, défendus par l'État (Joyal 2000 dans Colle-Plamondon 2014). En effet, l'intervention sociale au Canada, concernant les populations marginales, s'est transformée en passant d'une prise en charge par la charité chrétienne, à celle de l'État (Poirier 1996). La prise en charge de la

protection de l'enfance a suivi la même trajectoire. En effet, dans les années 1970, un ensemble de lois vient cadrer l'intervention par les services sociaux, et en 1977, apparaît la Loi sur la protection de la jeunesse au Québec (D'Amours 1986 *dans* Pouliot et al. 2009) qui permet alors à l'État de s'intégrer dans la famille par principe de justice sociale (Pouliot et al. 2009), à travers les différents directeurs de protection de la jeunesse (DPJ), qui ont pour mandat d'appliquer la loi (LPJ) dans leurs régions respectives. Le principe moral de bien-être de l'enfant a donc permis l'émergence de normes, régies par l'État, renforcées par un système de règlements qui définissent les critères de bien-être à mettre en application dans des situations concrètes.

Ensuite, dans le cadre institutionnel de protection de l'enfance, des programmes qui visent l'accompagnement des femmes consommatrices sont parallèlement mis en place. En effet, selon des groupes collaborateurs de la Direction de la jeunesse, notamment des centres jeunesse et des centres hospitaliers, le phénomène de consommation de drogues chez les femmes enceintes est assez conséquent pour que ces dernières fassent partie des « sous-groupes prioritaires de la politique de périnatalité 2008-2018 » (Morissette et al. 2010). Ces programmes valorisent un environnement stable et sain, et sont portés vers le jugement du contexte de vie de ces dernières. Ce contexte est explicitement décrit comme néfaste pour l'enfant mis au monde, celui-ci étant décrit comme « instable, chaotique et, même parfois dangereux, [et] qui peut compromettre la sécurité de l'enfant et la réponse à ses besoins de base » (Jones 2004 *dans* Morissette et al. 2009). De plus, selon le guide de pratique sur le retrait du milieu familial, rédigé par l'Agence de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, la prise en charge d'un enfant est justifiée si les parents ne répondent plus aux besoins émotionnels et physiques de l'enfant, ou s'ils ont des problèmes de santé physique ou mentale majeurs (Lévesque, Centre de santé et de services sociaux du Grand littoral, et Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (Québec) 2007 *dans* Colle-Plamondon 2014). Ce guide répond ainsi aux critères de retrait d'un enfant du milieu familial, établis par le Ministère de la santé et des services sociaux.¹² Le contexte chaotique

¹² Ces critères sont définis par 10 : (1) les caractéristiques psychologiques et développementales, de même que le degré de vulnérabilité de l'enfant ; (2) l'historique et la qualité de la relation parents-enfant ; (3) l'état de santé physique de l'enfant ; (4) les pratiques éducatives des parents; (5) le fonctionnement scolaire de l'enfant ; (6)

relié à une réalité de vie entourant la consommation de drogue est alors inscrit comme nécessitant une intervention institutionnelle puisqu'il ne répond pas aux normes de bien-être du milieu familial. Cette intervention est faite au nom du droit de l'enfant à grandir dans une atmosphère favorable à son développement personnel, tant physique qu'émotionnel. Les experts; psychologues, psychiatres ou travailleurs sociaux (Bernheim et Lebeke 2014), sont donc les interprètes de ces critères normatifs. Toutefois, comme vu précédemment, une lignée d'auteurs en service social a participé à la reconnaissance du caractère normalisant et opprimant de l'intervention sociale (St-Amand 2003; Bourgeault 2003). Ces auteurs se sont alors mis à défendre les capacités d'agir des parents dans ce contexte de prise en charge. En effet, l'*empowerment* est un enjeu omniprésent dans le travail social :

« L'*empowerment* se retrouve à la fois comme approche, processus et finalité partout où les intervenants et intervenantes tentent d'appuyer les efforts autonomes des individus et des collectivités pour se tailler une place à part égale et à part entière sur l'échiquier social. » (Ninacs 1995, 69)

C'est dans cette perspective qu'il est souhaitable d'inclure le plus possible les parents dans le processus d'intervention, étant donné la volonté de réduire les méfaits entourant la consommation abusive, tout en favorisant le développement de leurs capacités parentales. Le programme de prise en charge des femmes consommatrices prend en compte à la fois les déterminants sociaux, familiaux et individuels concernant la consommation, la capacité d'agir des parents, ainsi que les responsabilités partagées concernant le changement souhaité (Morissette et al. 2010). Ce programme, défendu par les centres jeunesse et hospitaliers, eux-mêmes collaborateurs de différents centres et organismes communautaire, s'inscrit donc dans la loi sur la protection de la jeunesse, quant à l'évaluation des « possibilités pour les parents, à court et moyen terme, d'assurer à l'enfant la satisfaction de ses besoins affectifs, intellectuels, physiques et moraux » (LPJ : art. 3; Young c. Young dans Bernheim et Lebeke 2014, 113). Par les idéaux que porte l'institution, les critères et paramètres pour récupérer l'enfant

l'histoire des placements antérieurs de l'enfant, de sa fratrie et, s'il y a lieu, de ses parents; (7) les stress socio-environnementaux auxquels doivent faire face les parents ; (8) les ressources et capacités parentales ; (9) les diverses ressources de la famille élargie, du milieu scolaire et de la communauté ; (10) les caractéristiques culturelles et ethniques de la famille. (Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, et Boudreau 2005).¹²

définissent donc ce qu'est la norme d'une bonne famille, une famille normale (Colle-Plamondon 2014). Ainsi, c'est en fonction de cette norme que l'institution pourra décider de son niveau d'intégration dans la famille. Dans ce contexte, les différents acteurs liés à la LPJ (Loi sur la protection de la jeunesse), participent à une démarche de normalisation à travers les critères mis en place par l'État, tout en agissant avec une marge de manœuvre quant à l'interprétation des critères. Ces critères correspondent au principe moral de bienveillance des enfants, en les protégeant par des droits et des critères normatifs. Toutefois, par l'action contestataire des auteurs en service social, notamment, ces derniers revendiquent une pratique tolérante, à partir d'une littérature concernant l'importance de faire participer la famille dans la prise en charge de l'enfant, pour l'inclure dans l'adhésion aux critères demandés.

Dans ce contexte normatif, où se situe l'engagement des intervenantes, et par extension, de l'organisme étudié? À partir de la norme exprimée et vécue des intervenantes, nous pouvons explorer les dynamiques morales ainsi que leurs limites, concernant l'accompagnement des femmes enceintes dans leur cheminement pour tenter d'être mamans.

4.1.3 Description du corpus : entre norme de pratique et ressenti

À partir du croisement des données concernant le cas à l'étude, à savoir la situation observée, puis les compléments apportés dans les entretiens avec les intervenantes et les membres de la direction, nous pouvons dégager plusieurs pistes de résultats, confrontant discours et actions. L'analyse de ces discours et des moments vécus et racontés par les intervenantes permettront par la suite de dégager des pistes pour mieux comprendre la construction du rôle des intervenantes dans ce contexte.

Les membres de l'administration dans la situation observée

Dans la situation observée, devant la surprise de la chercheuse, la directrice et l'adjointe clinique viennent compléter la réponse de l'intervenante, en justifiant leur mission, et leurs priorités. Cette mission, nous le rappelons, est de se consacrer aux gens du quartier, en faisant de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, chez une population consommatrice ou anciennement consommatrice de drogues. Alors, en défendant les valeurs décidées il y a plusieurs années, établies officiellement par les membres du conseil

d'administration (chapitre deux), et concernant les femmes enceintes, le but est de se concentrer sur l'individu, et non le bébé qu'elle porte. Pour cela, l'organisme se base sur la confiance et l'accompagnement de la personne. Ensuite, la simple phrase de l'adjointe « est-ce que ça vient heurter tes valeurs? », apparu d'abord comme un détail. Au fil des discussions et des entretiens, notamment avec les membres de la direction, nous nous apercevons qu'elle est plutôt révélatrice du rôle des superviseuses, à savoir, questionner le ressenti des intervenantes et le rationaliser, pour être apte à travailler leur perception des comportements qu'elles rencontrent dans le cadre de leur pratique.

Mise en situation : discours sur la norme de pratique envers l'usagère

Afin de renseigner au mieux cet engagement que prennent les intervenantes dans leur pratique, des mises en situation étaient proposées aux différentes répondantes en entretien. L'exemple donné était celui d'une femme qui se présentait à l'organisme, enceinte, épuisée, et demandant du matériel de consommation (tubes en pyrex ou seringue), ou un soin pour une plaie causée par une injection. Ces mises en situation proposées aux répondantes lors des entretiens ont permis de révéler une norme de pratique commune à toutes les intervenantes. Celles-ci démontrent une constance dans la norme de pratique voulue pour ces femmes. Dans la pratique, les intervenantes répondront d'abord au besoin que la femme leur nomme, à sa volonté, que ce soit pour du matériel de consommation, ou pour soigner une blessure quelconque. Il est aussi à rappeler que le matériel – de consommation ou de prévention – est distribué selon la volonté des usagers, dans une certaine limite quantitative. Toutefois, le dépassement de cette limite est parfois toléré par les intervenantes dans certains cas, par pragmatisme face à la consommation ou pour prioriser le lien avec la personne (chapitre trois ; 3.2.4). Si elles considèrent que le lien avec la personne n'est pas assez solide, elles lui signifieront simplement leur présence et l'aide qu'elles peuvent lui apporter.

En effet, Julia, une intervenante qui rencontre les usagères plutôt dans des contextes de rue, cite en exemple la possibilité de la référer à différentes ressources adaptées à ses besoins, ou simplement lui donner une carte avec un numéro de téléphone et le nom de l'organisme. Dans le chapitre précédent (chapitre trois), nous avons constaté l'importance accordée au lien avec l'autre. Face à la femme enceinte, Julia, qui agit directement dans le milieu des usagers de par

son mandat (de travailleuse de rue) doit alors redoubler de prudence pour que la personne l'accepte dans son milieu :

« Elle veut des tubes¹³? Ben premièrement je vais lui donner des tubes. Deuxièmement je vais lui demander comment qu'elle s'est fait [sa blessure]. Troisièmement, après ça je vais lui dire, je vais surement, en lui donnant des tubes je vais surement lui demander, c'est tu pour toi? Tu consommes tu beaucoup? T'as-tu changé ta conso? Tu sais ce que ça fait? T'sais, t'es au courant de ce que ça fait? Pis ça dépend encore si t'as un bon lien. Si j'ai pas de lien avec la fille, j'irais pas là-dedans. Mais je vais probablement lui laisser ma carte, t'sais si tu veux qu'on jase, moi j'ai peut-être des références à te faire, j'ai peut-être des organismes que je connais, pour les femmes enceintes, ils peuvent te donner des trucs, ils peuvent, t'sais. Des sorties avec d'autres femmes enceintes, pis si, pis ça, y a des ateliers. Je peux y aller avec toi, je peux te les présenter. » (Entretien avec Julia intervenante depuis environ 5 ans)

Les discours reflètent donc bien les priorités telles que présentées par la directrice dans la situation observée : elle répond au besoin qui est énoncé par la femme usagère et profite du lien de confiance qui s'établit avec elle pour lui proposer un accompagnement. Elle lui propose alors un accompagnement. La logique derrière la réaction de Julia, est d'abord de lui donner un tube stérile pour qu'elle puisse consommer en évitant le plus de risque pour sa santé. De plus, en agissant selon sa volonté, elle lui donne du pouvoir d'agir et façonne ainsi ce lien de confiance qui permet d'aller plus loin avec les personnes dans les services qu'elle peut lui offrir.

Camille, intervenante depuis plus d'une dizaine d'années, dit qu'elle répondra strictement à la volonté de la personne, sans même aller plus loin : « Je vais regarder le bobo, je vais lui faire un pansement. Pis je vais lui suggérer d'aller voir l'infirmière [...] le lendemain. » (Entretien avec Camille). Alors, si les intervenantes considèrent que le lien est assez fort, plusieurs techniques seront élaborées, selon la personnalité de chacune. Julia pourra questionner la personne de façon indirecte, sur ses habitudes de vie, sur ces connaissances concernant la grossesse, ou sur son mode de consommation du moment (entretien avec Julia). Priscillia, intervenante de jour depuis environ une année, propose des questions plus directes, sur les

¹³ Des tubes en pyrex, principalement pour l'inhalation de *crack*. Les *tubes* font partis du matériel que les intervenantes de l'organisme distribuent gratuitement.

suivis médicaux dont elle pourrait disposer, et lui proposera un accompagnement, tant pour ses rendez-vous médicaux que son accouchement :

« Si elle a un abcès ou quoi, c'est plate ce que je vais dire, mais c'est un peu ça : de la même manière qu'avec un autre : T'es-tu allée voir l'infirmière pour guérir ça [...] hey, *by the way*, t'as-tu un suivi pour ta grossesse? T'as-tu un médecin qui te suit, non? Hein, ça te tente-tu d'en avoir un? Est-ce que tu sais où tu vas accoucher? Qu'est-ce que tu vas faire avec le bébé? » (Entretien avec Priscillia)

Camille, quant à elle, utilise le terme « provoquer », si le lien est assez « fort » (entretien avec Camille). Le discours porté envers la femme qui se présente à elle, si bon lien il y a, sera alors axé sur la prévention des risques liés à la grossesse : l'importance d'un suivi et l'informer sur les risques liés à la consommation. Pour les intervenantes il s'agit alors de la préparer à la « réalité qui l'attend » (entretien avec Priscillia).

La norme de pratique qui ressort des discours des intervenantes est donc axée sur la valorisation des besoins de la femme, puis l'importance du lien avec celle-ci pour l'accompagner vers des soins médicaux et la prévenir des risques liés aux institutions, à savoir les services de protection de l'enfance, et la possibilité de la mise en sevrage du bébé à sa naissance. Cette norme de pratique correspond parfaitement avec la défense de leur mission qu'en fait la directrice dans le moment observé.

Les principes des intervenantes entourant leur pratique

Les valeurs principalement évoquées par les intervenantes pour défendre la pratique avec les femmes enceintes rencontrées, sont le respect de la personne, le non-jugement, et l'*empowerment*.

Lorsque le sujet de la femme enceinte est abordé, les intervenantes sont amenées, de façon générale, à défendre leur pratique. En agissant selon la volonté de la femme, les intervenantes participent à la défense de principes, des fois personnels. Alix, par exemple, l'explique par le fait que de vouloir savoir plus que ce que la personne nomme, correspond à de la curiosité mal placée. Elle valorise donc une approche respectueuse :

« La femme enceinte qui vient s'injecter la, ... penses-tu qu'elle le sait pas ? Penses-tu que les fois d'avant, pis depuis qu'elle est enceinte, elle se l'est pas fait dire, et répéter 40 millions de fois ? Toi t'arrives, pis tu lui dis, 't'sais, t'es enceinte, l'injection, pis tout ça', Qu'est-ce que tu penses qu'elle va te dire ? Ben c'est ça, fuck you ! [rire] Dans ce temps,

en justement, en ayant le respect de pas, t'sais, de la laisser venir à toi... T'sais tu peux ouvrir des portes pour qu'elle sache que tu peux lui en parler, si elle a des questions pis tout ça. Mais, moi c'est ce que j'essaie de faire, c'est un peu détourné dans l'fond, t'sais. Parce que si j'suis la première qui ne lui parle pas de sa bedaine pis la seringue qu'elle me demande, watch moi ben que c'est moi qu'elle va venir voir, pour poser des questions, quand qu'elle va en avoir. Parce que pour elle, elle s'est pas sentie jugée à ce moment-là...Pis ça c'est mon objectif à moi quand je dis les usagers avant. C'est eux-autres. C'est pas ma curiosité avant. » (Entretien avec Alix, intervenante depuis une dizaine d'années)

Respecter la personne et respecter son mode de vie s'accorde aussi avec un engagement de non-jugement moral. « Moi j'suis qui pour savoir qui est prête à être mère ou pas? » : en posant cette question, Julia présente ce principe de non-jugement qui base l'organisme et lui permet de s'ancrer dans le quartier. Quant à Camille, aller plus loin que le besoin nommé par la personne, à savoir ici guérir une blessure ou lui donner du matériel de consommation, ce serait simplement contrevenir à ses « principes d'*empowerment* » (Entretien avec Camille, une dizaine d'années d'expérience).

Ici nous remarquons la défense des valeurs auxquelles adhèrent les intervenantes concernant les interactions respectueuses, l'accueil sans jugement et le développement des capacités d'agir (*empowerment*). Chaque intervenante va toutefois décider de mettre de l'avant une justification plutôt qu'une autre au moment de l'entretien.

Le ressenti des intervenantes face à la situation

Une femme enceinte qui continue de consommer reste quelque chose qui confronte souvent les intervenantes dans leurs propres visions de la situation.

Pour l'intervenante Julia (environ 5 années d'expérience), la jeune femme enceinte qu'elle connaissait a été source d'un questionnement sur son propre rôle d'intervenante au sein de sa pratique. En d'autres mots, en tant qu'intervenante, elle s'est demandé : a-t-elle le droit de juger du devenir de la jeune mère? Pour Julia, ce sont ses conditions de vie qu'elle trouve « *tough* ». Il est intéressant de noter que la jeune femme qu'elle a côtoyée ne consommait pas de psychotropes, mais devait tout de même changer ses habitudes de vie pour répondre aux

critères de protection de l'enfance.¹⁴ Cependant, elle relativise beaucoup son positionnement par le refus de juger le parcours de vie et le propre rôle qu'elle joue pour la jeune femme :

« Là t'sais moi selon moi elle était pas prête à être mère. Là après ça, moi j'suis qui pour savoir qui qu'est prête à être mère ou pas? Ben elle est peut-être pas prête à être mère, selon ce que moi j'entends comme un rôle de mère, mais probablement que, elle ce qu'elle connaît du rôle de mère, elle se sent prête. » (Entretien avec Julia)

Pour sa part, Priscillia (intervenante, depuis presque une année) utilise le terme « confrontant ». Ce terme est souvent utilisé par les intervenantes pour expliquer la difficulté de faire face à certaines situations et de rester dans leur rôle d'intervenante, accueillante et sans jugement :

[Chercheure] : « C'est quoi ton approche, qu'est-ce que tu vas lui dire? Par où tu vas la guider? Qu'est-ce que tu penses sur le moment? »

[Priscillia] : « Ben écoute, on a vécu cette situation-là il y a pas longtemps, avec la belle Marie-Anne, enceinte, jusqu'aux yeux. [...] Là elle l'est plus, elle a accouché du beau petit [bébé]. Mais ... oui, elle venait chercher son matériel de consommation, elle faisait encore le travail du sexe. Avec sa grosse bedaine de genre huit mois. Pis là t'es comme 'errr!' [...] Je trouve ça confrontant, mais en même temps moins, [qu'une autre usagère qui voulait tomber enceinte] et ça me plait pas cette idée-là! » (Entretien avec Priscillia, intervenante depuis environ une année)

L'analyse de ce ressenti est pertinent pour comprendre le travail que font les intervenantes sur elles-mêmes pour être apte à intervenir et agir selon ce qu'elles considèrent être juste.

La description du corpus de données concernant le cas de la femme enceinte permet de mettre en lumière quelques nuances concernant la construction de la profession d'intervenante dans ce contexte précis. En effet, l'interaction des intervenantes avec les usagères dans un cas particulièrement difficile, change le sens qui est accordé au comportement des femmes enceintes. Les intervenantes sont donc amenées à revoir le sens qu'elles accordent à leurs propres expériences et leur construits sociaux, qui, nous l'avons vu précédemment, sont amenées à être dépassés pour être apte à intervenir (chapitre trois). Ce sont bien sur les intervenantes qui sont au cœur de cette interaction, mais le rôle de soutien que portent les membres de la direction dans ce processus est indéniablement important. Elles participent donc indirectement à cette interaction et l'établissement d'une norme de pratique. Cette norme

¹⁴ Ces critères sont définis dans une note de bas de page (12) p. 79

de pratique est d'autant plus intéressante qu'elle se situe dans un contexte social plus large et des normes institutionnelles avec lesquelles elles doivent composer.

4.2 Engagement moral des intervenantes de l'organisme et parti pris

Les institutions qui décident ultimement du sort de l'enfant – et par extension celui de la femme – défendraient, dans le cas d'une femme enceinte consommatrice de drogues, un principe moral de bien-être qui vise l'enfant, qui leur permet de juger de l'immoralité de la femme consommatrice enceinte. Cette immoralité est donc répréhensible, et obligent souvent la mère à se séparer de l'enfant. Il est d'ailleurs souvent enlevé dès la naissance. En s'engageant auprès des femmes enceintes, et en ne portant pas de jugement moral à son égard, quel est le positionnement des intervenantes concernant le bien-être de l'enfant dans une telle situation ? Pour répondre à cette question, dans cette partie nous présentons d'abord en quoi leur positionnement peut relever d'un relativisme moral. Nous exposons par la suite ce que les intervenantes défendent comme une norme de pratique concernant l'accueil de cette personne. Nous nous penchons par la suite sur leur façon de défendre cette pratique, d'abord par des principes personnels à chacune, puis pour l'importance du lien avec l'autre, et enfin, pour développer sa confiance envers l'organisme.

4.2.1 Relativisme moral pratique, philosophique, et méthodologique

Dans le contexte social dans lequel s'inscrit l'organisme, les normes de bonnes familles semblent attribuées par les critères institutionnels qui priorisent le bien-être de l'enfant. En connaissance du pouvoir de telles institutions, ces critères s'imposent alors en critères normatifs. Dans la situation observée, et par les valeurs qu'elle porte, la directrice générale affirme ici vouloir se focaliser plutôt sur la femme en tant qu'individu à part entière, malgré sa consommation ou son milieu de vie. Par cette action, nous pouvons constater qu'elle confronte les critères normatifs institutionnels. Ce qu'elle présente comme priorité face à la femme enceinte qui vient à l'organisme, est aussi représentatif de la relation que les intervenantes tentent de créer, sans jugement moral, avec les personnes qui le fréquentent. Cette confrontation peut alors être prise comme un relativisme moral. On peut en effet

explorer ce concept pour tenter de comprendre la position d'ouverture des intervenantes et ainsi renseigner sur les enjeux de leur lutte contre la stigmatisation, ou du moins pour la réduction de cette dernière.

Le parti pris, dans le contexte de l'organisme, est effectivement celui de la femme enceinte, comme le présente la directrice dans la situation observée. L'engagement est donc pris de prioriser son attachement à l'organisme, et donc de créer un lien avec elle. En effet, comme l'énonce la directrice dans son discours, les professionnelles des institutions de santé ont tendance à se focaliser sur le bébé, alors que l'organisme préfère mettre de l'avant une relation de confiance et un accompagnement de la femme qui le porte. Les façons d'agir des professionnelles des institutions sont alors questionnées par les membres de la direction et par les intervenantes, car leurs comportements envers les femmes enceintes renforcent la stigmatisation envers les personnes consommatrices. Celles-ci portent en effet le poids de l'« étiquette » apposée par les professionnelles de soin : celle de déviantes, qui ont transgressé une norme (Becker 1985, 32). L'accompagnement que propose l'organisme est donc peut-être, selon ses employées, le dernier ancrage que la femme a avec les soins institutionnels. Cette façon de défendre la pratique relève d'un engagement dans un relativisme moral, à la croisée de trois typologies, présentées par Raymond Massé (2015).

D'abord, ce relativisme s'opère comme pratique, notamment à travers la tolérance face à certains comportements. Ensuite, il se met en pratique à travers la méthode de non-jugement des comportements et des modes de vie, et ce, pour atteindre une objectivité pratique (*idem*). Ceci est nécessaire pour que l'intervenante accompagne la personne et qu'elle puisse être guidée par les besoins de cette dernière. Dans le cas de l'organisme, la valorisation de l'accueil des personnes résulte aussi de ce relativisme. Nous pouvons aussi le remarquer à travers l'histoire de Sophie, qui expose son malaise et l'impasse face à la femme qui voulait tomber enceinte (chapitre trois). Enfin, ce relativisme est défendu comme philosophie, en défendant le bien-fondé des actions des individus, et considérant l'existence d'une multitude de systèmes de valeurs (*idem*).

Pour ce qui est du relativisme pratique, il est repérable à travers la tolérance, inhérente à la pratique d'intervention dans la relation à l'autre. Comme vu précédemment : elle se repère dans la structure-même de l'organisme et dans les fondements de la réduction des méfaits

(chapitre trois). Mais en encore, dans le corpus de données entourant l'étude du cas des femmes enceintes, Julia illustre le relativisme qui aiguille sa méthode d'intervention. En effet, lorsqu'elle a accompagné une jeune femme pendant sa grossesse, elle en est venue à considérer que c'était difficile pour elle, et pour cela elle remet sa propre capacité de jugement en question. Enfin, les façons de défendre la pratique d'intervention se font souvent à travers la défense d'un pluralisme de conceptions du bien-être, comme les différentes conceptions de ce qu'implique être une bonne mère. Johanne, en parle d'après l'expression « s'en sortir » :

« T'sais aussi des questions de familles aussi, t'sais est-ce qu'il y en a qui s'en sortent ? Ben c'est quoi s'en sortir? C'est relatif à chacun. C'est sûr que pour la société, s'en sortir c'est ne plus être sur la rue, d'avoir une maison, de payer tes taxes, avoir un enfant, avoir un petit chien parfait, tout ça. Et une petite clôture blanche... le rêve américain. Mais peut-être s'en sortir pour quelqu'un c'est d'avoir son 3 1/2 et avoir sa carte d'assurance maladie, donc t'sais tu pars de la personne comme ça t'as pas trop d'attente non plus, t'es pas trop déçue. » (Entretien avec Johanne, intervenante de rue depuis une dizaine d'années)

Les enjeux moraux de sens commun qui entourent la femme enceinte consommatrice proviennent principalement des droits de l'enfant. Ici, les intervenantes valorisent donc les droits de la femme. Cette façon de valoriser la personne relève d'une volonté d'aller à l'encontre de la stigmatisation des populations marginales, et particulièrement, des populations consommatrices. Ici, ce sont les fondements de la réduction des méfaits qui sont mis en pratique (Des Jarlais, Friedman, et Ward 1993). En effet, l'approche de réduction des méfaits, dans ses fondements, met de l'avant l'action des consommateurs et consommatrices dans leur propre prévention, et participent à la valorisation des capacités d'agir dans cette prévention. De plus, cette valorisation des capacités d'agir, ou *empowerment*, est aussi inhérente à champ du service social. Nous avons effectivement vu précédemment que des intervenantes des institutions de protection de l'enfance font tout pour inclure le plus possible les femmes dans les démarches pour récupérer leur enfant, au nom de la valorisation de leurs capacités d'agir. Dans la pratique des intervenantes de l'organisme, dans ce contexte, ces capacités d'agir sont valorisées en agissant prioritairement selon la volonté et l'intégrité de la femme enceinte.

Le relativisme moral dont font preuve les intervenantes s'opère donc de façon multiple. D'abord, de façon interne à leur pratique, par leur structure tolérante. Ensuite, comme philosophie, qui leur permet une remise en question de leur propres construits sociaux, sur la

façon de « s'en sortir » comme le présente Johanne. Enfin, comme méthode d'intervention en remettant son propre jugement personnel en question, comme le fait Julia avec la jeune femme qu'elle a accompagnée.

Quelles sont les limites de ces différentes formes de relativisme mis en action par les intervenantes ? Agissent-elles au nom d'un relativisme « radical » (Massé 2015, 176) ? Ce dernier porterait le danger de tout accepter et de justifier tous comportements par la logique sous-tendue par les contextes de vie. Cette crainte reflète en même temps les questionnements entourant les fondements de la réduction des méfaits concernant les risques de débordements de la tolérance (Fallu et Brisson 2013; Mondou 2013; Massé 2013b). Pour apporter des éléments de réponse, nous nous demandons alors : Quelle est la place accordée à la norme institutionnelle dans la pratique communautaire ? En d'autres termes, quelle est la place accordée au bien-être de l'enfant et celle accordée aux capacités d'agir de la femme qui le porte?

4.2.2 Sens commun accordé à la pratique : défense de la communauté morale

Tout comme les valeurs, la pratique des intervenantes est amenée à être défendue. En agissant selon la volonté de la femme, les intervenantes participent alors à la défense d'un relativisme moral.

Comme vu à travers les données rassemblées, chaque intervenante met de l'avant un principe auquel elles adhèrent dans leur pratique et décident de le mettre de l'avant à un moment donné. En effet, elles agissent toutes en fonction de la volonté de la femme enceinte car ce sont ses besoins qui passent avant tout. Julia refuse de juger les capacités de la jeune femme à être mère. Alix respecte la réalité dans laquelle une femme peut vivre sa grossesse. Johanne argumente sur la pluralité des conceptions de la vie bonne, et Camille priorise les choix de la femme en favorisant ses capacités d'agir.

Ensuite, nous voyons que cette norme de pratique est aussi défendue au nom du lien avec la personne. En effet, lorsqu'est demandé à Priscillia si elle a souvent une pratique qui va au-delà de ses principes personnels, elle dit : « C'est le lien avec la personne qui prime sur tout le

reste. Donc oui! On va faire ce que tu veux pis c'est correct! » (Entretien avec Priscillia) Les intervenantes défendent donc leur pratique en s'opposant à la norme de sens commun, particulièrement portée par les professionnelles du réseau institutionnel de la santé, comme exprimé dans le discours de la directrice. Ces dernières sont souvent décrites comme agissant dans des cadres trop strictes. En défendant le lien authentique avec l'autre, les intervenantes de l'organisme se rattachent donc à des principes de respect, de pluralité normative (donc de non-jugement moral), et valorisent la capacité d'agir. De plus, de façon pratique, ces principes participent aussi à leur technique professionnelle pour travailler le lien avec la personne usagère. En effet, en valorisant l'accueil, le non-jugement et le respect, elles permettent à l'usagère de développer une confiance envers l'intervenante, puisque celle-ci n'agit pas comme les autres professionnelles de la santé, comme l'explique Alix, intervenante depuis plus d'une dizaine d'années.¹⁵ Son discours reflète les priorités telles que présentées par la directrice dans la première situation observée. En effet, Alix défend l'opposition de l'organisme à la norme de pratique institutionnelle, qui priorise le bien-être de l'enfant avant celui de la femme qui le porte. Cependant, son discours permet d'ajouter une nuance à l'analyse, dans la façon « détournée » (entretien avec Alix) de créer un lien de confiance pour que la personne revienne vers l'organisme et développe une confiance envers celui-ci. Ce respect est aussi vu comme une technique pour pouvoir un jour aborder la question de la grossesse, comme l'explique Johanne, intervenante avec plus d'une dizaine d'années d'expérience :

« Mais le but c'est ... Tu vas parler du petit bobo, pour qu'un jour on puisse parler de la grossesse, parce que ça tu vois que c'est problématique. Ou qu'elle s'injecte. Fait que faut que tu partes de la personne. Faut toujours que tu partes de la personne, toujours, selon moi. » (Entretien avec Johanne)

Ainsi nous constatons que, dans une même situation particulière, au sein d'une même communauté morale, les intervenantes sont amenées à défendre leur pratique selon leur personnalité propre. En effet, nous ne sommes pas face à la répétition aveugle d'une façon de faire, mais plutôt à l'intégration, par les intervenantes, d'un certain sens donné à cette pratique. C'est ce qui fait de ce sens, un sens commun à la pratique des actrices de cette communauté

¹⁵ Voir la citation tirée de l'entretien avec Alix p. 77

morale. La façon de faire, dans cette situation particulière, est donc défendue par un savoir-être particulier, et alternatif à une façon de faire institutionnelle. Ce savoir-être implique de croire en la femme et ses capacités propres, en l'accueillant et la respectant. La réalité professionnelle, elle, implique un savoir-faire, pour ultimement, créer un lien avec la personne, de façon parfois « détournée ».

4.2.3 Entre relativisme moral et pluralité normative

« La culture n'est plus un domaine de partage d'intérêts communs, mais 'un riche terrain de pratique politico-culturelles' (Gupta et Ferguson 1997 : 5) sur lequel se déroule une véritable guerre pour le contrôle du 'capital symbolique' tel que le définissait Bourdieu. Bref, la culture est construite à travers des appropriations sélectives de formes diverses et contestées de passé et de présent. Ces processus sont rarement neutres quant à leur processus, intentions ou conséquences. Le relativisme devra non plus masquer ces contestations et tensions politiques internes à la culture, mais au contraire travailler à les révéler et à en analyser les usages » (Massé 2015 : 295)

Les priorités telles que décrites ci-haut sont donc révélatrices d'une logique normative adaptée à un contexte précis. De ce contexte découle non pas des valeurs différentes, mais une façon alternative de défendre une même valeur. En effet, la stigmatisation envers les personnes consommatrices dans le milieu institutionnel a augmenté la méfiance de ces personnes envers leurs services. En s'appropriant une orientation de relativisme moral et éthique, les intervenantes défendent une pratique alternative. En effet, dans le cadre des institutions de prise en charge de l'enfance, tel le ministère de la santé et des services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux, ou encore la direction de protection de la jeunesse, le bien-être de l'enfant s'inscrit comme valeur suprême, déclamant le comportement immoral de la femme consommatrice. De l'autre côté, le discours des intervenantes communautaires défendrait plutôt une pratique respectueuse envers ces femmes. Toutefois, l'espoir porté par les intervenantes, dans l'accompagnement des démarches avec le service de protection de l'enfance, démontre à la fois la valorisation du bien-être de l'enfant, et celle des capacités parentales. En effet, Julia souhaite aider à contrer la décision de l'institution pour agir en fonction de la volonté de la personne, et croit fortement qu'elle est capable d'avoir cet enfant :

« Je pensais pas que ce bébé-là était en danger. Ils auraient dû être mieux encadrés ces parents-là, parce qu'ils sont jeunes, mais j'pense que y a rien de mieux qu'être avec ses

propres parents, mais en tout cas. Déjà j'suis dans le jugement un peu, déjà j'suis teintée, j'suis pas complètement neutre. Mais j'avais dit on peut regarder ça ensemble et [l'usagère] était comme "ah ouais..." t'sais elle avait pas l'air plus, mais en même temps elle dit qu'elle est comme, elle veut récupérer son enfant, elle dit qu'elle s'ennuie, mais je trouve ça mitigé, c'est comme si ... elle dit qu'elle veut, mais elle fait rien pour. Ça je trouve ça difficile. » (Entretien avec Julia, intervenante, environ 5 années d'expérience)

Priscillia se rend aussi compte que la personne ne veut plus récupérer son enfant, malgré l'espoir qu'elle a mis dans l'accompagnement pour préparer la personne à la réalité des institutions :

« Écoute, écoute, écoute! [rire] Moi, jusqu'à la fin de sa grossesse, à [l'usagère], même quand elle a accouchée, elle, elle était comme « J'vais le garder, cet enfant-là, je vais bien l'élever, contrairement aux autres », [...] J'étais comme « Ok », et j'étais super motivée avec elle, j'étais comme « yes, on va bien te préparer, ça va bien aller. » Et là, plus le temps avance, plus je me rends compte que c'est une mauvaise idée [...] qu'elle garde le bébé parce qu'elle en a rien à foutre du bébé. Et elle arrête pas de le dire. [...] Et là j'étais comme, finalement, peut-être qu'il devrait rester en famille d'accueil, t'sais. [...] Mais rendu là, ça c'est pas moi qui le décide, c'est [l'usagère] qui va le décider, [...] Bon ben, tant pis pour le beau petit [bébé], qu'est-ce que tu veux que je fasse d'autre ? [...] Fait que t'sais, c'est nul, mais t'sais, c'est comme ça. » (Entretien avec Priscillia, environ une année d'expérience à l'organisme)

Dans cette partie, nous avons exploré l'engagement moral que prennent les intervenantes à la lumière du contexte social et des normes institutionnelles qui l'entourent. Le bien-être de l'enfant se traduit donc ici par la proximité de celui-ci auprès de sa mère. Il est donc défendu de la même façon qu'il l'est par les services de protection de l'enfance. Cependant, l'objet valorisé (Massé 2015), ou les principes normatifs pour atteindre le bien-être de l'enfant, ne sont pas les mêmes. Ici, les intervenantes mettent leur espoir sur la volonté de la femme, puisqu'elles ne peuvent agir qu'en fonction de celle-ci, au risque de perdre le lien de confiance. Nous sommes donc face à une même valeur, le bien-être de l'enfant, mais une diversité normative dans la façon de l'atteindre. Les intervenantes n'agissent donc pas dans un relativisme moral aveugle, radical, ou nihiliste, mais répondent plutôt aux critères normatifs correspondant à leur propre rôle professionnel. Leurs discours, notamment face à la mise en situation donnée en entretien, révèle la nécessité pour ces femmes d'avoir accès aux soins de santé. Dans la pratique, elles tentent donc de créer un lien avec la personne pour la guider vers ces soins. Dans leur façon de décrire leur ressenti, elles sont ambivalentes : les intervenantes

oscillent entre la valorisation des capacités d'agir de la femme et l'espoir d'avoir fait un bon choix face à l'enfant qui va naître et ce, notamment pour le bien-être de la femme et de son enfant.

4.3 Le rôle de la profession dans la norme d'intervention

« La mise en jeu de ressources de sens et de valeurs propres à affronter l'inédit en soi et autour de soi est une donnée anthropologique élémentaire. »
(Le Breton 2012, 70)

Ce rôle professionnel est souvent rappelé à travers les mises en place de la profession (chapitre trois). Sont explorés ici les effets de ces mises en place dans l'attribution de sens à la pratique des intervenantes. Dans la mise en situation proposée en entretien concernant les femmes enceintes, la norme de pratique va de soi. Par ailleurs, dans l'entretien avec Julia, cette dernière décrit d'abord sa pratique d'après la norme professionnelle constante au reste de l'équipe. C'est en abordant sa perception des moments difficiles, plus tard, qu'apparaît la complexité du phénomène. Il est donc intéressant de se pencher sur l'idéal de l'intervention et le travail personnel de l'intervenante pour l'atteindre. Cette partie aborde d'abord le rôle des supervisions dans la rationalisation du ressenti des intervenantes face à leurs cas d'intervention. Ensuite, sont présentées les négociations morales et l'ajustement des principes moraux pour correspondre au contexte professionnel. Cet ajustement relève des techniques de soi qu'opèrent les intervenantes pour passer à l'action dans les limites de leurs possibilités, entre idéaux et limites d'action.

4.3.1 Supervision, rationalisation, négociation

Rationalisation du ressenti

La question posée à la chercheuse dans le moment observé est typique de celle qui est posée aux intervenantes pendant leurs supervisions: « Est-ce que ça vient heurter tes valeurs? » (Notes d'observation). En effet, outre le fait que Myriam ait précisé que le sujet de la femme enceinte était un cas typique discuté en supervisions, celles-ci sont définies comme des espaces de discussion sur des impasses que l'intervenante peut rencontrer dans sa relation à l'autre. Les superviseuses iront donc « décortiquer », « démêler » le ressenti de la personne

intervenante, afin de la « positionner dans son rôle d'intervenante » (entretien avec une superviseure). Une autre superviseure décrit la pratique de supervision comme un lieu de « développement professionnel », et un « espace de ventilation, [qui] se veut un espace où on développe des stratégies » (entretien avec une superviseure). Dans le récit rapporté par Julia face à la jeune femme enceinte, elle précise que son avis concernant la jeune femme avait été soulevé en supervision. Selon la description qu'elle en fait, la personne était jeune, n'avait pas une bonne relation avec sa mère, n'avait pas une bonne nutrition alors qu'elle était à un stade avancé de sa grossesse. De plus, le père était atteint d'une maladie mentale, et elle semblait ne pas avoir de famille présente à ses côtés. Selon les critères institutionnels, voire de sens communs, cette femme ne répondait pas à la norme d'une bonne famille, ni à la conception de ce qu'est le bien-être de l'enfant à naître. De façon personnelle, l'intervenante considérait que la jeune femme n'était pas prête à être mère. Toutefois, après avoir amené le sujet en supervision, ce qui ressort de son discours est qu'elle ne doit pas porter de jugement moral, même si son ressenti premier est qu'elle trouve ses conditions de vie non favorables.

L'espace de supervision permet alors aux intervenantes de verbaliser leur avis concernant une situation particulière, et la superviseure lui permet de refléter sa pratique et de la questionner sur ses choix. Cet effet de « miroir » (entretien avec la directrice) permet donc à l'intervenante de rationaliser ses choix, son ressenti, et ainsi mieux les expliquer et les ajuster pour correspondre à son rôle d'intervenante dans ce contexte.

Négociation et ajustement des principes moraux

La supervision est l'espace qui permet la négociation et l'ajustement des principes moraux en fonction du cas d'intervention et du rôle de l'intervenante. Cette rationalisation de la sensibilité et des construits sociaux et émotionnels est donc nécessaire pour la poursuite de la pratique. Il s'agit donc de savoir expliquer pourquoi on tolère ces comportements. En aiguillant les intervenantes dans cette négociation morale (Zigon 2007), les membres de la direction participent à la construction des sujets moraux. En d'autres termes, les intervenantes se transforment en actrices de la communauté morale que forme l'organisme, en partie par l'action des membres de la direction. Les membres de la direction, par la coordination des réunions et des supervisions, agissent en tant que guide dans cette négociation (Le Breton

2012). Elles transmettent des principes d'actions adaptés au contexte dans lequel elles interviennent. Alors, tant les supervisions individuelles que les rencontres collectives participent à renforcer le rôle professionnel que doit tenir l'intervenante : En tant qu'intervenante, que dois-tu faire?

En tant qu'intervenante, elle doit donc valoriser un accueil sans jugement moral, comme il l'a été explicité au chapitre précédent. Il s'agit alors, dans le cas de la femme enceinte, de l'accompagner vers les institutions au travers desquelles la femme sera jugée de ces capacités à être mère. Ce n'est effectivement pas le rôle de l'intervenante de juger de la moralité du comportement, et encore moins de la normalité du cadre familial pour le bien-être de l'enfant, même si les intervenantes peuvent s'en préoccuper indirectement. Leur rôle est plutôt de tolérer, moralement, pour communiquer avec la mère, la « préparer à la réalité qui l'attend » (entretien avec Priscillia). Elles ont un rôle de soutien des individus face aux institutions, et priorisent le bien-être de ce dernier, face aux normes de celles-ci.

4.3.2 Techniques de soi et reconnaissance identitaire professionnelle

Il est tout aussi important de prendre en compte le travail que l'intervenante fait en tant que personne. Comme nous l'avons vu précédemment, la profession participe à guider les intervenantes dans la gestion de leurs émotions provoquées par la rencontre avec l'autre dans un contexte difficile (chapitre trois). Par l'intégration à ce contexte et l'adhésion à ces valeurs, les intervenantes participent à la reconnaissance de leur pratique professionnelle, et la reconnaissance de leur identité en tant que sujet moral. Michel Foucault appelle ces phénomènes les « arts d'existence », ou les « techniques de soi » :

« Par là il faut entendre des pratiques réfléchies et volontaires par lesquelles les hommes [et les femmes], non seulement se fixent des règles de conduite, mais cherchent à se transformer eux-mêmes, à se modifier dans leur être singulier, et à faire de leur vie une œuvre qui porte certaines valeurs esthétiques et réponde à certains critères de style. » (Foucault 1983, 1364)

Ces techniques de soi révèlent la liberté du sujet éthique que sont les personnes intervenantes :

« “The subject constitutes itself in an active fashion through practices of the self”, these practices are “models that he [/she] finds in his culture and are proposed, suggested, imposed upon him by his culture, his society, his social group” » (Foucault *dans* Laidlaw 2002, 323)

Ces techniques s'opèrent alors à travers la rationalisation de leur ressenti et de leurs émotions pour naviguer dans une négociation entre différentes inspirations morales (Zigon 2007). Une telle négociation peut être repérée à travers ce que Jarrett Zigon appelle un « *moral breakdown* » (*idem*) : un moment critique, une réflexion profonde sur la façon d'agir par rapport à ces orientations morales. Le cas de la femme enceinte fait donc partie de ces moments critiques qui participent à créer un déplacement, un changement dans la façon de penser et d'agir. Ces moments sont importants, avant un retour au quotidien de l'intervention, dans leur façon professionnelle d'être au monde. L'analyse de la norme de pratique auprès de la femme enceinte révèle alors une des étapes de formation de l'éthos d'intervention, c'est-à-dire l'intégration dans le vécu quotidien de normes morales et de façons d'agir (Massé 2015 ; Brodwin 2013).

Diversité des objets moraux valorisés

Les supervisions sont des moments critiques puisqu'elles sont centrées sur le soi. Mais la mise en action de ces négociations se discutent aussi à travers les échanges d'expériences professionnelles entre collègues. Ceci s'opère de manière informelle et ponctuelle, et de façon formelle et hebdomadaire à travers les réunions d'équipe. Pour les personnes intervenantes, ces négociations s'opèrent alors entre trois forces sociales en interaction : leurs idéaux de vivre ensemble, leurs principes moraux émotionnellement et socialement ancrés, ainsi que leur rôle professionnel, guidé par leur formation et soutenu par le groupe.

Tout d'abord, nous pouvons noter deux catégories d'idéaux. En effet, il a été remarqué que du côté des plus anciennes intervenantes, notamment celles qui ont commencé leur carrière sans formation académique reliée à l'intervention, on défendait des idéaux propres à ce que l'École de Chicago définissait comme « communauté morale » (Massé 2009, 15). En effet, ces intervenantes ont tendance à motiver leur adhésion à l'organisme par des simples principes d'être ensemble et d'accompagnement de l'autre. Une plus jeune intervenante, toutefois me dira, en riant, qu'elle se trouve très idéaliste de vouloir simplement « aider [son] prochain ». Elle s'empressera de défendre cette idée avec des principes liés à la responsabilité collective envers les groupes vulnérables (Massé 2009). Par ailleurs, les plus jeunes intervenantes auront tendance à défendre leurs actions en se positionnant contre les conditions de pauvreté des gens

du quartier, notamment la faim, l'accès inégalitaires aux soins de santé et aux savoirs scientifiques reliés à la prévention. Alors, la protection d'autrui par le principe de responsabilité collective (*idem*) se décline ici en plusieurs objectifs particuliers et selon les parcours et les personnalités de chaque intervenante.

Au deuxième niveau, celui que les intervenantes doivent dépasser et sur lequel un travail devra être fait, est celui de leur construits sociaux et émotionnels. Ceux-ci sont donc reliés directement au sens commun accordé à la responsabilité des femmes envers l'enfant et le mal-être accordé à la consommation de drogue. Ces construits sont principalement révélés, indirectement, par le malaise provoqué par la première rencontre avec une femme enceinte et le besoin d'en parler pour être apte à agir. Lorsque la mise en situation est exposée à Priscillia en entretien, elle explique son malaise et démontre ainsi l'anormalité commune accordé au comportement. Julia, quant à elle, en parle comme faisant partie des choses tristes, mais surtout « choquantes » (entretien avec Julia) que les intervenantes sont amenées à voir dans le cadre de leur pratique. En résumé, le cas de la femme enceinte est établi comme un cas qui heurte le sentiment des intervenantes et qui confronte leurs construits sociaux.

La directrice générale exprime donc l'importance de comprendre la complexité qui se cache derrière l'acte. En entretien, elle le range sous le volet de la tolérance, face à ce que nous considérons répréhensible, qu'il faut comprendre : « Parce qu'au niveau sociétal, y a des valeurs qui nous sont inculquées, heureusement d'ailleurs [...] comment on négocie avec ça ? » (Entretien avec la directrice). Justement, la façon de négocier avec ce qui nous est inculqué « au niveau sociétal » est rendue possible avec les mises en place de la profession (supervisions individuelles, discussions collectives en réunion), et la prise de distance avec les cas rencontrés. En effet, c'est aussi de ne pas trop s'attacher, « ne pas avoir trop d'attentes, pour pas être trop déçue » (entretien avec Johanne), qui permet d'avoir un pas de recul et laisser plus de liberté à l'autre. Le troisième niveau de négociation est donc celui de la mission de l'organisme. Pour mener à bien cette mission, les intervenantes doivent adhérer aux valeurs de l'organisme et faire un choix éthique, en s'adaptant à leur rôle professionnel, et à leur engagement : celui de ne pas juger, d'accueillir, de tolérer et de concevoir une pluralité de conceptions normatives du bien-être. Il faut aussi prioriser avant toute chose le lien avec la personne et la confiance de celle-ci.

C'est par l'expression d'une certaine liberté que les actrices morales font un choix dans la façon de défendre leurs idéaux (Laidlaw 2002), à travers des techniques de soi (Foucault 1983). Cet exercice leur permet de se considérer comme de meilleures personnes. Elles font le choix de s'adapter à la réalité des personnes du milieu, et de correspondre à l'espace moral de l'organisme, car c'est à travers l'action de celui-ci qu'elles peuvent tendre vers leurs idéaux de vivre-ensemble et de protection d'une population vulnérable, dans une perspective de défense de droits égalitaires, et ce, en contestant les institutions de pouvoir. Toutefois, toute liberté éthique s'opère dans les limites du contexte social dans lequel elle s'inscrit (Laidlaw 2002).

Pour comprendre la continuité de la mise en action de valeurs communes, dans ce contexte, il est donc important de prendre plusieurs paramètres en compte : la volonté de la personne intervenante de se réaliser elle-même, et la liberté qu'elle a de le faire. D'abord, la volonté de se réaliser soi-même implique de négocier avec plusieurs paramètres : Les idéaux personnels, les construits socio-culturels propre à la personne, et sa sociabilisation professionnelle, qui implique de correspondre à une norme de pratique. C'est en ce sens que l'on peut parler de liberté exercée ; une liberté balisée de cadres et de limites propres à un contexte social.

4.3.3 Éthique antérieure et éthique de l'action : dialogue et échange

L'étude de cas a permis de mettre en comparaison la norme institutionnelle et l'action des intervenantes qui décident de valoriser le bien-être de l'enfant et de la vie elle-même d'une façon alternative : à travers la valorisation de la mère en devenir. Nous avons alors confronté le sens commun à un cas précis de responsabilité envers les inégalités sociales et la volonté d'aller en faux contre la stigmatisation des personnes consommatrices. Concernant la femme enceinte, l'action est dans la contestation en faveur de relations humaines plus authentiques, sans toutefois agir contre les critères normatifs institutionnels.

La considération de l'autre se fait donc à partir de la création d'un lien avec la personne et le dialogue avec celle-ci. C'est ce lien qui permet aux intervenantes de relever des défis communicationnels. Nous pouvons alors comparer leur approche à une éthique de la finitude, qui prend en compte l'irrationnel, l'inconscient, les contradictions et les incertitudes face aux conflits de valeurs et d'intérêts. Cette forme d'éthique prend toutefois aussi en compte une

quête normative, tout en ayant la conscience que cette quête n'atteindra probablement pas son but (Rhéaume 2007). Ici, cette quête est portée par la conception du bien-être ancrée chez les intervenantes ; celui de la femme, et celui de l'enfant. C'est aussi dans ce but qu'est favorisé l'ouverture et le dialogue avec l'autre (*idem*). Ce dialogue permet à l'intervenante de faire cheminer l'autre dans ses choix, à partir de sa propre normativité, c'est-à-dire, sa conception du juste et du bien-être. La littérature en service social conseille d'autant plus aux intervenantes de rester ouvertes sur l'autre, parée à chaque « imprévu de l'échange » (Bourgeault 2003). Rappelons que le dialogue est socialement vecteur de changement à partir de l'interaction entre deux individus (Le Breton 2012). La relation d'aide, dans ce contexte, pourrait alors être de guider une réflexion sur le soi : comme un miroir. Par le non-jugement, l'accueil et la proximité, un lien qui se crée et qui permet une discussion sur les actions. : « L'intervenant[e] demeure alors centré[e] sur l'autre, avec l'assurance toutefois que celui-ci trouvera un fondement rationnel adéquat à son action, comme l'intervenant le ferait pour lui-même. » (Rhéaume 2007 : 23)

Le relativisme est donc ici une technique d'approche pour espérer le bien-être des personnes, mais qui n'est pas sans enjeux, notamment celui du contrôle social dans un contexte de gouvernement des populations par le biopouvoir. Nous pouvons aussi nous questionner sur les limites de cette technique sur les possibilités d'action des intervenantes, et les limites de leur engagement dans le bien-être des personnes.

Synthèse du Chapitre 4

Ce chapitre a permis d'explorer la défense, par les membres de l'organisme, des valeurs concernant une situation particulière. Les enjeux moraux entourant le cas des femmes enceintes ont donc été explorés. Dans la première partie, les données récoltées concernant ce cas ont éclairé l'analyse du travail d'intervenantes, en expliquant leur engagement dans un contexte social plus large, celui des normes des services de protection de l'enfance. Nous en sommes venus à questionner l'engagement des intervenantes dans un relativisme moral. Ce questionnement a fait l'objet de la seconde partie. Bien qu'elles adoptent cette posture, par leur tolérance, le refus de porter quelconque jugement moral, ainsi qu'en favorisant une pratique tournée vers la volonté de la personne, ce relativisme est toutefois balisé. Il est en

effet révélé comme faisant partie de la technique professionnelle d'intervention pour créer un lien avec la personne. Alors que nous posons la question de l'engagement moral des intervenantes envers la femme, mais aussi face à l'enfant, il apparaît qu'elles préfèrent valoriser l'espoir envers les capacités d'agir de la femme, et ainsi l'espoir que celle-ci puisse répondre aux critères normatifs institutionnels. Cet engagement moral implique donc un engagement émotionnel auprès de la femme pour les démarches. Quoiqu'il en soit, les intervenantes de l'organisme sont formées pour ne pas porter de jugement, ni sur les choix de la femme, ni sur ceux des institutions, puisque ce n'est pas leur rôle. Celui-ci est plutôt de guider la personne à travers les dédales des différentes institutions.

La troisième partie s'est alors penchée sur la façon dont les intervenantes adhèrent à ce rôle. Cela se fait par la rationalisation de leur ressenti, parfois face au comportement de la femme enceinte, parfois face aux choix des institutions les concernant. Cette rationalisation se fait donc à travers les discussions, notamment avec les superviseuses. Ces dernières tentent alors de faire cheminer l'intervenante et tente d'améliorer sa pratique en la questionnant sur ses actions. À travers ce cheminement, les personnes intervenantes font ainsi un parcours éthique sur elles-mêmes. Elles sont donc amenées à expliquer et à donner un sens à leurs actions, qui doit à la fois participer à la reconnaissance de leur pratique professionnelle ainsi que celle de leur propre identité en tant que sujets moraux. Elles effectuent donc une négociation, parfois difficile, qui s'opère entre leurs idéaux d'aide d'une population vulnérable, leurs construits sociaux et émotionnels, ainsi que la mission qui les guide. Conformément à une anthropologie de l'éthique et de la liberté (Laidlaw 2002), les intervenantes sont comprises comme des sujets libres de leur choix dans ce cheminement éthique. Elles sont tout aussi bien cadrées de limites imposées par la structure sociale au sein de laquelle elles agissent.

Chapitre 5 : Interaction entre les systèmes et reproduction de l'éthos

Ce chapitre servira à mieux situer les différents acteurs et actrices dans la reproduction d'une certaine logique normative concernant l'intervention sociale en contexte de toxicomanie et de pauvreté. Il se base sur les exemples des chapitres précédents pour explorer les contours de la mise en pratique de la réduction des méfaits. Dans ce chapitre, nous revenons alors sur la théorie d'une anthropologie de la morale descriptive et explicative de Raymond Massé. Cette morale peut être perçue dans les différentes façons de départager le bien du mal, mais aussi à travers les balises plus spécifiques qui concernent le jugement de l'acceptable, du justifiable, du répréhensible, ainsi que les frontières entre le juste et l'injuste (Massé 2009a).

La première partie du chapitre présente l'engagement de l'organisme auprès des personnes, et par le fait même l'« économie morale » (Fassin 2010) mise en branle dans cette « communauté morale » (Massé 2009b) de prévention. Nous discutons donc de l'influence du contexte dans l'établissement de cette économie morale. C'est en référence à ce contexte que nous pouvons reconnaître quelques balises concernant le sens accordé à la justice. La deuxième partie présente trois exemples ethnographiques qui illustrent la construction, par les intervenantes, du sens accordé à leur pratique. Ces moments critiques soulèvent autant d'enjeux concernant la justice sociale, l'engagement, le relativisme moral, mais aussi le rapport à la structure et le contrôle socio-sanitaire. La dernière partie s'attarde à décrire comment les intervenantes arrivent à concilier entre liberté et soumission face aux différentes forces qui cadrent leur pratique, notamment les balises relatives à la moralité séculière. Enfin, nous serons amenés à faire communiquer les différentes orientations morales qui interagissent au sein de l'organisme étudié, c'est-à-dire au sein d'une même communauté morale. En effet, analyser l'interaction de ces dernières peut nous permettre de mieux comprendre les systèmes moraux mis en action dans la prise en charge des personnes consommatrices de drogues.

5.1 Économie morale locale : quelques balises

La moralité séculière est définie comme la moralisation des actes sanitaires. Les messages de prévention portés par les intervenantes concernant les rapports sexuels protégés,

ou la consommation avec le minimum de risque pour autrui (Massé 2003a) relèvent donc d'une certaine « économie morale de la prévention » (Fernandez 2014). Ce type de moralité étant surtout rattachée aux actions de la santé publique (Massé 2003a), nous pouvons nous demander : quelle est exactement la place de celle-ci dans le quotidien de la pratique des intervenantes ? Cette partie sert à éclairer l'espace moral microsocial que forme l'organisme et son équipe d'intervention, face à un contexte socioéconomique particulier. Ce contexte informe sur les balises du juste et de l'injuste.

L'organisme étudié fait partie des espaces moraux micro-sociaux, internes à l'espace moral plus large que forme la société canadienne (Massé 2009b). En effet, les intervenantes de l'organisme sont amenées à porter des revendications politiques. Celles-ci sont notamment faites en réaction à la gentrification, au manque de ressources pour contrer le désert alimentaire¹⁶, ou encore à la stigmatisation des personnes consommatrices de drogues. Établies au cœur du quartier, comme exploré dans les chapitres précédents (chapitre trois), les intervenantes font partie des groupes portant des discours sur ces différents phénomènes, et se positionnent ainsi dans les débats. En effet, le phénomène de gentrification, ce « moment d'entre-deux, entre attentes et réalités, entraîne la mobilisation des discours et de l'action publique attestant d'une 'dégradation' ou d'une 'revalorisation du quartier'. Les représentations du quartier qui sont alors produites par différents types d'acteurs se coordonnent avec plus ou moins de conflictualité » (Bacqué 2006, 63).

L'économie morale, dont s'emparent les participantes à la recherche, se renforce en interaction avec l'extérieur. Elles ont en effet tendance à vouloir rendre compte de la réalité des personnes consommatrices, tout en orientant leur pratique vers la prévention des maladies transmissibles sexuellement et par le sang. Leurs interventions s'inscrivent donc dans une économie morale de la prévention revendicatrice. En effet, comme présenté plus en amont à ce mémoire, une économie morale, selon Didier Fassin (2010), est un système de valeurs qui donne sens aux actions, particulièrement présent dans le domaine de la distribution de biens et de prestations. Les critiques portées par les participantes, permettent alors de se pencher sur les enjeux de tensions et conflits entre différentes économies morales, « car au fond, dès lors qu'elle

¹⁶ Voir p. 41 (chapitre deux) pour la définition du phénomène de gentrification et celui de désert alimentaire.

s'inscrit dans des rapports sociaux, la morale est aussi une affaire politique » (Fassin 2010, 1266). Qui plus est, les intervenantes sont constamment amenées à critiquer les instances institutionnelles qui perpétuent les inégalités sociales par la stigmatisation des populations marginales ; en l'occurrence les personnes consommatrices de drogues. Les intervenantes de l'organisme ont en effet tendance à prendre de la distance avec les pratiques des professionnels d'institutions, qui perpétuent des dynamiques discriminatoires. C'est en réaction à cela qu'elles se dotent de « balises morales » (Massé 2015) qui guident la relation à l'autre, la plus juste, en fonction de leurs valeurs. En valorisant certaines pratiques plutôt que d'autres, elles tentent d'avoir une conduite morale dans ce contexte professionnel. L'espace moral que forme l'organisme contient alors des balises du juste et de l'injuste.

Le chapitre précédent s'attardait à décrire le travail que font les intervenantes quotidiennement en tant qu'actrices de cette communauté morale (Massé 2009b). Elles sont formées et encadrées par les anciennes intervenantes et l'équipe de direction. Ces actrices morales promeuvent un discours de défense de leur pratique à travers l'importance du lien avec les personnes, ainsi que leurs responsabilités de solidarité envers les populations vulnérables : des revendications propres aux communautés morales (*idem*). Ce lien est une priorité (chapitre trois) pour que les intervenantes puissent répondre de leur responsabilité qu'elles s'octroient envers les populations vulnérables et marginalisées. Les valeurs auxquelles elles adhèrent jouent alors le rôle de « principes éthiques normatifs qui prescrivent des actions justes et proscrivent les actions injustes » (Massé 2009b, 2015, 46). Ainsi, les orientations prioritaires pour les intervenantes, celles qui guident leur pratique et auxquelles les intervenantes doivent se référer, ne sont pas normatives pour les usagers¹⁷, mais plutôt pour les intervenantes.

Ensuite, nous avons vu qu'en s'engageant dans cette communauté morale, les intervenantes mettent en pratique une façon d'être avec l'autre. Cette façon d'être se défend et s'apprend en s'adaptant au contexte local (celui du quartier, des personnes qui fréquentent l'organisme) et

¹⁷ L'adhésion des usagers à certaines de ces valeurs et la façon dont ils se les approprient, bien que grandement intéressant, pourrait être étudiée dans un projet de maîtrise à part entière. Il semble toutefois que l'adhésion des usagers aux comportements normatifs au sein de l'organisme diffère selon le sentiment d'appartenance à celui-ci ou encore les affinités créées avec les intervenantes.

fait émerger des explications locales aux comportements locaux (Kleinman 1999; Kleinman 2006).

À partir des exemples sélectionnés dans ce mémoire, nous pouvons remarquer une certaine conception du juste et de l'injuste, dans le discours et les actions des intervenantes. Le juste est défini en fonction de la réalité de vie des personnes consommatrices, auprès desquelles les intervenantes s'engagent (comme nous l'avons vu dans la mise en pratique de la proximité avec le milieu au chapitre trois). C'est la conscience de ces réalités, souvent reliées à leurs conditions socio-économiques, qui leur permet d'accepter ces comportements dans le cadre de leur pratique. Aux yeux des intervenantes, c'est dans une visée de justice sociale qu'elles travaillent au sein de l'organisme.

De cette conception de la justice, découle le principe d'accueil sans jugement et la volonté de créer des liens. Ainsi, ce qui est juste dans ce contexte, est de créer du lien social et des relations de confiance entre les gens. Par exemple, dans le cas de la femme enceinte qui se présente à l'organisme (chapitre quatre), la pratique et les discours des intervenantes reflètent l'importance de comprendre les réalités de vie de la personne avant de la juger sur ses responsabilités envers l'enfant qu'elle porte. Toutefois, toutes les intervenantes sont d'accord sur une chose : dans l'idéal, une femme qui consomme ne devrait pas être enceinte. Ou inversement, une femme enceinte ne devrait pas consommer. C'est ce que nous avons constaté par le travail que les intervenantes font sur elles-mêmes à travers les mises en place de la profession. Mais les intervenantes font aussi référence à leur expérience du milieu, et prennent en considération le contexte de vie des personnes qui viennent chercher de l'aide à l'organisme.

Ce qui est juste, ici, et pour les intervenantes, c'est qu'une femme puisse avoir son enfant, tout en étant accompagnée dans ses démarches pour répondre aux critères normatifs de la protection de l'enfance, et ainsi pouvoir garder cet enfant. L'injuste reviendrait à ce qu'une femme ait à sa charge un enfant, qu'elle ne voudrait plus, et que ce dernier soit délaissé. En effet, lorsque l'intervenante Sophie me dit en entretien que c'est « une criss de mauvaise idée » qu'elle garde le bébé, car « elle en a rien à foutre du bébé », cela va à l'encontre de l'espoir qu'elle avait mis dans l'accompagnement et les démarches. Et plus encore, dans la confiance qu'elle avait placée chez cette femme, lorsqu'elle lui confirmait que

cette fois-ci, elle voulait le garder. Cependant, l'intervenante a bien conscience que malgré les efforts qu'elle puisse mettre pour accompagner la femme et la pousser à correspondre aux critères normatifs de la protection de l'enfance, la décision finale (d'y correspondre ou pas) revient à la femme qui porte le bébé. En effet, il est aussi considéré juste que cette femme exploite au maximum ses capacités d'agir, dans un rapport égalitaire et non discriminant.

Alors, dans l'exemple de la femme enceinte, le juste et l'injuste se définissent en rapport avec les conditions de vie locale que les intervenantes veulent pallier par leur aide. En référence à leurs idéaux de rapports égalitaires et de tolérance face à la marginalité, il est juste que cette femme reçoive de l'aide pour être apte à être mère. Il est aussi juste qu'elle accède aux ressources pour essayer de correspondre aux critères normatifs de ce qu'est une bonne famille, selon l'institution de protection de l'enfance. En se rapprochant de la réalité des milieux de consommation, les intervenantes s'adaptent à celle-ci, et revendiquent une façon alternative de vivre ensemble dans un milieu marginal. Ces quelques balises permettent d'attribuer leurs actions à une certaine économie morale de l'intervention revendicatrice adaptée au contexte local. Bien que mettant en action un certain ensemble de valeurs tournées vers les usagers, l'équipe d'intervention n'est pas à l'abris d'impasses dans la relation à l'autre.

5.2 L'éthos d'intervention et les limites d'interaction

« L'éthos n'est pas une moralité en tant que système de règles et de normes ; il en constitue la condition première d'existence » (Massé 2015, 35)

À travers leur pratique, les intervenantes de l'organisme communautaire tentent de mettre en pratique la valorisation de la justice. L'éthos d'intervention se repère alors dans la quotidienneté des actes posés et des décisions prises dans le cadre de cette pratique. En effet, l'éthos est le lieu de reproduction des normes de pratique des intervenantes et d'interaction avec les usagers. Ces interactions se veulent égalitaires, « sans moralité » (Massé 2013a) et sans jugement, dans une visée de justice sociale envers une populations marginalisée. Les difficultés quotidiennes et les façons de les résoudre donnent donc des indices pour définir les frontières entre les comportements acceptables et les comportements répréhensibles. En effet, les balises normatives concernant le comportement des usagers aux sein de l'organisme, sont

beaucoup en lien avec les « règles maîtresses » dont se dotent les intervenantes. Nous verrons donc, dans cette partie, que ces règles marquent les limites à ne pas dépasser pour l'établissement de relations saines, et qu'elles sont élaborées au fil de l'action et selon les circonstances. En effet, les intervenantes se retrouvent parfois dans des impasses au sein de ces relations égalitaires qu'elles tentent d'établir, et doivent alors composer avec ces moments imprévisibles. Cette incertitude face aux impasses est abordée par Jacques Rhéaume, professeur émérite de l'UQAM, au département de communication sociale et publique:

« Agir, c'est partager les exigences interactives et collectives d'une éthique résultant d'un travail de discussion, mais c'est surtout assumer pleinement l'incertitude radicale qui accompagne la tension entre la quête de repères universels et des situations singulières finies et radicalement imprévisibles. » (Rhéaume 2007, 25)

Une fois ces impasses résolues, les membres de l'équipe peuvent perpétuer leur pratique, et retourner dans le « *everydayness* » (Jarrett Zigon 2007). Les moments limites de la relation à l'autre permettent aussi d'explorer les enjeux de l'engagement des intervenantes dans un relativisme moral. Dans ces situations, est généralement soulevée la question du rôle de l'intervention et des intervenantes.

Alors, dans les exemples ethnographiques qui suivent, la frontière entre l'acceptable et le répréhensible se retrouve dans la relation entre intervenante et usager, et participent à définir une façon d'être ensemble dans ce contexte d'intervention. Les intervenantes acceptent beaucoup de comportements marquant un manque de respect, pour favoriser l'ouverture à l'autre et la discussion. Alors, nous pouvons nous demander : Quelles sont les limites de la tolérance de la part des intervenantes ? Cette question est soulevée quant à l'approche de réduction des méfaits et pour poser les balises de cette approche, dans un équilibre entre la liberté et la sécurité (Mondou 2013; Bourgeault 2013). Dans les chapitres précédents, nous nous sommes intéressés à cette limite, lors du questionnement concernant le comportement de Maya, qui outrepassait les règlements de l'organisme. La décision prise allait dans le sens d'une nouvelle tentative de dialogue pour mieux comprendre (chapitre trois). Dans les exemples qui suivent, la limite apparaît lorsque survient l'agressivité de la part des usagers. Ces moments ethnographiques servent l'analyse de l'éthos de la profession dans la relation à établir avec l'autre, et concernant leur perception des actions répréhensibles dans un contexte de réduction des méfaits tendant vers la justice sociale.

La première rubrique rapporte un moment conflictuel vécu par Stéphanie, qui balise un comportement répréhensible par l'agressivité qu'il porte. La résolution se fait par la communication. Le sens de la pratique professionnelle est alors conservé. La seconde rubrique raconte un événement observé, plus complexe, qui met en branle plusieurs enjeux, du point de vue des intervenantes et celui d'un usager, Patrick. Ce conflit trouve une solution dans l'éloignement de l'utilisateur des services de l'organisme, pour son bien-être. Nous verrons que l'attribution du sens à cette décision est surtout construite autour du manque de communication. Enfin, le troisième moment critique pose les limites de la mise en action de la justice sociale et du bien-être. Nous décrivons alors un moment de soumission à la moralité séculière portée par la santé publique.

5.2.1 Maintien du rôle par la communication

Tout d'abord, cet extrait d'entretien met en évidence un événement du quotidien de Stéphanie, intervenante depuis environ un an à l'organisme. Il permet d'explorer le sens donné à la résolution d'un conflit. Ici, la résolution du conflit s'effectue à travers la communication.

« La première situation c'est un gars que je connais pas. [...] Parce que il y a souvent du monde, [...] qui viennent avec de la bière, ou en état de consommation, et leur attitude varie beaucoup. Y en a c'est ben correct sont juste « meeeh » et au bout d'en général 10 minutes, j leur dit « Ok, si t'as rien à faire là, tu peux partir, on est un organisme ». [...] Fait que là il a commencé à s'en prendre à [un usager] qui était là. Pis, il s'en vient juste à côté de moi, il repère que je suis l'intervenante, et j'étais en train de parler avec quelqu'un. Et je lui dis « Est-ce que je peux t'aider ? » [...] Et là il commence à me sortir un discours de « C'est bien ça, les intervenantes, vous pensez tout le temps pouvoir aider le monde » et là il me sort tout un discours haineux, envers les intervenantes. Pis t'sais, c'est ça que je disais à ma superviseuse, [...] à un moment donné, moi je comprends, mais tellement ! que le monde, à un moment donné, dans leur vie, t'sais ils sont passés mettons par les centres jeunesse, les auberges, les maisons de thérapie, etc. Les intervenantes, ils sont plus capables, parce qu'il reste qu'on a tous des attitudes, on est tous différents, mais on est quand même tous des intervenantes, t'sais. Fait que ça, moi je l'entends mille fois. Mais je comprends pas que tu viennes devant un organisme, en sachant très bien sur qui tu vas tomber, pour dire ça. Ça c'était simplement agressif [...] fait que là je lui demande deux fois, quand même assez poliment, que j'ai pas le goût d'entendre ce discours-là, qu'il est pas obligé d'être là, pis qu'anyway il a une canette de bière, et qu'il peut aller ailleurs pour la boire. Sauf que coco cherchait la merde pour vrai, et décide, la deuxième fois que je lui dis, de descendre les marches, et de se caler en face [de l'utilisateur], et là s'en prend à [l'utilisateur] en lui disant que, en gros, pour faire un résumé court, c'est une grosse merde, parce qu'il a besoin des intervenants. [...] Mais c'était quand même très agressif comme attitude, on

a comme eu un combat de yeux, à la fin, sur la dernière intervention, pour qu'il s'en aille. Il se l'ai joué au combat de l'œil, mais c'est moi qui ai gagné. J'ai pas cligné des yeux. C'est tout ! [Sourire] C'était agressif, c'était envers les intervenants, c'est pas l'fun à recevoir, pis j'ai pas aimé ça qu'il s'en prenne aux usagers non plus. Pis, c'était mon retour de vacance, je t'avoue que j'étais un peu comme prise, c'est ça j'avais pas trouvé ça l'fun. » (Entretien avec Stéphanie, intervenante depuis environ une année à l'organisme).

Dans cet extrait, Stéphanie met de l'avant plusieurs limites que la personne usagère a failli franchir en agissant de la sorte. De plus, dans cette situation limite, nous remarquons, encore une fois, la référence que fait l'intervenante à la supervision de sa pratique professionnelle. Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les supervisions sont des moments de rencontre entre une superviseuse et une intervenante, pour discuter et trouver des solutions concernant la pratique professionnelle de cette dernière. Ici, l'intervenante fait en effet intervenir le rôle de sa superviseuse lorsqu'elle exprime son ressenti face au comportement de l'utilisateur : Elle prend conscience de sa propre position d'intervenante, et de la réalité vécue par la personne qui s'adresse à elle. Même si ce genre de rationalisation opérée en supervision est flagrante concernant le cas de la femme enceinte (chapitre quatre) puisqu'elle fait appel à des construits et principes moraux concernant le bien-être de l'enfant, elle est tout autant pertinente pour les interactions quotidiennes avec les personnes qui se présentent à l'organisme. Ainsi, la supervision participe à donner un sens aux événements du quotidien, car elle permet d'avoir un regard sur les actions, et de rationaliser le ressenti des intervenants.

Ensuite, nous pouvons noter que ce n'est pas l'état d'ébriété du visiteur qui est réprimandé, bien que ce soit interdit au sein de l'organisme, mais bien le comportement qui l'accompagne. Lors de l'interaction entre l'intervenante et le visiteur en question, la limite de la tolérance est en effet un comportement « agressif » envers le travail d'intervention, et envers un usager de l'organisme. De par son expérience, l'intervenante reconnaît les effets à double tranchant de sa profession, voire son caractère « opprimant » (St-Amand 2003), et tolère l'irrespect du visiteur. En composant sur le moment face à un événement inattendu, l'intervenante prend toutefois la décision de prioriser la protection de l'intégrité de l'utilisateur à ses côtés. Même si celle-ci est subtile, la communication a lieu, à travers le « combat de l'œil ». Cette expression d'autorité permet ici à l'intervenante le maintien de son rôle, et donc la poursuite de sa pratique.

5.2.2 Confusion du rôle des intervenantes dans le milieu

Ensuite, une multitude de facteurs peuvent être pris en compte dans la décision momentanée de l'intervenante. Ces facteurs participent à accorder un sens à l'acte répréhensible. Lors d'un conflit avec Patrick, un usager régulier de l'organisme d'une soixantaine d'années, c'est l'impossibilité de communication avec ce dernier qui amènera l'intervenante à faire appel à la structure de l'organisme (la direction) pour trouver une issue. Encore une fois, en prenant un pas de recul pour observer cette situation, nous pouvons l'analyser à partir des différentes tentatives pour donner un sens à la situation. Nous décrivons ici deux niveaux de confusion en interaction, dans ce conflit. Premièrement, la confusion des intervenantes présentes, concernant l'attitude soudaine de Patrick, mais aussi un questionnement sur sa santé mentale : pourquoi cette explosion soudaine contre les intervenantes, lui qui était toujours poli et calme? Ensuite, la confusion de Patrick, dans un moment de « folie » : confusion concernant le rôle des intervenantes dans le milieu, confusion dans la mise en action ou la volonté d'humanisme, son attitude contestataire de la structure, sa volonté d'aider.

Une heure avant la fermeture du centre, il fait beau et chaud, il reste quelques personnes à l'intérieur, et dehors, devant le bâtiment. Dehors, une intervenante discute avec les personnes du quartier. À l'intérieur, dans le bureau, une intervenante est avec un usager, lorsque surgit à la fenêtre, Patrick, qui réclame l'attention des intervenantes face à une situation qu'il qualifie d'extrêmement urgente : une femme a besoin d'un billet de transport en commun alors que l'intervenante présente à l'extérieur ne lui porterait, selon lui, aucune attention, alors qu'elle devrait « agir avec humanisme! » (Notes d'observation) En essayant de comprendre et de s'expliquer, les intervenantes se font alors accuser d'incompétence. Alors qu'elles lui demandent de partir, Patrick les menace. Je vois alors l'intervenante visée par la menace monter à l'étage et parler avec une personne de la direction et lui demander « qu'est-ce que je fais? ». Un peu plus tard, rassemblées au milieu de la pièce commune après la fermeture, on essaie de trouver des réponses à ce comportement : l'intervenante menacée, sa collègue de ce quart de travail, un membre de la direction, et moi-même. Quelqu'une demande s'il n'a pas un passé psychiatrique. Ensuite, les intervenantes en viennent à citer les limites qu'il a franchies : d'abord le fait qu'il ait voulu prendre le rôle d'une intervenante, avant de les qualifier d'incompétentes. Elles soulèvent aussi l'aspect inquiétant de son manque d'écoute. Quelques jours plus tard, l'intervenante et la coordinatrice décident d'aller parler à Patrick pour lui dire qu'il sera interdit des services pendant deux semaines. (Notes d'observation, 15 juillet 2016)

La confusion et l'incertitude des intervenantes face à l'explication du comportement de Patrick trouve une solution dans la communication au sein de l'équipe, plus tard, entre la coordinatrice et l'intervenante concernée. L'explication locale à cette décision est que l'organisme devenait une source d'angoisse plutôt que d'aide pour l'utilisateur. En effet, l'intervenante prise dans ce conflit explique l'angoisse de Patrick par le fait que celui-ci imaginait les intervenantes participer au fonctionnement des milieux de consommation, de vente et de prostitution (notes d'observation, discussion informelle avec l'intervenante). La décision est alors prise en fonction du bien-être de l'utilisateur, face à l'impossibilité du dialogue : il est préférable que la personne s'éloigne du contexte de l'organisme si ce qui l'entoure est producteur d'angoisse. Les usagers étant leur « raison d'être », comme aime à le rappeler la directrice, leur bien-être devient alors l'explication locale par excellence (Kleinman 1999) comme justification des décisions. Toutefois, ce qui se passe au local ne peut être détaché d'un contexte plus global (*idem*). Ici, ce contexte global, c'est le sens commun accordé aux comportements qui entourent l'organisme¹⁸. Par ailleurs, cette situation soulève toutes les subtilités de la tolérance des intervenantes face à l'illégalité. En effet, les propos de Patrick permettent de se questionner concernant les enjeux du relativisme moral. Nous avons vu au chapitre précédent que ce relativisme est aussi une technique dont se dotent les intervenantes pour s'adapter au milieu. La communication est alors proposée comme une technique pour expliquer le sens de leur engagement. Lorsque celle-ci est impossible, les intervenantes se retrouvent confrontées à la limite de la tolérance.

Cette confusion révèle ici tout le poids de la confrontation entre les valeurs dominantes, guidées par le cadre légal et moral entourant la consommation et la prostitution, et les nuances apportées dans le cadre de la réduction des méfaits dans ce contexte. Ce sont ces nuances que les personnes de la direction autant que les intervenantes essaient de défendre en défendant leur pratique, comme nous l'avons vu avec le cas de la femme enceinte (chapitre quatre). En effet, la limite de l'intégration des intervenantes dans la réalité des personnes est floue, tout comme la relation qu'elles créent avec les personnes. Les intervenantes évoquent souvent ce

¹⁸ Comme décrit au Chapitre deux, le milieu ciblé par l'intervention est caractérisé par un contexte de pauvreté, de consommation de drogues, de vente, et de prostitution.

flou, qu'elles doivent alors clarifier, en rappelant leur rôle professionnel et leur engagement dans le quartier. Dans ce genre de situation, et notamment à travers la rationalisation du ressenti, la profession aide à clarifier ce flou au niveau interpersonnel, mais aussi au niveau de la place que tient l'organisme dans la réalité des personnes. Le sens accordé à ce flou est souvent évoqué par les intervenantes : « On est pas ton ami, mais on est dans ton milieu » (entretien avec Johanne – chapitre trois), ou alors : « avec [une usagère], c'est comme entre le je t'aime et je t'haïs, mais y a pas de ça en intervention... » (notes d'observation, discussion informelle avec Marie-Ève, intervenante à temps partiel). Face à des situations problématiques, le dialogue est alors primordial pour « cadrer » les relations interpersonnelles. Les intervenantes en ont bien conscience. Toutefois, sur le moment, dans le feu de l'action, c'est un autre sens qui est attribué au comportement de l'usager: il est critiqué par le fait qu'il se soit attribué le rôle de l'intervenante qui était en poste à l'extérieur à ce moment-là. Alors que le rôle et l'autorité de l'intervenante sert à rétablir l'ordre dans l'exemple précédent, ici, l'intervenante est confrontée à une impasse dans le dialogue. Il lui est alors impossible d'expliquer à Patrick le sens de leur engagement dans le milieu. En effet, bien que les intervenantes travaillent au quotidien pour clarifier cette zone floue et confirmer leur rôle professionnel, Patrick vient confirmer, voire renforcer la difficulté d'agir dans cette zone.

Cette situation problématique est donc riche pour comprendre la confrontation des valeurs et leurs enjeux dans ce contexte. D'abord, elle met le doigt sur la confusion face au rôle de l'organisme dans ce milieu. Ensuite, elle montre la pluralité d'interprétations possibles pour une même orientation philosophique : celle d'humanisme, puisque selon l'usager, l'action des intervenantes n'est pas assez humaniste. Même si cette « crise » peut être attribuée à de la folie ou à une crise d'angoisse, pour l'usager, la situation semble bien réelle. La décision des membres de l'organisme est tout de même prise en fonction du bien-être de l'usager, et cette valorisation vient apporter un sens à la pratique des intervenantes. La sécurité de l'intervenante qui se fait menacer sur son milieu de travail est tout autant importante pour le fonctionnement de l'organisme : la décision prend alors en compte un double enjeu de la relation d'aide, entre soi-même et les autres. Alors que les intervenantes sont soumises à des critiques tant externes, qu'internes, concernant l'orientation de réduction des méfaits (Bastien

2013), la possibilité d'expliquer et de communiquer les subtilités de leur engagement semble primordiale.

5.2.3 Interaction avec la structure ; retour du poids de la moralité séculière

« Bourdieu suggests that the most intimate dramas of social suffering are both personal and impersonal. Through their personal malaise, people come to partial consciousness of the constraints and double binds inscribed in objective structures like the labor market or the educational system (Bourdieu and Wacquant 1992, 201). [...] Searching for a margin to maneuver or, failing that, expressing their moral dismay, [they] simultaneously learn about and evaluate the structuring conditions of their work. »
(Brodwin 2013, 202)

Le moment ethnographique qui suit est l'exemple d'un malaise dont fait preuve une intervenante, ainsi que la solution apportée par l'équipe (les collègues intervenantes, d'une part, et les membres de la direction, d'autre part). Cet exemple permet d'exposer deux enjeux à la pratique d'intervention : d'abord les limites de l'action des intervenantes, puis le poids de la structure de la santé publique. En faisant référence à celle-ci pour résoudre leur impasse, l'équipe fait référence à la force de la moralité séculière. Dans cette partie nous posons la question : Que se passe-t-il quand la tentative de dialogue échoue, que la tentative des intervenantes pour être de meilleures personnes (à travers les techniques de soi décrites au chapitre quatre), aboutie à de l'angoisse, de l'agressivité et des insultes de la part des personnes qu'elles veulent aider ?

Lydia, intervenante de rue, inclue dans son parcours, un soir du mois de juillet, un passage sur une des rues du quartier, réputée être sombre et dangereuse. Là-bas, elle rencontre Nathalie, une usagère qui, à la suite de plusieurs événements, a été interdite d'accès aux sites du centre d'intervention. Les raisons étaient liées notamment à des actes de violence, qui menaçaient la sécurité de l'équipe d'intervention. Les deux solutions décrites dans les rubriques précédente, à savoir la communication puis l'interdiction des services, sont donc dépassées pour Nathalie. Cependant, grâce à la flexibilité du travail de rue, Nathalie a toujours accès au matériel, à certaines ressources et à l'écoute des intervenantes qui sillonnent les rues du quartier. Lydia rapporte alors le moment critique en réunion d'équipe, celle consacrée au vécu émotionnel des intervenantes.

Elles se retrouvent toutes les deux dans la rue, et Nathalie demande des tubes de pyrex, ceux utilisés pour fumer le *crack*. Lydia s'exécute, comme son mandat et son expérience lui indiquent. Elles entament une discussion jusqu'à ce que Nathalie commence une « crise d'autoflagellation » (notes d'observation) : Elle a dépensé tout l'argent de son aide sociale et elle se retrouve maintenant en difficulté, et demande de l'aide à l'intervenante pour se déplacer. Celle-ci la dépanne alors pour qu'elle puisse prendre les transports en commun. Nathalie le refuse, et dit préférer un accompagnement. Face au refus de la demande, l'usagère se met à insulter les services de l'organisme et le travail des intervenantes. Elle dit vouloir qu'on la respecte. Elle considère que ces dernières ne sont « pas aidantes », et menace Lydia : elle ne doit plus jamais remettre les pieds sur cette rue. La narration se termine sur la remarque de l'intervenante sur le manque de respect de l'usagère. De retour en réunion, Lydia rapporte à l'équipe un questionnement sur le bien-fondé de leur pratique : « Esti qu'on est pas aidantes! Les gens vont pas bien pis on leur donne des tubes [à crack]! » Elle dit même oublier la mission de l'organisme dans ce genre de moment. La coordinatrice lui rappelle le paradoxe de la super-héroïne (chapitre trois), que parfois même les usagères peuvent intégrer concernant les intervenantes : Souvent, les usagères voient les intervenantes comme des sauveuses lorsqu'elles vont bien, et tout le contraire quand elles vont mal. Alors que deux intervenantes soulignent le fait que le matériel, les tubes, sont aussi là pour sa sécurité, elle s'exclame : « On peut pas leur donner des tubes pis that's it! », mais selon l'équipe, elle peut. La coordinatrice lui dit même que si c'est pour sa propre sécurité, elle peut lui donner des tubes et s'enfuir en courant. La coordinatrice clinique propose donc aux intervenantes de rappeler leur mission. C'est à ce moment qu'une intervenante de soir souligne ironiquement que « dans les papiers, on donne des tubes ». Une autre intervenante propose alors de retourner sur la rue en question, accompagnée d'une collègue. Alors Lydia rectifie son problème : « J'ai pas peur de m'en manger une, j'ai juste plus envie de revivre ça. Ça me donne plus envie de travailler pis de leur donner des tubes. » L'équipe, pour clôturer la discussion, conclue alors qu'elle devrait, dans ce genre de moment, se questionner elle-même pour comprendre son état face à la personne. Pour cela, elle doit prendre une pause, du recul face à la situation. (Notes d'observation, réunion d'équipe, 10 août 2016)

Lorsque l'intervenante intervient en disant que « dans les papiers on donne des tubes », elle fait référence à la mission de santé publique, qui vise la prévention des infections transmissibles et la valorisation de saines façons de consommer. Celle-ci est mise en action par l'octroi de matériel stérile de consommation. Toutefois, tout le monde sait que leur pratique va au-delà des « papiers », et nous l'avons vu tout au long de ce mémoire : les intervenantes veulent avant tout créer des liens avec les personnes dans ce contexte.

Le choix résultant de cette discussion éthique nous indique donc un choix moral pratique dans cette impasse : valoriser la sécurité de l'intervenante. Par responsabilité collective, le groupe doit répondre de cette impasse dans cette « *ethical demand* » (demande éthique) (Zigon 2007)

apportée par Lydia, pour retourner dans leur pratique quotidienne, dans une « éthique postérieure », réfléchi et adaptée à une situation contextuelle (Ricoeur 2001).

Cette situation nous permet d'explorer d'autres limites imposées à l'action des intervenantes. En effet, quand toutes les solutions sont épuisées, c'est la sécurité de l'intervenante qui est valorisée. Ici, apparaît par le fait même les limites de la mise en acte de la valorisation du bien-être des intervenantes et leur sécurité. Alors que la crise de Patrick leur a fait questionner son comportement et la possibilité de problème de santé mentale, la décision de l'interdire des services était prise en fonction de son bien-être. Ici, la personne est déjà à la limite des services de l'organisme. La volonté de Lydia d'agir en fonction de ses idéaux se voit alors heurtée aux difficultés des relations humaines et à l'impossibilité d'établir un dialogue. Son questionnement est donc double dans ce « *moral breakdown* » (Jarrett Zigon 2007). Tout d'abord, qu'est-ce qui guide nos pratiques? Ensuite, quel est notre but moral en travaillant à l'organisme dans le contexte de souffrance dans lequel sont ancrés les usagers ? Si celui-ci est de créer un lien avec les personnes, au-delà du mandat de santé publique, au-delà « des papiers », alors comment agir avec cette personne dans un contexte où ils ne peuvent la priver du service minimal (le matériel)?

Cette impasse semble alors se résoudre par l'exigence de sécurité de l'intervenante, mise de l'avant par la présidente de réunion, en se défendant en même temps par la mission de base, par les « papiers ». Cependant, Lydia soulève ici un problème qui va au-delà d'un problème communicationnel, et vient questionner la pertinence du don de matériel de consommation, et donc, la place de la mission de la santé publique dans leur philosophie et leurs valeurs. En d'autres termes, elle questionne la place accordée à la moralité séculière et le contrôle socio-sanitaire, dans leur propre économie morale. La seule solution possible face à cette impasse est alors de se questionner soi-même, s'adapter à la situation, pour la continuité de la pratique professionnelle.

Dans ce contexte d'intervention, les intervenantes doivent alors faire un double travail sur elles-mêmes : d'une part, on leur demande de surpasser leur construits sociaux et émotionnels pour interagir avec l'autre de façon égalitaire. D'autre part, on leur demande de travailler sur leurs émotions face à l'échec de l'interaction. Comme nous l'avons vu, ces émotions sont

questionnées et rationalisées à travers les mises en place professionnelles pour le bien-être des intervenantes, la continuité de la pratique, et la chance d'atteindre leurs idéaux.

L'expérimentation de la structure se fait alors à travers les moments de doutes et de contestation de la part des intervenantes (Brodwin 2013). Cette expérimentation reflète la frustration de se confronter aux limites de leur action et des possibilités qui s'offrent à elles pour l'atteinte de leurs idéaux (*idem*) de vivre-ensemble. En effet, la valorisation de la justice sociale et la volonté d'être avec l'autre est ici heurtée à la profondeur de la souffrance et aux limites d'action des intervenantes pour résoudre cette impasse : « *The rupture allows people to reflect on the social game they are playing* » (Brodwin 2013, 202).

Cette partie a porté sur les limites de la relation à l'autre. L'expérience locale quotidienne de l'équipe d'intervention dans ce contexte permet de mettre en lumière quelques balises concernant les limites de la relation à l'autre. La première limite soulevée à travers ces différents moments ethnographiques, concerne la critique inhérente de l'aide apportée par l'intervention. Ce premier conflit trouve une solution dans la communication d'une certaine autorité de l'intervenante, qui permet la continuité de la pratique. La seconde concerne la critique interne par un usager régulier et sa confusion quant à la position des intervenantes dans le milieu. La solution est alors trouvée dans la valorisation du bien-être de l'utilisateur, en même temps que la sécurité de l'intervenante lorsque la communication semble impossible. Enfin, la rencontre de Nathalie et Lydia pose une double limite lorsqu'est questionné l'action des intervenantes sur le bien-être des usagers : le mal-être des personnes consommatrices d'un côté, et de l'autre, leur mandat de proximité, et l'impossibilité de refuser le don de matériel, financé par la santé publique. C'est cette dernière qui en vient à donner un sens à la pratique dans cette impasse ultime.

5.3 Le lien authentique : entre possibilités et limites à la liberté éthique

« Le concept d'éthos permet de dépasser les divers déterminismes (psychanalytique, matérialiste, biologistes) qui, en tant que facteurs externes, réduisent l'acteur social à un metteur en scène de normes intériorisées. Sa pertinence tient à sa capacité à saisir la dialectique entre les codes moraux appris par la socialisation et l'usage circonstancié et

réflexif qu'on en fait, entre la matrice des possibles moraux et la négociation de compromis et de combinaisons de certains de ces possibles. » (Massé 2015, 92)

Est-ce que l'intervention inspirée de la réduction des méfaits, même au communautaire, ne ferait que répondre à une logique de rendement statistique de la santé publique, par les comptes qu'il doit rendre à celle-ci ? Peut-on vraiment conclure à un langage de mise en péril à travers lequel s'opère une forme de contrôle social complémentaire aux institutions, comme l'ont proposé Nicolas Carrier et Bastien Quirion (2003)? Les réponses à ces questions nécessitent d'explorer les limites inhérentes à la pratique éthique. La liberté des sujets moraux à questionner les normes, concernant certains comportements, leur permet à la fois de poser les balises d'une contestation face à la marginalisation, et ce pour valoriser la communication et le vivre-ensemble. Cette remise en question des normes pour valoriser le bien-être et les capacités d'agir des usagers est donc tout autant cadrée de limites. Cette partie nous permet d'explorer ces limites. La première limite à la pratique des intervenantes est le poids des effets du pouvoir et du gouvernement des populations, inhérentes à la prise en charge sociale. Ensuite, les intervenantes sont confrontées à la souffrance des personnes consommatrices, avec lesquelles elles veulent créer des liens significatifs. Enfin, les possibilités de mise en action sont limitées par la dépendance même des intervenantes et de l'organisme à la santé publique, pour avoir la chance d'exercer. C'est pourquoi nous pouvons placer ces intervenantes en réduction des méfaits au cœur de l'interaction entre ces différentes forces, comme intermédiaires entre un mandat de santé publique et sa population cible.

5.3.1 L'institutionnalisation de la réduction des méfaits comme mécanisme de gouvernementalité

Dans cette première rubrique, nous nous penchons sur le discours de Louis, un usager qui a fréquenté l'organisme pendant une vingtaine d'années. À travers ce discours, nous explorons le sens qu'il accorde à la réduction des méfaits : un mécanisme de gouvernement des populations, de gestion socio-sanitaire, et de contrôle social.

« L'industrie de l'intervenante spécialisée en itinérance, ça vient d'ouvrir, enway! Esti faut qu'on crache, faut qu'on en sorte 5 000 cette année. [...] C'est une usine [l'université] tu comprends? Une usine de formation. Une usine c'est pas la conscience des choses. T'apprends à réagir de telle façon [...] Ils te mettent toutes sortes de caliss d'affaires sales dans la tête. C'est ça. [...] Y a ben du gros cash là-dedans. Comme

quand le VIH est arrivé, c'est là que c'est arrivé la réduction des méfaits. Est arrivé le phénomène du VIH. À l'époque-là, les personnes atteintes du VIH, coutaient 2 millions pis c'est ceux qui coutaient, ben ils coutaient 2 millions avant de mourir, c'était ça la réalité. Fait que le système de santé, il était pour être démolé. Là le gouvernement s'est rendu, ça a commencé c'était l'homosexualité surtout, qui était propageur. Woop là c'était rendu la toxicomanie. Ah ben tabarnak! Ça fait que là le gouvernement il s'est dit criss ils s'infectent parce que c'est les seringues. Les seringues sont pas accessibles. Bon. Fait que la la, je mets des milliards au niveau de la police, au niveau de la prison, au niveau de la justice, au niveau des thérapies, mets des milliards de dollars pis là faut que je leur donne des seringues. Hey mes lobes de l'université venez icit, làlà, vous allez me pondre quelque chose, socialo-psycho-moralo, pour justifier que malgré les milliards que je mets pour combattre la drogue, je leur donne des seringues. Autrement dit là, faut que je fasse une culbute, que je me crache dans l'trou d'cul pis j'me fie sur vous autres pour pas avoir l'air trop fou. Bon, et voilà la création de la réduction des méfaits. Telle est mon opinion [rire]. [...] Ça là, ce que je te dis, c'est profondément ce que je pense. » (Entretien avec Louis, usager de l'organisme pendant une vingtaine d'années)

Louis ne représente pas la généralité des usagers interrogés en entretien. Toutefois, cette critique apparaît dans les différents conflits avec les intervenantes, comme vu précédemment dans la critique de l'aide apportée. Ici, ce n'est pas tant les données brutes concernant l'émergence de la réduction des méfaits que nous retenons, mais le sens que Louis donne à cette approche. Son discours sert alors d'appui pour ouvrir une réflexion sur les différents niveaux d'effets de la réduction des méfaits. Il porte dans son discours toutes les nuances à apporter quant à cette approche, aux effets de son institutionnalisation, et à ces effets sur les corps.

Ce discours peut être analysé à la lumière de la théorie Foucauldienne concernant les mécanismes de gouvernement des populations marginales. Premièrement, il révèle un système de santé qui se perpétue, à travers l'institutionnalisation de l'approche de réduction des méfaits notamment. Dans le discours, c'est expliqué à travers « là le gouvernement il s'est dit 'criss, ils s'infectent parce que c'est les seringues' ». Il résume ici le rôle de la propagation du VIH et l'urgence de santé collective comme enjeux de l'institutionnalisation de l'approche. Cette dernière serait donc légitimée par l'intégration de l'économique dans le politique. (Foucault 2004) En effet, Louis aborde ici le coût de prise en charge des personnes atteintes du VIH.

Ce discours nous permet donc d'aborder la question des mécanismes de gouvernementalité qui émergent d'une décision politique et qui se perpétuent à travers des institutions comme les universités. Les intervenantes sont donc l'extension de ces mécanismes dans le modèle de

Louis, puisqu'elles sont formées dans ce qu'il nomme « l'industrie de l'intervenante spécialisée en itinérance ». Rappelons par le fait même l'importance qu'accorde Foucault aux disciplines académiques. Ces dernières intègrent ce schéma dans les objets de savoirs et leurs effets. Louis décrit ici les disciplines comme des industries répondant à la demande. Il révèle ainsi les effets du gouvernement des savoirs (Foucault [1977-1978] 2004) et soulève la question de la professionnalisation de la relation d'aide en réduction des méfaits : la profession d'intervenante ne serait-elle qu'un produit de l'industrie universitaire pour perpétuer un domaine d'emploi qui permet à la fois un équilibre économique et une méthode de contrôle socio-sanitaire?

Dans la perspective de cette analyse foucauldienne, l'institutionnalisation de la réduction des méfaits peut en effet être considérée comme répondant à une logique de contrôle socio-sanitaire « comme si le pays avait à gérer une épidémie d'insectes quelconques, résistants aux insecticides traditionnels » (Carrier 2003, 71). De plus, l'organisme participerait aux trois niveaux de contrôle de régulation des méfaits sociaux entourant l'usage de drogues : d'abord les intervenantes favorisent l'auto-contrôle en valorisant la gestion de la volonté des personnes usagères, de leur émotions, et de leur consommation, et ce, pour développer « la capacité de l'individu à gérer de façon autonome sa pratique psychotrope, par l'application des schèmes de connaissances pratiques acquis dans l'interaction avec son environnement » (Quirion et Bellerose 2007, 36). Ensuite, le contrôle social se poursuit par le rôle que tiennent les intervenantes comme intermédiaires aux institutions par les « normes sociales et culturelles qui viennent encadrer les pratiques psychotropes, dans la volonté de les maintenir à un niveau le moins dangereux » (*ibid*, 37) : par les mises en place de prévention, et la promotion de dépistages. Concernant les femmes enceintes consommatrices, les intervenantes négocient le niveau le moins dangereux pour l'enfant qui viendra au monde. La femme usagère agira ainsi selon sa volonté, mais devra assumer la décision de la protection de l'enfance.

Enfin, l'*empowerment* apparaît ici comme une façon d'être et d'agir dans un entre-deux, c'est-à-dire que la personne, par exemple une femme enceinte prise dans les démarches de la protection de l'enfance, devra faire un choix, entre se soumettre à la norme de « bonne famille », ou répondre de la logique institutionnelle et technocratique et perdre son enfant, qui

ira en famille d'accueil (Quirion et Bellerose 2007). Certaines usagères ont bien conscience de cette issue et l'acceptent.

Toutefois, il nous faut, une fois les effets des mécanismes perçus, en déceler les failles et les niches de résistance, car ce sont dans ces niches que se cachent les mécanismes de changements.

5.3.2 *Lumpen abuse* : les effets sur le corps

Dans ces mécanismes de pouvoir qui influencent leurs actions quotidiennes, les intervenantes ont conscience du contexte proche qui les entoure (désert alimentaire, manque de logement sociaux, gentrification, stigmatisation, manque de structure communautaire), et affirment leurs idéaux dans un contexte de « *lumpen abuse* ». Les deux chercheurs en anthropologie médicale, Jeff Schonberg et Philippe Bourgois décrivent et exploitent ce concept dans le cadre de recherches sur les politiques publiques concernant la dépendance toxicomaniaque :

« Our theorization of abuse sets the individual experience of intolerable levels of suffering among the socially vulnerable (which often manifests itself in the form of interpersonal violence and self-destruction) in the context of structural forces (political, economic, institutional, cultural) and embodied manifestations of distress (morbidity, physical pain, and emotional craving. » (Bourgois et Schonberg 2009, 16)

À travers ce concept, les auteurs replacent donc la souffrance individuelle des défavorisés dans une interaction entre des forces structurales et leurs manifestations sur les corps. En effet, la confrontation entre Nathalie et Lydia, explorée plus en amont à ce chapitre, faisait suite à la crise de cette même Nathalie, quelques jours auparavant. L'explication donnée à ces crises était souvent une crise entre les effets de la dépendance et des problèmes liés à la structure : elle culpabilisait d'avoir dépenser son argent de l'aide sociale dans la consommation ce mois-ci, et angoissait de se retrouver de nouveau dans la rue, car elle ne pouvait plus payer son loyer (chapitre trois). Nathalie subit alors (dans un sens relatif quant à ses choix de vie, mais lourdement influencée par) l'obsession à la substance et les difficultés économiques qui l'accompagnent. Par responsabilité envers les populations vulnérables, les intervenantes agissent au nom du bien-être de ces populations vulnérables, mais en misant sur les forces de ces dernières et refusant souvent le qualificatif de victimes à leur égard.

L'émergence de la problématisation de la toxicomanie dans les sociétés occidentales contemporaines a été à plusieurs reprises attribuée à leurs contextes socio-économiques. C'est ce qui permet d'accorder à la toxicomanie une explication liée aux forces structurales. Aux États-Unis, par exemple, les conditions de vie des consommateurs de *crack* peuvent être rattachée à la libéralisation du marché de l'immobilier aux États-Unis dans les années 1980. Ce moment correspond en effet à la montée en flèche de la consommation de crack parmi les populations les plus pauvres (Bourgois et Schonberg 2009). Certains auteurs définissent d'ailleurs l'arrivée de la déviance de consommation de substances psychotropes comme émergente des sociétés industrielles tournées vers l'individualisme (Bibeau et Perreault 1995). La consommation autrefois réservée à des moments ritualisés, se serait tournée vers une consommation individuelle et un abus de cette dernière. D'autres pourront comparer la toxicomanie avec la dépression et les décrire comme des pathologies des sociétés modernes prônant à la fois la performance, la réalisation de soi, et créant de la culpabilisation (Ehrenberg 2003). Anthropologues, sociologues, et même psychosociologues, mettent la main à la pâte pour défendre une telle affirmation :

« C'est parce que notre culture est si fortement axée sur la réalisation et la responsabilité individuelle que tant de gens ont le sentiment de ne pas être à la hauteur » (Peele [1982] dans Suissa 2009, 94).

De plus, l'approche psychosociale¹⁹, dont s'inspire la réduction des méfaits, prend en considération plusieurs facteurs, dont l'interaction de l'individu avec son environnement pour expliquer la dépendance. Jacob Amnon Suissa, chercheur à l'École de travail social à l'UQÀM, s'intéresse aux dépendances et aux processus d'intervention et explique :

« Certaines personnes peuvent développer des dépendances pour des raisons liées à l'environnement : chômage, contexte de pauvreté, faiblesse des liens sociaux, etc., d'autres s'adonneront à l'abus de substances ou d'activités comme des stratégies pour

¹⁹ « Le premier de ces groupes de facteurs est la souffrance psychique [...] Le second groupe comprend les facilités addictives de l'environnement [...] Enfin, le troisième groupe de facteurs concerne les compétences addictives personnelles, qui renvoient à d'autres caractéristiques de la personnalité et physiologiques [...] » (Loonis et Peele 2000, 5)

confronter des conditions d'aliénation, de santé mentale, de troubles identitaires, etc. »
(Suissa 2009, 100)

Alors, d'abord la dépendance toxicomaniaque en situation de pauvreté est en lien avec les forces structurales dans lesquelles elle s'inscrit, et doit être comprise comme telle. Au niveau individuel, c'est le corps de la personne consommatrice qui est envahi par les symptômes de cette consommation. À la violence structurelle de la valorisation de la performance et de l'individualité, se mêle la violence qu'elle peut s'infliger à elle-même par la force de la dépendance (Bourgois et Schonberg 2009). Louis parle d'une « obsession ». En effet, il critique la volonté d'apprendre aux personnes à gérer leur consommation : « Tu me diras comment gérer mon obsession si t'en as jamais eu! » (Entretien avec Louis, ex-consommateur de cocaïne par injection pendant plus d'une dizaine d'années). Souvent attachés au quartier depuis plusieurs années, ces consommateurs ne peuvent être dissociés du contexte socio-historique dans lequel ils s'inscrivent, sans toutefois n'être rattachés qu'à cela. C'est en faisant face à ces réalités, ce contexte socio-économique et de dépendance, que les intervenantes essaient de concilier leurs idéaux de vivre-ensemble, avec la réalité qui les entoure, et les limites de leur profession. Alors, du côté des intervenantes, un immense travail est fait pour s'adapter à la réalité de vie des consommateurs du quartier. La profession indique les limites à poser quant au bien-être des intervenantes dans ce chemin vers une vie morale et conforme à leurs idéaux. Elle ne doit pas *se brûler*, faire un « *burn out* » (d'où toutes les mises en place pour que les intervenantes aillent bien : prendre de la distance, réunion d'équipe, accompagnement par les superviseuses). Elles donnent alors un sens éthique à cette pratique. Nous pouvons toutefois remarquer la frustration de Lydia car elle sait qu'elle peut empirer la situation de Nathalie en lui donnant juste du matériel, sans le support moral qui l'accompagne. Mais ce support est limité, par l'éthique et la mission de santé publique : elle ne peut refuser de lui donner du matériel et juste essayer de lui parler. Elle est donc bien face à une double limite : le mal-être de Nathalie qui subit la force de son obsession, et le mandat de la santé publique qui obligent l'intervenante à lui procurer du matériel. Nous pouvons alors nous demander si les besoins de la santé publique passent vraiment avant le bien-être des usagers? Loin de cantonner cette réflexion sur les limites déterministes du social et de la hiérarchie, ici nous devons souligner l'importance du lien social qui se crée à un niveau microsocial.

5.3.3 Les intervenantes intermédiaires au rendement de la santé publique ?

Cette rubrique décrit les intervenantes comme agissant entre plusieurs forces concrètes dans le quotidien de la pratique. D'abord, l'omniprésence des statistiques. Celles-ci sont critiquées par les intervenantes dans le quotidien comme pesantes et contraignantes (voire inutile), mais apparaissent aussi comme succès lorsque mobilisées auprès d'instances officielles. Plus concrètement, ces statistiques sont montées à partir du nombre de dépistage recensé parmi la population ciblée. Ces dépistages sont promus à la fois pour la continuité de la recherche en santé publique, mais aussi pour la santé et le bien-être des usagers au quotidien. Par le fait même, de façon parallèle mais aussi complémentaire, les intervenantes tiennent à cœur la création de liens authentiques. Elles favorisent et mettent en action une responsabilité morale et sociale, autant qu'un lien humain et un certain vivre-ensemble. Enfin, cette rubrique montrera comment un même groupe, une même communauté morale, peut partager et défendre plusieurs orientations morales en interaction. D'après une anthropologie des moralités et des éthiques, ces orientations représentent autant de moments de soumission, de négociation que de résistances aux différentes forces normatives.

Pour les besoins de la santé publique et le bien-être des usagers : l'exemple des statistiques et du dépistage

Les intervenantes ne peuvent se permettre de perdre leurs liens, par leurs idéaux de vivre-ensemble, tout comme les idéaux de la mission qui les guide²⁰. Comme le rappelle Priscillia, ce lien est ce qui « prime sur tout le reste » (entretien avec Priscillia). Outre la norme de pratique telle qu'énoncée par les intervenantes, cette nécessité se reflète à travers ce qu'elles nomment comme des succès (Brodwin 2013) et participe aussi à l'éthos de l'intervention communautaire à double tranchant. Un des succès de l'équipe d'intervention est défendu notamment lors des assemblées générales annuelles qui permettent la défense de leur

²⁰ Une mission financée par plusieurs bailleurs de fonds gouvernementaux s'occupant de la santé collective, à plusieurs niveaux, régionaux, provinciaux et fédéraux. C'est ce qui fait d'elle une mission de santé publique, comme énoncé dans le chapitre deux.

bilan d'activité. Ce succès est révélé à travers les statistiques : l'augmentation du nombre de visites et de seringues distribuées et récoltées.²¹ De plus, les intervenantes, dans leurs objectifs d'intervention, vont préférer miser sur les micro-impacts qui peuvent être repérés sur le long-terme, plutôt que des résultats concrets. Ce nombre de visites participe par le fait même à la reconnaissance de la pratique :

« Quand je travaillais au carrefour Jeunesse [...] on était évaluées sur le nombre de personne qui avait pas décrochées ou qui étaient retournées à l'école. C'est là-dessus qu'on avait nos sous, t'sais. Là on a nos sous sur le nombre de visites. Donc plus les gens viennent nous voir, plus on a de l'allure, on est reconnues pour notre travail. Mais c'est pas du tout une quête de résultat de quelque chose. » (Entretien avec Stéphanie, intervenante depuis environ une année à l'organisme)

Cet objectif est donc déterminant pour la continuité de l'organisme. Les intervenantes sont donc engagées à répondre à des statistiques qui détermineront le financement dont l'organisme bénéficiera. Les résultats visés par les bailleurs de fond de la santé publique ne sont donc pas d'ordre individuel pour changer un individu à la fois. Ils portent plutôt sur une totalité, un effet sur un groupe, une population cible.

Ensuite, les membres de l'organisme se font réclamer des chiffres (nombres de seringues distribuées, nombre de seringues récupérées, dépistages effectués). L'information passe par la directrice générale, qui la relaie à son équipe :

« Le chef de service qui me disait '[...] l'infirmière ne fait pas assez de dépistages.' J'fais ben ça c'est vos commandes. Moi je t'ai jamais dit que l'infirmière ici, en tout cas, si tu pensais qu'elle avait un rendement de dépistage à faire, c'est pas ça qu'on fait nous ici. C'est peut-être pas le besoin de la population, de se faire dépister. C'est peut-être notre besoin, en tant que professionnel, que les personnes se fassent dépister. Mais qui est un besoin bien réel. Alors comment on fait pour amener les gens aux dépistages ? Donc, à ton infirmière, c'est par la présence de ton infirmière, par l'action communautaire, par sa disponibilité, sa proximité, et on va y arriver, à tes chiffres de dépistage. Mais laisse-nous faire le parcours de proximité. Alors, ça aussi, l'institution, s'accapare du mot proximité et savent même pas ce que ça veut dire. La proximité ça veut pas dire d'offrir un service pis d'avoir un rendement face à ce service-là, la proximité, ça veut dire être avec. Donc être avec, c'est à tout moment un p'tit peu. En souhaitant, je pense, que ton approche le vit bien, [...] c'est-à-dire c'est ta présence qui

²¹ Ces statistiques se retrouvent dans le bilan d'activité 2015-2016. La référence n'est pas citée car elle contient le nom de l'organisme et celui-ci est protégé par la confidentialité.

fait en sorte que les gens, à un moment donné, s'intéressent à ce que tu fais. » (Entretien avec la directrice)

Le discours ici énoncé par la directrice est immensément intéressant pour comprendre la position intermédiaire qu'ont les intervenantes de l'organisme, mais aussi celle qu'a la directrice. Les dépistages sont en effets une priorité de santé publique. Ceux-ci, notamment auprès des consommateurs de drogues par injection (UDI), permettent la poursuite et la précision des études entourant la prévention des ITSS, et plus précisément du VIH (Virus d'immunodéficience humaine) et du VHC (virus de l'hépatite C) (Leclerc 2016; Public Health Agency of Canada 2014). Par son rôle de direction et les tâches qui lui sont associées, notamment la gestion des ressources de financement, la directrice est amenée à s'adapter au langage des institutions, et à jongler avec les mots. Alors que celles-ci lui parleront « d'efficacité » ou de « rendement », la directrice préfère parler « d'action communautaire » et de « présence ». Elle se situe alors elle-même « entre les défis de financement et les défis sur le plancher et dans la rue » (entretien avec la directrice générale). Alors, pour les institutions en collaboration avec la santé publique, le besoin de chiffres concernant les dépistages est « bien réel », tout comme les besoins financiers de l'organisme.

Encore une fois, ce sont les « objets valorisés » (Massé 2015) qui diffèrent. Le moyen d'y arriver est ici priorisé par la valorisation de la proximité avec les usagers, pour qu'ils « s'intéressent à ce que tu fais » (entretien avec la directrice) et en s'opposant à la valorisation du rendement et de l'efficacité. Ici intervient par le fait même l'orientation d'*empowerment* de l'organisme, qui veut aussi donner le pouvoir aux personnes qui fréquentent l'organisme d'avoir accès à des soins adaptés à leurs besoins. Ici, elle souligne donc la prise de distance que prennent les employées de l'organisme face aux orientations de la santé publique. En effet, dans les interactions du quotidien, la question du dépistage sera souvent amenée, sans pour autant être systématique ni redondante. Elle est alors mise de l'avant, encore une fois, pour le bien-être des usagers, et leur droit d'avoir accès à un traitement si besoin est. L'action de justice sociale et donc double ici : la justice pour les personnes du quartier, qui ont des risques « bien réels » d'avoir des maladies graves, et justice pour la collectivité que défend la santé publique. Le rôle de l'organisme ici est alors double. Par l'action des intervenantes au sein du quartier, et les objectifs de rendement auquel répond l'organisme, ce dernier n'agirait pas uniquement pour les personnes du quartier, mais à la fois pour la population en général.

Le lien social : entre engagement professionnel et engagement humain

Bien que répondant à des impératifs d'ordre administratif, les intervenantes créent de réels contacts humains au sein de leur pratique. Bien que ceux-ci soient appris, guidés, interprétés, pour correspondre à la réalité des personnes qui fréquentent l'organisme, elles ont un effet indéniable sur les usagers. Nous pouvons nous pencher en particulier sur ceux qui créent des liens d'affinité avec les intervenantes. En effet, alors que les objectifs de recherche ont été orientés pour correspondre davantage à la réalité observée au quotidien de cet organisme, ce sont bien les liens sur le long terme qui ont été privilégiés à l'étude (chapitre deux). Un de ces liens a été tissé avec Louis. Cet usager soulève un paradoxe intéressant. En effet, Louis, qui a fréquenté l'organisme pendant une vingtaine d'années, avait tendance à livrer le discours le plus engagé politiquement sur la réduction des méfaits parmi les usagers interrogés. Son discours est particulièrement critique de l'institutionnalisation de la réduction des méfaits. Mais il est aussi un des usagers réguliers de l'organisme qui a le plus d'attache avec certaines intervenantes. Alors qu'il était atteint d'une hépatite C qui a évolué en cancer généralisé, il a refusé la chimiothérapie et a choisi les soins palliatifs, et de se faire accompagner vers la mort par les intervenantes de l'organisme. Cet accompagnement a d'ailleurs fait partie des objectifs de certaines intervenantes avec lui durant l'été de la collecte de données. Pendant les heures d'observations, j'ai d'ailleurs pu remarquer les discussions de l'une d'elles avec Louis. D'un point de vue extérieur (en contexte d'observation) il semblait s'agir de discussions informelles et anodines entre deux personnes qui prennent des nouvelles l'une de l'autre. Lorsque je questionne l'intervenante concernée, celle-ci me parle des objectifs d'intervention simples qui étaient visés à chaque rencontre, concernant ses doses de morphine, ainsi que son état de santé général. Elle m'explique ensuite qu'après coup, cette discussion informelle et cordiale était catégorisée dans les fiches d'intervention en tant que « conseil médicaux ». En effet, ces fiches d'intervention participent à l'élaboration des statistiques concernant les actions posées. L'accompagnement vers la mort semble ici se faire à la fois de façon informelle et cordiale dans l'interaction entre l'intervenante et l'utilisateur, et en même temps de façon formelle par la catégorisation d'objectifs d'intervention à des fins

statistiques.²² L'intervention s'inscrit ici en termes de projet d'accompagnement, guidé par la volonté de l'usager. Une autre intervenante avait par exemple pour objectif d'apaiser l'usager quant à sa mort à venir et notamment dans sa relation avec les autres usagers. En somme, ces rencontres, comme observées sur le terrain, qui semblent sans but, sont en fait mobilisées par les intervenantes comme autant de moment d'agir et des occasions de créer des liens, en même temps qu'elles sont génératrices de statistiques concernant une population cible.

Entre possibilités et limites, le rapport humain ici est indéniable. L'exemple de Louis est un des plus flagrant puisqu'il représente le paradoxe entre la conscience de l'usager du contrôle social qui entoure la réduction des méfaits, mais aussi l'attachement de celui-ci avec les intervenantes du centre. Il existe en effet une véritable reconnaissance de la part des usagers pour l'existence même de l'organisme et les services qu'il rend aux personnes, au niveau de leur santé, mais aussi celui de la défense de leur droit pour des impasses de leur quotidien, notamment des abus de pouvoir, comme le profilage policier. Cette reconnaissance est parfois déclamée par quelques usagers, lors des événements officiels comme leur assemblée générale annuelle. Outre quelques critiques, la plupart des usagers interrogés affichent clairement un discours de reconnaissance envers l'organisme.

Alors comment négocier, encore une fois, la conscience des effets de gouvernement et de contrôle, la critique des effets des institutions, et le lien humain et l'aide apportée au quotidien ? À la lumière de ce que l'on peut comprendre du travail quotidien d'intervention, on remarque plusieurs niveaux de pratiques en interaction : D'abord, la direction se bat quotidiennement pour la reconnaissance de ce travail, auprès des bailleurs de fonds d'une part, (dont la santé publique est la principale actrice) et auprès du réseau institutionnel de la santé, d'autre part. La santé publique a besoin de chiffres, de données sur les besoins d'une population cible, pour des raisons de santé collective (propagation VIH/ITSS). Elle demande notamment un rendement au niveau des dépistages. Les intervenantes se trouvent alors en posture d'intermédiaires. Elles sont inspirées de leurs propres construits personnels, leur conception du juste et du bien-être. Leur profession, à travers la direction et les collègues, leur

²² Par ailleurs, quelques intervenantes se retrouvaient parfois devant une impasse concernant la catégorie à remplir qui correspondait le mieux à ce qu'elles avaient vécu avec une personne usagère.

apprend à agir en fonction de ce milieu particulier. Elles adhèrent alors aux valeurs de l'organisme, et au travail moral à faire, pour intervenir et pour garder le lien avec les personnes. Les intervenantes sont aussi face aux usagers, à des vies concrètes, qui cherchent de l'aide, de l'écoute, de la présence dans des réalités de dépendance toxicomaniaque. Elles y répondent comme elles peuvent, entre les limites de la profession et la logique de rendement de la santé publique.

Le *care* comme logique des possibilités

Nous proposons dans cette rubrique de rapprocher la pratique des intervenantes d'une logique du soin, en agissant à la frontière entre les limites de la profession, de la structure, et de la dépendance. Cette logique résulterait alors d'une combinaison de limites et de possibilités.

En s'inspirant de Annemarie Mol (2008), chercheuse en anthropologie médicale à l'Université d'Amsterdam, nous pouvons nous pencher sur le *care* comme un processus d'adaptation aux personnes. En effet, Mol compare la *logic of care* avec la *logic of choice*, et explique chacune d'elles par rapport aux valeurs et actions qu'elles véhiculent. En effet, elle explique la prédominance de la *logique du choix* dans le domaine de la santé, en remontant à la philosophie des Lumières, qui a amené, au fil des années et des siècles, à défendre l'autonomie, la liberté individuelle, puis *l'empowerment*. En somme, ces valeurs néo-libérales se sont étendues jusqu'au système médical contemporain. Cette logique implique de rendre l'individu seul responsable de son sort, malgré le manque réel de choix. En opposition, la *logique du soin*, explique-t-elle, s'applique lorsque les personnes n'ont pas vraiment de choix. Elle propose de prioriser le lien humain et de s'adapter sans cesse à l'autre.

La définition de cette logique correspondrait alors avec celle qui guide la pratique des intervenantes. Face à plusieurs limites posées à leurs actions et leur liberté éthique, elles appliqueraient une solution microsociale face aux limites de la dépendance, de la profession et des forces structurales du système de santé. Alors qu'elles sont limitées dans leurs *choice*, elles s'orienteraient vers le *care*, à leur niveau d'action. Dans son ouvrage, Mol se concentre sur une maladie chronique et se questionne quant à la possibilité d'élargir sa *logic* à d'autres sphères (2008).

L'utilisation du *care* dans le contexte étudié reviendrait alors à prendre soin des gens, face à l'incertitude d'un changement, sachant que les intervenantes en viennent à travailler avec une certaine conception de l'espoir concernant le bien-être des usagers. Cet espoir (porté par un nouvel emploi, un départ de la ville, l'arrêt de la consommation par exemple) se heurte souvent à des échecs. Par ailleurs, Angela Garcia, chercheuse en anthropologie de la Stanford University, ose le parallèle avec le travail de Mol (2008) en proposant la dépendance toxicomaniaque comme un phénomène chronique. Dans sa recherche concernant une clinique de désintoxication au Nouveau-Mexique (2010), Garcia en vient à considérer les trajectoires liées à la dépendance comme relevant d'une certaine chronicité : « Like drugs themselves, the framework of chronicity risks altering its own causality by insisting on a schema of return and repetition, whereby each return recapitulates a sense of inevitable demise » (Garcia 2010, 15). Alors, quelle serait la valeur du choix dans une dépendance chronique et physique (Garcia 2010) ? Nous proposons ici de parler du choix des usagers, mais aussi du choix d'action des intervenantes pour permettre un réel changement face aux instances de pouvoir. Plus encore, nous pouvons parler des limites au choix quant au sens donné à leur pratique et aux comportements des usagers. Face à ces limites, les intervenantes se rabattent sur le soin comme pratique particulière.

De plus, en s'intéressant aux trajectoires de plusieurs personnes dépendantes à l'héroïne, Garcia considère aussi ces dernières comme soumises au poids des institutions. Elle explique en effet l'influence des décisions fédérales sur ces trajectoires. Lorsqu'elle aborde la fermeture du centre au cœur de sa recherche, au profit d'une structure inspirée de la *harm reduction*, elle explique que le soin des personnes dépendantes reviendrait entre les mains de la famille et de la communauté proche. Ceci résulterait de la décentralisation et la privatisation des services de soin de santé aux États-Unis.

« It is well-known that the twin processes of devolution and privatization have shift responsibility for health care from the public to the most intimate domains of family and community, which are expected to perform even larger roles with regard to the provision of care. Overdose prevention training and needle exchange exemplify this shift. As practices of "harm reduction," they represent practical strategies that seek to reduce the negative consequences of heroin use, namely, overdose and dirty needles. But these strategies, while important, are not inclusive forms of care; rather, they are the bare minimum. » (Garcia 2010, 193)

Ainsi, les services typiques issus de l'institutionnalisation de la réduction des méfaits (atelier de prévention, échange de seringues) renforcent le besoin des communautés restreintes pour accompagner les personnes dans ce processus. Les services de bases financés par le système de santé nécessitent donc une pratique en plus, un soin, à proximité des personnes, pour les accompagner dans leur vie.

La dépendance toxicomaniaque doublée d'une situation de pauvreté et de marginalité amène les intervenantes à répondre, par leur profession, de la meilleure façon possible pour un meilleur vivre-ensemble.

Interaction des orientations morales : entre normalisation et niche de résistance

Au sein de la moralité séculière véhiculée par le système de santé, prédominante et exerçant un pouvoir décisif sur la poursuite de l'intervention dans ce « monde social », nous sommes aussi face à l'interaction de plusieurs orientations morales dans un mouvement dialectique, entre résistance et soumission (Massé 2015).

L'adhésion des intervenantes aux valeurs normatives de l'organisme oriente leur pratique et fait office de moralité déontologique. Cette dernière, est mise en action à travers le travail éthique individuel et collectif de l'équipe d'intervention. Ce travail éthique leur permet d'adopter une position d'adaptation face à la moralité séculière de la prévention (chapitre trois) puisque c'est à travers des normes de prévention de santé qu'elles créent du lien et conteste le pouvoir institutionnel. Ensuite, à travers leurs discours et leurs actions, les intervenantes revendiquent leur identité et justifient leur pratique auprès des institutions, en étant ancrée dans le milieu et auprès des personnes du quartier. Elles démontrent ainsi une résistance face à une moralité séculière qui priorise la santé collective et le contrôle des populations à risque stigmatisées (chapitre quatre). Cette résistance est ancrée dans l'existence même de la communauté morale en contexte urbain. En d'autres termes, l'équipe d'intervention s'engage à être responsable collectivement envers une population vulnérable. Ensuite, dans la remise en question que font les intervenantes pour être de meilleures intervenantes et de meilleures personnes, c'est avec leurs propres construits sociaux de sens commun qu'elles sont en négociation (chapitre quatre), ainsi que lorsque surgit des questionnements concernant la mission (chapitre 5). Cette négociation devient soumission à la

moralité séculière lorsque la relation est dans une impasse, où le lien ne suffit pas. En effet, ce que les intervenantes veulent, c'est créer des liens sociaux locaux, autant qu'avoir, pour elles-mêmes, un emploi et un soutien économique. Lorsque les liens avec les usagers échouent dans leur quête d'idéal moral, les intervenantes se rabattent alors sur le saisissable (Kleinman 1999) : la mission de la santé publique.

Ceci nous permet de proposer que l'institutionnalisation d'une approche, ou de principes, ne se fait donc pas forcément à partir de l'entreprise morale propre à seul groupe exerçant un pouvoir, contrairement à ce qu'apportait notamment Howard S. Becker (Outsiders 1955) qui proposait que la normalisation sur un comportement partirait d'une entreprise de moralisation d'instance de pouvoir, guidée par quelques individus. Au contraire, ou du moins en complément, l'établissement de normes de pratique, ou de principes de sens commun, s'opère à l'intersection entre un moment propice, qui peut permettre la mise de l'avant d'intérêts de petits groupes marginaux à un instant T (groupes de défenses des droits consommateurs + VIH), dans lesquels se retrouvent les intérêts d'instances de pouvoir (santé collective – santé publique, VIH). Chaque niveau d'interaction y trouve son compte (les intervenantes intermédiaires) tout en subissant la hiérarchie de pouvoir qui se reproduit malgré tout dans le même schéma. Les hiérarchies se reproduisent donc, à coup de formations, de protocoles, de comptes à rendre, de manque de financement. On demande des statistiques, ce qui freine l'action communautaire et la possibilité pour ses membres de reprendre totalement un pouvoir décisionnel qui puisse dépasser leur niveau d'action. Malgré les mises en place de réflexion constantes de l'équipe d'intervention, le temps mis à remplir des statistiques, résoudre des problèmes pratiques quotidiens liés aux demandes des instances de pouvoir dont elles dépendent, prend sur leur temps pour agir et imposer leurs normes de vivre-ensemble. En ce sens les intervenantes s'emparent d'une identité contestataire inhérente à leur pratique, et constante, par leur façon de faire, opposée au réseau institutionnel. Les différentes instances de santé imposent leurs normes, tout en se battant elles-mêmes, en contestation avec les instances qui les dépassent. Les actrices qui les composent peuvent autant s'identifier en figures contestatrices, à leur niveau. Et la roue tourne, toujours dans le même sens, et devient spirale, au fil des générations, par l'action quotidienne : les niches de pouvoir contestataires.

À un autre niveau, ce sont les principaux bailleurs de fonds gouvernementaux qui régissent la finalité des actions au quotidien et au local. Ceci entraîne une normalisation par la dépendance qu'a l'organisme envers ces institutions qu'il critique. Cette dépendance est à la fois un partenariat, une façon de fonctionner en collaboration, en reconnaissant le travail de l'un et l'autre. Comme vu précédemment dans la critique de plusieurs auteurs, l'approche gouvernementale de la réduction des méfaits n'aurait d'autres effets que le contrôle d'une population cible, consommatrice de drogue, et vecteur de risque pour la santé collective. Nous pouvons même parler de « gestion socio-sanitaire » (Carrier 2003). La base militante pour les droits des personnes consommatrice aurait donc été réappropriée par des instances de pouvoir gouvernementales qui assurent un certain contrôle des populations (*idem*), et pour ainsi dire, un certain contrôle des niches de résistance. Dans le cas étudié, la force moralisatrice de la science et des statistiques, portée par les institutions, rend bien les acteurs du communautaire dépendants de ces bailleurs de fonds. La contestation des différents membres de l'organisme est toutefois permanente et nécessaire, pour la liberté des sujets éthiques, qui, près de la réalité des personnes, œuvrent au quotidien pour défendre leur bien-être, en se détachant de leurs propres construits et en tendant le plus possible vers ceux des personnes qui fréquentent l'organisme. Cette technique de soi est à la fois louable, comme elle perpétue la dépendance et le système normatif dans lequel elle s'inscrit. Toutefois, la force dialectique qui s'opère entre résistance et soumission, entre normalisation et innovation, permet une réflexion constante, et reste créatrice de normes au quotidien.

Synthèse du Chapitre 5

Ce chapitre a permis d'explorer les balises d'un certain éthos d'intervention, qui puisse nous renseigner sur la reproduction d'un système de normes. La construction de cette norme de pratique se fait notamment en référence à des balises du juste, de l'injuste, de l'acceptable et du répréhensible.

Dans une première partie nous avons vu que la pratique des intervenantes s'inscrit dans un contexte particulier, qui balise leur conception du juste et de l'injuste. Par des idéaux de responsabilité à l'égard d'une population *vulnérable*, ces deux balises jouent le rôle de critères éthiques normatifs. C'est dans ce contexte que les intervenantes, par leur pratique de

proximité, tentent d'établir un lien authentique avec les usagers. Il a été vu précédemment que ce lien doit être défini et « cadré » par les intervenantes.

La deuxième partie montre donc comment ces relations entre intervenantes et usagers mènent parfois à des impasses. En se penchant sur les balises de l'acceptable et du répréhensible concernant ces impasses, nous rencontrons certains enjeux de la relation à l'autre. En rationalisant leur ressenti face à des comportements jugés agressifs, elles parviennent à établir un sens qui correspond à leur rôle professionnel et leur engagement dans le milieu. En effet, les décisions prises concernant ces conflits sont principalement expliquées au nom du bien-être des usagers. Toutefois, la communication est ici une pièce maîtresse dans la résolution des conflits. D'abord, car le dialogue est primordial pour faire cheminer l'autre vers son bien-être (Chapitre quatre). Ensuite, car en expliquant leur façon de mettre en pratique leurs orientations morales (l'humanisme par exemple), elle permet la continuité de la pratique. Enfin, lorsque la communication est impossible et qu'une intervenante s'interroge concernant leur mission de bien-être, la discussion en équipe résulte en la référence à la mission de la santé publique. Celle-ci devient alors l'explication locale la mieux saisissable sur le moment. La moralité séculière de la santé publique peut donc être concrètement mobilisée comme guide de pratique, lorsque le lien et la communication échouent.

C'est ce constat qui nous a amené à la troisième partie. Dans celle-ci nous délimitons la pratique des intervenantes dans un système plus large qui les influence. Alors que plusieurs écrits se penchent sur les effets négatifs de l'approche de réduction des méfaits, notamment concernant le contrôle socio-sanitaire institutionnel qu'elle génère, nous proposons ici une autre application de l'approche. Nous avons en effet souligné quelques effets de l'institutionnalisation de l'approche : contrôle des populations marginales et reproduction de celui-ci à travers les formations universitaires en intervention. Pour mieux comprendre ces effets sur les personnes consommatrices en situation de pauvreté, nous utilisons le concept de *lumpen abuse* : ces effets influencent leur perception d'elles-mêmes et leurs comportements avec les autres. Les intervenantes essaient donc de concilier leurs idéaux de vivre-ensemble avec la réalité qui les entoure, et les limites inhérentes à leur profession. Nous avons donc été amenés à considérer les intervenantes comme intermédiaires au rendement de la santé publique. Dans les discours officiels, les membres de l'organisme défendent en effet leurs

statistiques, notamment sur le nombre de dépistages. Alors que leurs actions semblent aller au-delà du mandat de santé publique, l'utilité de ces derniers est défendue dans les micro interactions pour le bien-être des usagers, et à un niveau *mezzo*, pour l'amélioration de la recherche en santé publique. En prenant en considération l'influence de ces différentes forces sur la pratique des intervenantes, nous avons aussi proposé d'inscrire cette dernière dans la logique du *care*, en s'inspirant des réflexions de Annemarie Mol (2008) et de l'expérience de terrain de Angela Garcia (2010).

L'engagement professionnel qu'elles prennent dans le quartier est donc bien réel au niveau des micro interactions. Les liens tissés à ce niveau permettent le lien humain. Ils existent techniquement grâce au mandat de la santé publique. Les intervenantes agissent donc en interaction entre différentes orientations morales, entre résistance à certaines et soumission à d'autres, dans un mouvement dialectique et selon les circonstances. Elles reproduisent un système normatif tout en voulant l'améliorer par leurs tentatives de mettre en action au quotidien leur version des valeurs de la réduction des méfaits et du service social. Elles sont à la fois normalisées, normalisantes, et résistantes.

Conclusion

En tant qu'exercice académique de recherche, ce mémoire de maîtrise était centré sur le travail des intervenantes communautaires en contexte de pauvreté et de dépendance toxicomaniaque. En s'intéressant de près au vécu de cette profession par les différentes actrices d'un organisme particulier, nous nous sommes intéressés aux sens qu'elles accordent à leurs actions. Ces différents sens ont été d'autant plus intéressants qu'ils s'insèrent dans l'interaction avec un système plus large : celui de la relation d'aide dans un contexte de réduction des méfaits, puis celui encore plus large de la prise en charge sociale du problème que pose la dépendance toxicomaniaque. Les différents chapitres ont présenté différents niveaux d'analyse qui interagissent au quotidien selon les situations rencontrées par les actrices du milieu.

Pour se faire, le questionnement initial a été inséré dans un contexte académique foisonnant : celui de la réduction des méfaits en intervention sociale. Nous avons ensuite exposé les différentes inspirations théoriques, puis la littérature sur le sujet (chapitre un). Ceci a permis d'enchaîner avec la méthodologie de recherche (chapitre deux). La question de recherche et les objectifs particuliers nous ont guidé tout au long de l'étude et participent à la structure même du mémoire. La question de départ a servi de base à la recherche et a fait émerger plusieurs enjeux : Quelles sont les valeurs promues au sein de l'équipe d'intervention ? Les principales valeurs sur lesquelles nous nous sommes penchés dans le cadre de cette recherche sont à la fois attachées à l'approche de réduction des méfaits et au champ du service social. En se penchant sur les processus de réflexion et d'actions, la présente recherche est présentée de façon fragmentée, mais tente de rendre compte des différentes forces en interaction dans la complexité de l'action communautaire.

Le chapitre trois répondait au premier et deuxième objectifs intermédiaires : le premier était de repérer les valeurs officielles dont se dote l'organisme, et la façon dont elles sont articulées dans les discours de la direction et de l'équipe d'intervention. Le deuxième objectif était de faire le lien entre les valeurs prioritaires à l'analyse et leur mise en pratique.

Les valeurs officielles qui caractérisent cet organisme, relèvent de la solidarité et de l'humanisme. Elles se déclinent en plusieurs orientations prioritaires quant à la relation à

établir avec les usagers. En effet, les intervenantes, et par extension l'organisme, doivent créer des liens à tout prix, en valorisant la proximité, l'accueil sans jugement moral, et la tolérance des comportements. Ce sont des priorités d'action, mais portées comme valeurs puisqu'elles servent de référence dans les impasses, et sont amenées à être défendues par les membres de l'organisme. Elles servent donc de repères au travail des intervenantes et nécessitent un ajustement quotidien au niveau microsocial. Le niveau d'implication dans ces valeurs (en tant qu'orientations prioritaires) dépend en même temps du contexte professionnel. Nous avons en effet vu que ces valeurs permettent aux intervenantes de partager le quotidien des usagers, mais impliquent aussi un travail immense pour le maintien du lien avec ces derniers. Ce travail fait tantôt appel à une conception pragmatique de la santé des personnes, et tantôt à une volonté profonde du bien-être des personnes qui fréquentent les services. En s'intéressant à cette priorité du lien, nous avons toutefois remarqué un paradoxe à la profession d'intervenantes. En effet, à travers la cohésion d'équipe, la profession apprend à donner un sens à la pratique en même temps qu'à limiter ce lien social. Pour les intervenantes, cette limite est principalement expliquée par la charge émotionnelle que le lien implique dans ce contexte. Toutefois, il a été remarqué que cette limite permet aussi le renforcement du rôle professionnel des intervenantes et celui de la pratique d'intervention au sens large. Le groupe joue donc un rôle important dans l'adhésion par les intervenantes à ces différentes valeurs. La cohésion d'équipe fait alors partie intégrante des valeurs de l'organisme : elle aide à cadrer la place que doivent prendre les intervenantes dans la vie des usagers, elle aide à comprendre les limites à cette relation, à donner un sens à la pratique, en plus de créer des espaces de réflexions collectives.

Le troisième objectif consistait en l'exploration des paradoxes moraux que soulève l'adhésion à de telles valeurs, à partir d'une étude de cas, discutée à la lumière de l'engagement moral que prennent les intervenantes. Il a fait l'objet du quatrième chapitre.

Dans ce chapitre, nous avons remarqué un paradoxe dans le discours des intervenantes concernant un cas précis : les femmes enceintes. En croisant plusieurs types de données, à savoir le discours sur la bonne pratique, le ressenti sur le moment, puis la façon de défendre cette pratique, nous avons remarqué plusieurs moments du processus de normalisation des intervenantes. En mettant de l'avant leurs orientations prioritaires et leur norme de pratique,

les membres de l'équipe d'intervention ont tendance à se positionner en opposition aux normes institutionnelles. Elles accordent alors un certain sens à la pratique institutionnelle, et un autre à la leur. En s'en détachant, elles veulent offrir une alternative non discriminante aux usagères. En explorant différentes valeurs entourant le cas de la femme enceinte dans le champ du service social, nous avons ensuite constaté que la pratique de l'organisme était particulière et relevait d'un certain relativisme moral pratique, philosophique, et méthodologique. En appliquant ce relativisme, les intervenantes ne portent a priori aucun jugement moral sur les usagers. Ce relativisme sert surtout à établir un lien avec les personnes du milieu et les accompagner vers les institutions. Elles s'engagent donc aux côtés des usagers. Alors, en agissant différemment, les intervenantes ne s'opposent pas aux valeurs portées par les institutions, mais font preuve d'une manière alternative de mettre en action les mêmes valeurs : le bien-être et les capacités d'agir (*empowerment*). Elles ont, de plus, un rôle d'intermédiaire à la norme institutionnelle, face à laquelle les intervenantes, pour le bien-être de l'enfant comme de la femme qui le porte, espèrent qu'elle fera le bon choix. Cette pratique d'intervention est tournée vers l'usager et est orientée vers la communication pour guider ce dernier dans une réflexion sur lui-même. Pour la mettre en action, les supervisions personnelles jouent un rôle important. De plus, par volonté d'engagement et de reconnaissance, les intervenantes sont elles-mêmes amenées à effectuer un travail sur elles-mêmes. En effet, pour mettre en actions les valeurs auxquelles elles adhèrent, elles opèrent une réelle négociation morale entre leurs propres construits socioculturels (et émotionnels), leurs idéaux, et la mission de l'organisme. L'action du groupe dans ce processus est encore une fois primordiale, et aide à déterminer le rôle de l'intervenante dans ce genre d'accompagnement. En parlant de son ressenti et en l'expliquant par rapport à ce rôle, une intervenante parvient à donner un sens à ses actions. De par les différents espaces à leur disposition, mais aussi la proximité avec le milieu, les intervenantes disposent d'un certain exercice de liberté éthique : elles réfléchissent à comment agir au mieux avec l'autre, pour le maintien de leurs liens. Comme toute liberté, elle est aussi bordée de limites : celles de la structure sociale de prise en charge de la santé collective (santé publique).

Enfin, le quatrième objectif a été exploré au chapitre cinq. Il s'agissait de comprendre comment se reproduit un système de normes morales dans un contexte d'intervention communautaire en santé publique.

Ce chapitre a permis de placer le travail des intervenantes dans un contexte davantage macrosocial. Ce qui se passe au quotidien de l'action est une pièce du casse-tête incontournable pour la critique de la réduction des méfaits. Alors que plusieurs auteurs se questionnent sur la mise en action de cette approche et de ses subtilités dans le quotidien de la pratique, d'autres critiquent son institutionnalisation et ses effets sur les contrôles sociaux de populations marginalisées. Conscientes des difficultés des personnes qui fréquentent les services de l'organisme, les intervenantes s'impliquent dans cette communauté morale pour tenter de changer les choses, un jour après l'autre. En tentant d'appliquer ces idéaux, elles sont aussi confrontées à la réalité des relations humaines et leurs limites, qui les touchent profondément. La résolution de ces conflits a tantôt révélé la critique des usagers face à la profession d'intervenante, tantôt leur malaise face aux frontières floues du relativisme moral. Ces deux problèmes ont été résolus à travers le renforcement identitaire de la profession d'intervenante et du sens donné à leur pratique : le bien-être des usagers. Toutefois, une situation limite révèle aussi la force de la moralité séculière lorsque le lien et le dialogue échouent. Par ailleurs, à ce moment-là, c'est la sécurité de l'intervenante, et donc son bien-être, qui est mis en jeu et constitue une réponse à cette impasse. Ces résolutions s'inscrivent dans des forces structurales, entourant à la fois la relation d'aide en réduction des méfaits, et à la fois les personnes consommatrices elles-mêmes. Entre les deux, les intervenantes font le choix d'agir, au nom du lien social. Elles sont normalisées et n'empêchent pas le fonctionnement d'un système global. Elles font toutefois parties des niches de résistance, et pour cela sont prêtes à surpasser leur propre expérience personnelle qui a construit leur vision de la consommation, de la vente de stupéfiants, de la prostitution et de la marginalité. Ce faisant, par leurs actions quotidiennes, les intervenantes de l'organisme étudié perpétuent une logique du *care*, comme logique des possibilités face aux différentes limites qui les influencent.

La reproduction d'un système de normes morales dans ce contexte se reproduit donc dans l'expérience quotidienne, dans un contexte précis, en apprenant à donner un sens précis

aux actions et aux décisions prises concernant la relation à l'autre. Dans ce contexte, plusieurs objectifs sont primordiaux : la préservation du lien avec les personnes qui fréquentent l'organisme, la défense de ces dernières face à la stigmatisation, mais aussi pouvoir expliquer leur rôle dans une zone floue. Se détachant des façons de faire institutionnelles, les intervenantes prennent à cœur la défense et la reconnaissance de leur pratique particulière : elles ne font pas qu'obéir au mandat de la santé publique, elles créent du lien humain avec une population marginalisée. Seulement parfois, lorsqu'elles touchent à la limite de leur liberté éthique, elles doivent se résoudre à faire un choix. Orientées par les différents mécanismes professionnels de l'organisme, elles préfèrent agir dans une logique de soin. Elles restent toutefois intermédiaires à la moralité séculière qui privilégie le contrôle socio-sanitaire.

Pour la suite, beaucoup de portes peuvent encore être ouvertes. Par exemple, sur la perception des intervenantes de la part des usagers, et des modalités qui les font adhérer à l'économie morale de prévention, ainsi que la façon de se l'approprier. La volonté d'engagement de ces derniers dans le milieu d'intervention est tout autant fascinante, ainsi que les impasses qui se trouvent sur leur chemin pour s'approprier ce rôle d'intervenant. Leur vision de l'intervention qu'ils feraient auprès des travailleuses du sexe, notamment, pourrait apporter un regard très intéressant sur le sens qu'ils accordent à leur pouvoir d'agir dans le milieu. Un mémoire entier sur le thème de l'*empowerment* pourrait, je pense, être fait. Enfin, dans la continuité d'une perspective Foucauldienne, une étude de l'influence des différentes formations disciplinaires sur la conception de la consommation de drogue serait très intéressante.

Le mot de la fin doit aller à celles et ceux qui m'ont ouvert leurs portes et qui m'ont permis de scruter leur pratique. Tout en ayant essayé autant que possible de décrire, déconstruire et prendre sous un autre angle ce qui semble aller de soi, j'espère avoir été juste. Le but était en effet de faire entendre la voix de celles et ceux qui, jour après jour, sont confrontés à une réalité qui ne peut être qu'imaginée par la plus grande partie de la population canadienne, alors qu'elle est pourtant si proche. L'anthropologie est déjà très présente dans le milieu de l'intervention sociale, en aidant, recherche par recherche, à renseigner au mieux les modes de vie des personnes les plus marginalisées. Se faisant, l'anthropologie leur donne une voix. Les personnes consommatrices sont alors entendues, ce qui permet de s'adapter à celles-

ci et faire perpétuer une pratique que l'on veut adaptée à leurs besoins. C'est ici la voix des intervenantes que j'ai tenté de faire valoir. Ces personnes qui passent à l'action en embrassant une profession qui se vit quotidiennement. Ces personnes qui, dans ce système, et par idéal de justice, sont prêtes à déconstruire leurs expériences et leurs émotions. Rappelons par le fait même le manque de reconnaissance et le manque de ressources financières des organismes communautaires, qui parfois mène à une instabilité de ressources humaines parmi les équipes pourtant soudées et portées par des réflexions constantes sur la réalité proche qui les entoure.

Bibliographie

- Arthur, Kleinman. 2006. *What Really Matters: Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*. MyiLibrary. New York; Oxford: Oxford University Press. <http://www.myilibrary.com?id=53465>.
- Bacqué, Marie-Hélène. 2006. « En attendant la gentrification : discours et politiques a la Goutte d'Or (1982-2000), Waiting for gentrification: discourses and policies in Goutte d'Or (1982-2000). » *Sociétés contemporaines* no 63 (3): 63-83. <https://doi.org/10.3917/soco.063.0063>.
- Barnett, Laura. 2014. « La prostitution au Canada : obligations internationales, droit fédéral et compétence provincial et municipale (Étude générale) ». Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada.
- Bastien, Robert. 2013. « Réduction des méfaits, critique interne et régimes différenciés de prévention ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*, 129-56. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.
- Becker, Howard Saul. 1985. *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Observations. Paris: Ed A-M Métailié.
- Bellot, Céline, Jacinthe Rivard, Céline Mercier, Jean Fortier, Véronique Noël, et Marie Cimon. 2006. « Le projet d'intervention par les pairs auprès des jeunes de la rue du centre-ville de Montréal: une contribution majeure à la prévention ». Rapport de recherche déposé au collectif des pairs.
- Bernheim, Emmanuelle, et Claire Lebeke. 2014. « De la mère « normale ». Normes, expertises et justice en protection de la jeunesse ». *Enfances, Familles, Générations*, n° 20: 109-27. <https://doi.org/10.7202/1025332ar>.
- Bibeau, Gilles, et Marc Perreault. 1995. *Dérives Montréalaise : À travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier de Hochelaga-Maisonneuve*. Boréal.
- Bourgeault, Guy. 2003. « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation: Peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? » *Nouvelles pratiques sociales* 16 (2): 92-105. <https://doi.org/10.7202/009845ar>.
- . 2013. « Préface ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques*, IX-XVII. Québec, Qc: Les Presses de l'Université Laval.
- Bourgois, Philippe, et Jeff Schonberg. 2009. *Righteous Dopefiend*. Berkeley: University of California Press.
- Brisson, Pierre. 1997. *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. [Montréal]: Comité permanent de la lutte à la toxicomanie.

- Brodwin, Paul. 2013. *Everyday Ethics: Voices From the Front Line of Community Psychiatry*. University of California Press.
- Bruneau, Julie, Élise Roy, Nelson Arruda, Geng Zang, et Didier Jutras-Aswad. 2012. « The Rising Prevalence of Prescription Opioid Injection and Its Association with Hepatitis C Incidence among Street-Drug Users ». *Addiction* 107 (7): 1318-27. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03803.x>.
- Campbell, Nancy D., et Susan J. Shaw. 2008. « Incitements to discourse: Illicit drugs, harm reduction, and the production of ethnographic subjects ». *Cultural anthropology* 23 (4): 688–717. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1548-1360.2008.00023.x/full>.
- Canguilhem, Georges. 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Cardi, Coline. 2007. « La « mauvaise mère » : figure féminine du danger ». *Mouvements* 49 (1): 27-37. <https://doi.org/10.3917/mouv.049.0027>.
- Carr, E. Summerson. 2011. « Qualifying the Qualitative Social Work Interview: A Linguistic Anthropological Approach ». *Qualitative Social Work* 10 (1): 123-43. <https://doi.org/10.1177/1473325009359389>.
- Carrier, Nicolas. 2003. « Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits ». *Déviance et Société* 27 (1): 59-76. <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2003-1-page-59.htm>.
- Carrier, Nicolas, et Bastien Quirion. 2003. « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites: la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation ». *Drogues, santé et société* 2 (1). <http://www.erudit.org/revue/DSS/2003/v2/n1/007181ar.html>.
- Chambon, Adrienne. 2003. « Une « intervention théorique » pour interroger le quotidien : Foucault et les pratiques de travail social ». *Nouvelles pratiques sociales* 16 (2): 80-91. <https://doi.org/10.7202/009844ar>.
- Choinière, Denis, Byron Rogers, et Murray Kaiserman. 2007. « Concepts liés à la réduction des méfaits dans la lutte au tabagisme ». *Drogues, santé et société* 6 (1): 317-36. <https://dx.doi.org/10.7202/016951ar>.
- Colle-Plamondon, Maya. 2014. « Le lien intervenant-jeune en unité de réadaptation : de la relation d'aide à l'alliance thérapeutique dans un contexte d'autorité ». Mémoire de M.A., Montréal: Université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10662>.
- Colombo, Annamaria. 2010. « Jeunes à risque ? Sens des pratiques dites à risque et sortie de la rue ». *Criminologie* 43 (1): 155-70. <https://doi.org/10.7202/044055ar>.

- De Montigny, Marie-Josée. 2006. *Unis dans l'action: plan d'action interministériel en toxicomanie*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Des Jarlais, Don C., Samuel R. Friedman, et Thomas P. Ward. 1993. « Harm reduction: a public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users ». *Annual Review of Public Health* 14 (1): 413-450. <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.14.050193.002213>.
- Dutil, Jocelyn. 2012. « Le goût de Montréal : regard sur la notion de désert alimentaire ». *Pour*, n° 215-216: 377-83. <https://doi.org/10.3917/pour.215.0377>.
- Ehrenberg, Alain. 2003. *Le culte de la performance*. Paris: Hachette littératures.
- Fallu, Jean-Sébastien, et Pierre Brisson. 2013. « La réduction des méfaits liée à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*, 106-27. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.
- Fassin, Didier. 2010. « Les économies morales revisitées ». *Annales*. 2009 (6): 1237.
- Fernandez, Fabrice. 2014. « La morale du shoot. Responsabiliser les injecteurs de drogues? » *Anthropologica* 56 (1): 205-16. <https://muse.jhu.edu/journals/anthropologica/v056/56.1.fernandez.html>.
- Foucault, Michel. 1982. « Le sujet et le pouvoir ». In *Dits et écrits II. 1976-1988*. Éditions Gallimard.
- . 1983. « Usage des plaisirs et techniques de soi ». *Le Débat* 27 (5): 46. <https://doi.org/10.3917/deba.027.0046>.
- . 2004. *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*. Hautes études. Paris: Seuil : Gallimard.
- Garcia, Angela. 2010. *The Pastoral Clinic: Addiction and Dispossession Along the Rio Grande*. University of California Press.
- Gauthier, Sonia, Catherine Bolduc, Marie-Eve Bouthillier, et Lyse Montminy. 2013. « L'utilisation de l'approche de réduction des méfaits auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence conjugale ou qui y retournent : enjeux éthiques liés à la tolérance ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques*, 159-87. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.
- Gillet, Michaël, et Serge Brochu. 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): 79-139. <http://id.erudit.org/iderudit/012601ar>.

- Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec, et Richard Cloutier. 2005. *La récupération des seringues et des aiguilles usagées: une responsabilité à partager : rapport et recommandations*. Québec: Santé et services sociaux, Direction des communications.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-322-01.pdf>.
- Hatsukami, Dorothy K., Jack E. Henningfield, et Michael Kotlyar. 2004. « Harm Reduction Approaches to Reducing Tobacco-Related Mortality ». *Annual Review of Public Health* 25 (1): 377-95. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124406>.
- Heintz, Monica. 2013. « Introduction : Why there should be an anthropology of moralities ». In *The anthropology of moralities*, 1-19. New-York: Berghahn.
- Johnson, Lisa. 2017. « Drug overdoses claim unprecedented 922 lives in B.C. in 2016 ». CBC News. 2017. <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/overdose-death-statistics-2016-1.3941224>.
- Kleinman, Arthur. 1999. « Moral Experience and Ethical Reflection: Can Ethnography Reconcile Them? A Quandry for “the New Bioethics”. » *Daedalus* 128 (4): 69-97. <http://www.jstor.org/stable/20027589>.
- Laidlaw, James. 2002. « For an Anthropology of Ethics and Freedom ». *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 8 (2): 311-32.
- Lakoff, Andrew, et Stephen Collier. 2004. « Ethics and the Anthropology of Modern Reason ». *Anthropological Theory* 4 (4): 419-34.
- Le Breton, David. 2012. *L'interactionnisme symbolique*. Paris: PUF.
- Leclerc, Pascale. 2016. « Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection: Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014 ». Institut national de santé publique du Québec. <http://deslibris.ca/ID/10050978>.
- Lévesque, Julie, Centre de santé et de services sociaux du Grand littoral, et Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (Québec). 2007. *Guide de pratique sur le retrait du milieu familial et le placement d'un enfant dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Sainte-Marie: Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
<http://www4.banq.qc.ca/pgq/2007/3334192.pdf>.
- Lévesque, Paul-André. 2013. « Usage politique de l'approche de réduction des méfaits et du principe de tolérance dans les stratégies québécoises de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique: enjeux éthiques et politiques*, 73-103. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.

- Loonis, Éric, et Stanton Peele. 2000. « Une approche psychosociale des addictions toujours d'actualité ». *Bulletin de psychologie* 53 (janvier): 215–224. https://www.researchgate.net/publication/288895116_Une_approche_psychosociale_des_addictions_toujours_d%27actualite.
- Lussier, Véronique, et Mario Poirier. 2000. « La vie affective des jeunes adultes itinérants: de la rupture à la hantise des liens ». *Santé mentale au Québec* 25 (2): 67–89. <http://www.erudit.org/en/journals/smq/2000-v25-n2-smq1323/014452ar/abstract/>.
- Marlatt, G. Alan. 1996. « Harm reduction: Come as you are ». *Addictive Behaviors, Addiction '96 « Treatment Across The Addictions*», 21 (6): 779-89. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00042-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1).
- Massé, Raymond. 2003a. « Introduction ». In *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*, 1-14. Sainte-Foy, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- . 2003b. « Promotion de valeurs et processus de moralisation ». In *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, 359-80. Sainte-Foy, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- . 2009a. « Anthropologie des moralités et de l'éthique: Essai de définitions ». *Anthropologie et Sociétés* 33 (3): 21. <https://doi.org/10.7202/039679ar>.
- . 2009b. *Les groupes communautaires comme espaces moraux*. Chicoutimi: J.-M. Tremblay. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030163550>.
- . 2013a. « Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits: de l'utilitarisme à la justice sociale ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique: enjeux éthiques et politiques*, 41-70. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.
- . 2013b. « L'approche de réduction des méfaits au défi de la tolérance ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique: enjeux éthiques et politiques*, 3-15. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.
- . 2015. *Anthropologie de la morale et de l'éthique*. Québec, Qc: Presses Université Laval.
- Massé, Raymond, et Isabelle Mondou. 2013. *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique: enjeux éthiques et politiques*. Presses de l'Université Laval.
- Mauss, Marcel, et Émile Durkheim. 1920. « Introduction à la morale ». *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger* 89: 79-97.
- Mol, Annemarie. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.

- Mondou, Isabelle. 2013. « De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences ». In *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*, 19-40. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.
- Morissette, Pauline, Marielle Venne, Suzanne Dessureault, Geneviève Turcotte, Chantal Lavergne, Marie Galarneau, et Patricia Géraldes. 2010. « Parentalité, drogues et alcool : un défi d'intervention ». présenté à Présentation lors du Colloque Enfanter le Monde (2010).
- Ninacs, William. 1995. « Empowerment et service social : approches et enjeux ». *Service social* 44 (1): 69-93. <https://doi.org/10.7202/706681ar>.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 1995. « La politique du terrain ». *Enquête. Archives de la revue Enquête*, n° 1 (octobre): 71-109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>.
- Parazelli, Michel. 2002. *La rue attractive: parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*. Vol. 5. PUQ.
- Park, Robert Ezra. 1952. « The urban community as a spatial pattern and a moral order ». In *Human communities : the city and the human ecology*, 165-77. Glencoe, III: Free Press.
- Poirier, Mario. 1996. « La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants ». *Cahiers de recherche sociologique*, n° 27: 87-97. <https://doi.org/10.7202/1002358ar>.
- Poupart, Jean. 2011. « Tradition de Chicago et interactionnisme: des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance ». *Recherches qualitatives* 30 (1): 178–199.
- Public Health Agency of Canada. 2014. « Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012). » http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/liste_hebdomadaire/2015/electronique/w15-05-U-F.html/collections/collection_2015/aspc-phac/HP40-4-3-2014-fra.pdf.
- Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, et Jean Boudreau. 2005. « Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes: normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux ». Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Quirion, Bastien, et Charles Bellerose. 2007. « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment1 ». *Sociologie et sociétés* 39 (1): 29-50. <http://id.erudit.org/iderudit/016931ar>.
- Rhéaume, Jacques. 2007. « Éthique et altérité : de quelle éthique et de quelle altérité? » In *Éthique de l'altérité*, 19-38. Presses Université Laval.
- Ricoeur, Paul. 2001. « De la morale à l'éthique et aux éthiques ». In *La Juste* 2, 55-68. Paris: Éditions Esprit.

- Roy, Elise, Nelson Arruda, Eric Vaillancourt, Jean-Francois Boivin, Carole Morissette, Pascale Leclerc, Michel Alary, et Philippe Bourgois. 2012. « Drug Use Patterns in the Presence of Crack in Downtown Montréal ». *Drug and Alcohol Review* 31 (1): 72-80. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00299.x>.
- Seguin, Anne-Marie. 2003. « Les quartiers résidentiels fermés: une forme ségrégative qui menace la cohésion sociale à l'échelle locale dans les villes latino-américaines? » *Cahiers de géographie du Québec*. 47 (131): 179-99.
- Sen, Amartya. 2009. *The Idea of Justice*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.
- St-Amand, Nérée. 2003. « Interventions opprimantes ou conscientisantes? » *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire* 9 (2): 139-62. <https://doi.org/10.7202/011094ar>.
- Suissa, Amon Jacob. 2009. « « Du concept d'addictus au processus de dépathologisation : la richesse psychosociale du concept de dépendance selon Stanton Peele » ». *dans Drogues, santé et société* 8 (2): 75–108.
- Toufik, Abdalla. 1997. « Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues | Anne Coppel ». Anne Coppel. 1997. <http://www.annecoppel.fr/les-groupes-dauto-support-dusagers-de-drogues/>.
- Zigon, Jarrett. 2007. « Moral breakdown and the ethical demand: A theoretical framework for an anthropology of moralities ». *Anthropological Theory* 7: 131-50. http://www.academia.edu/4844103/Moral_breakdown_and_the_ethical_demand_A_theoretical_framework_for_an_anthropology_of_moralities.
- . 2010. « *HIV is God's Blessing* »: *Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*. Berkeley: University of California Press.