

Section thématique 22: Les formes contemporaines de la biopolitique: États, «nouvelle santé publique» et politiques publiques

Paul-André Lévesque, Ph. D.

Chercheur post-doctoral

IRIS Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux

Sciences sociales, politique, santé

CNRS-INSERM-EHESS-Université Paris 13

Courriel: paul-andre.levesque@videotron.ca

Axe 2 : Comparaisons nationales et internationales

Lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues et réduction des méfaits au Québec: gouverner par la tolérance dans la société contemporaine

Introduction

Le concept de réduction des méfaits (RM)¹ a vu le jour dans les années 1920 en Grande-Bretagne, suite aux recommandations du Comité Rolleston (Riley, 1993, 1994). Formé de médecins, ce comité considérait qu'il valait mieux fournir des drogues illégales pour que le toxicomane puisse continuer à mener une vie utile, plutôt que de le punir. Il constatait en même temps les limites des actions exigeant l'abstinence complète et considérait qu'il était plus approprié, dans certaines circonstances, de faire preuve de tolérance.

Si la RM s'est institutionnalisée sur la base d'enjeux et de temporalités différentes selon les pays (Kubler, 2000; Hudebine, 2001a; Berridge, 1999, 1993; Riley, 1994; Riley *et al.*, 1999; Erickson, 1999; Bergeron, 1999; Brisson, 1997), l'apparition du VIH a été un événement déclencheur de son extension à l'échelle internationale et d'une reconfiguration de l'action en direction des usagers-ères de drogues vers le secteur de la santé publique, y

¹ Plusieurs appellations sont utilisées pour décrire cette approche de prévention des risques individuels : réduction des méfaits, réduction des risques, minimisation des risques, etc. Toutefois, au Québec, c'est principalement le terme *réduction des méfaits* qui est utilisé, dans les documents officiels, chez les promoteurs de l'approche ainsi que dans le discours des intervenants-es. Il doit être considéré dans le présent texte comme équivalent à celui de *réduction des risques (RDR)* utilisé en France.

compris au Québec.

Ainsi, plusieurs auteurs ont interprété ce changement comme l'amorce d'une rupture à l'égard des stratégies d'intervention centrées sur l'interdit et considérés ces transformations comme caractéristiques de l'émergence d'un nouveau rapport aux drogues axé sur le «vivre avec les drogues». C'est le cas en particulier en France. Pour Ehrenberg (1996, 1998), le VIH a rendu nécessaire le développement de politiques de RM qui remettraient en cause le consensus sur la prohibition. Les différents rapports produits dans les dernières années en France montrent que la distinction entre produits licites et illicites repose sur des bases scientifiques douteuses et proposent la dépénalisation de l'usage des drogues. Les frontières entre le licite et l'illicite tendraient à se brouiller et la signification de l'interdit deviendrait floue. Le nouvel idéal normatif qui émerge serait celui de la mesure, c'est-à-dire la maîtrise des risques individuels associés à l'usage de drogues (Ehrenberg, 1996; Garapon, 1996).

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

S'il est tout à fait juste de considérer que la RM constitue une nouvelle grammaire à travers laquelle la régulation de l'usage de drogues est envisagée (Carrier et Quirion, 2003), l'idée selon laquelle son développement favoriserait une rupture à l'égard de l'horizon d'une «société sans drogue» est plus incertaine. Une ambiguïté persiste: d'un côté, le développement de la RM aurait eu comme effet d'instaurer une rupture à l'égard de l'idéal normatif d'une société sans drogue et, de l'autre côté, les logiques d'intervention resteraient difficiles à concilier, les institutions «fortes» (droit pénal, etc.) visant l'éradication des drogues posséderaient toujours un capital de légitimité dans la lutte contre la drogue (Faugeron et Kokoreff, 2002). De plus, l'éradication de l'offre de drogues illicites par la répression du crime est toujours à l'agenda politique des pays occidentaux, aucun pays ne l'a encore légalisé et mis en place des systèmes légaux d'encadrement de sa production et de sa distribution, comme c'est le cas pour les autres psychotropes (alcool, médicaments, etc.).

Il est inutile d'insister sur le fait que, malgré le développement de la RM, les lois prohibitionnistes n'ont jamais été abolies. De plus, dans les faits, les ressources investies dans la lutte contre la drogue restent largement marquées par l'idéal normatif d'une société sans drogue, du moins au Canada. À titre indicatif, sur les 368 millions \$ dépensés dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue pour 2004-2005, 90% (332 millions \$) ont été

utilisés pour l'application de la loi, le traitement de la toxicomanie et la prévention primaire. Seulement 2.6% (10 millions \$) a été accordé pour des programmes de réduction des méfaits. Le reste (7% : 25 millions \$) a été alloué à la recherche sur l'usage de drogues (Réseau juridique canadien, 2006).

Dans la même perspective, un regard rapide sur les données se rapportant aux infractions pour usage de drogues montre que les taux restent élevés, même si les peines tendent à se diversifier et à se faire moins sévères. Selon les données déclarées par la police, le taux global d'infraction relatif aux drogues a augmenté de 42% entre 1992 et 2002 au Canada, en pleine période de développement du discours de RM. Même si les taux d'infraction pour l'héroïne et la cocaïne ont diminué respectivement de 28% et de 12%, les infractions relatives au cannabis ont augmenté de 81% pour cette période, principalement au chapitre de la possession (Statistique Canada, 2004). Selon les données collectées par Statistique Canada (2004), la principale transformation semble se réaliser au niveau de la sanction. En effet, les peines imposées semblent moins sévères pour la possession de drogues que pour le trafic. Seulement 12% des personnes trouvées coupables en 2001-2002 pour possession ont eu une peine d'emprisonnement alors que c'est le cas de 42% de celles trouvées coupables pour trafic. Toutefois, l'amende a été la sanction pour 57% des cas de possession et pour seulement 20% des causes de trafic. Une peine de probation a été infligée pour 28% des causes de possession et pour 30% des causes de trafic. Par conséquent, sur le plan juridique, l'interdit constitue toujours la norme dominante à travers laquelle est pensé le rapport à ces drogues dans les sociétés actuelles, même si l'on peut constater une légère tendance à favoriser un traitement administratif plutôt que pénal dans les cas de possession de drogues sans récidive.

De plus, comme nous le verrons, si l'abstinence n'est plus toujours posée comme une exigence *a priori* d'accès aux services de santé, elle constitue néanmoins la finalité ultime des dispositifs de RM, dans un continuum allant de la minimisation des risques à l'abstinence en passant par la promotion d'un usage approprié (CPLT, 1999). L'idéal type d'une société sans drogue est donc toujours présent dans le champ de la santé, même si les actions par lesquelles on envisage d'y parvenir tendent à se diversifier.

Ces indications suffisent pour montrer que, malgré le développement de la RM et malgré un certain nombre d'inflexions dans les discours de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie, l'État poursuit toujours un idéal d'une société sans drogue. Bien que les promoteurs de l'approche de RM la présentent généralement comme une alternative au modèle prohibitionniste, elle s'institutionnalise au sein de l'État simultanément aux dispositifs répressifs et thérapeutiques et ne remet pas pour autant en cause l'existence de ces derniers, même si ceux-ci subissent un certain nombre d'ajustements (plus grande tolérance, sanction administrative plutôt que pénal, etc.). Schématiquement, on peut dire

que la RM s'ajoute aux autres dispositifs² sans pour autant les faire disparaître et cohabite plutôt bien avec ceux-ci même si elle est en apparence contradictoire avec ceux-ci.

Le présent texte a dans cette perspective comme objectif de présenter quelques résultats de recherche permettant de mieux comprendre les enjeux inhérents au développement de la RM dans un contexte de maintien du prohibitionnisme. Notre postulat théorique de base est que, malgré des contradictions apparentes au plan sémantique, la RM s'appuie sur un principe (tolérance) qui n'est pas contradictoire avec celui (interdit) à la base du prohibitionnisme. La tolérance suppose par définition l'interdit. Par conséquent, si la RM repose sur la reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues (sociétés avec drogues) et qu'elle propose des actions visant la minimisation des risques individuels («vivre avec les drogues»)³, elle trouve son intelligibilité au sein de l'État prohibitionniste à travers ce que le principe de tolérance sur lequel elle s'appuie offre comme possibilité de mise en oeuvre de moyens d'action de régulation des pratiques d'usage de drogues, c'est-à-dire l'accès à l'espace de liberté des usagers-ères de drogues illicites d'une part, et la mise en place d'action favorisant leur émancipation à l'égard des risques selon une logique propre au néo-libéralisme d'autre part (Quirion et Bellerose, 2007).

La RM fait entrer l'action à l'égard des usagers-ères de drogues dans le registre de la gestion des risques et son objectif est bien sûr celui de réduire ou de minimiser les risques. Toutefois, à partir du moment où un tel constat est formulé, la question est moins de savoir si elle constitue un nouveau paradigme que d'identifier les justifications à partir desquelles elle trouve sa légitimité et le type de régulation qu'elle favorise. La première partie du texte vise dans cette perspective à identifier les justifications inhérentes au développement de la RM dans les politiques de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie. On verra que ce n'est pas tant la remise en cause de l'idéal normatif d'une société sans

² Le modèle Suisse à quatre piliers (répression du commerce, prévention primaire, offre thérapeutique diversifiée et réduction des dommages/aide à la survie (Kubler, 2000)) est sans doute un bon exemple d'un modèle de politique à l'égard des drogues où la RM s'est ajoutée aux autres dispositifs sans pour autant remettre en cause l'idéal normatif d'une société sans drogue. L'éradication de l'offre, la prévention primaire de même que le maintien de dispositifs thérapeutiques visant l'abstinence montrent qu'on est très loin d'un modèle fondé sur le «vivre avec les drogues», comme c'est le cas par exemple pour l'alcool ou pour les médicaments psychotropes qui font l'objet de législations leur conférant un caractère licite. Cette situation est encore plus accentuée en France où la RM ne constitue pas seulement une politique ou un programme, mais un référentiel qui a été inscrit au sein même de la loi de santé publique sans pour autant susciter une réforme de la loi de 1970 jugée comme une des lois les plus répressives en matière de lutte contre la drogue.

³ Comme nous le verrons, le «vivre avec les drogues» dans le discours de RM est construit selon une logique de prévention des risques au plan individuel, même s'il est reconnu que la prohibition et les conditions sociales et normatives de l'usage de drogues (précarité sociale, exigence de performance propre à la société actuelle, etc.) constituent les plus importants facteurs de risque et que, dans ces conditions, ce type prévention offre des possibilités de changement social bien limité (Hankins, 1997).

drogue qui est en jeu, mais la nécessité de faire face aux dangers associés à l'usage de drogues, ceux-ci sont de plus en plus construits dans le discours comme une menace pour la sécurité sanitaire, sociale, économique, etc. La deuxième partie est consacrée à l'analyse des logiques discursives à travers lesquelles la RM a favorisé une reconfiguration de l'action en direction de l'usage et des usagers-ères de drogues. On verra que si cette reconfiguration fait entrer l'action dans le registre de la gestion des risques, elle s'appuie néanmoins sur un principe (tolérance) qui ne relève pas tant de la gestion des risques que de la gouvernamentalité libérale. Nous soutiendrons l'idée que le développement de la RM dans ces politiques relève plus d'une sociologie du libéralisme (au sens foucauldien du terme) que d'une sociologie du risque: c'est sur la base d'une logique d'action propre à la gouvernamentalité libérale que la RM vise à minimisation des risques associés à l'usage de drogues. La troisième section est quant à elle consacrée à l'analyse des principales stratégies d'actions envisagées dans ces politiques pour contrer les risques associés à l'usage de drogues. On verra qu'elles visent non seulement à responsabiliser les usagers-ères de drogues, mais à favoriser leur activation par le développement du «capital humain» et du «capital social», selon une logique propre à la gouvernamentalité néo-libérale.

1. Institutionnalisation de la réduction des méfaits au Québec

À la différence d'un pays comme la France où le mouvement associatif a joué un rôle important dans la prise en charge politique du sida (Jaufret-Routside, 2004; Pinell, 2002; , Bergeron,1999; Coppel, 1996), c'est sous l'initiative et l'expertise des acteurs de la santé publique que les stratégies de lutte contre le VIH et de RM se sont développées au Québec. Dans les premiers moments du sida, l'expert, c'est le Comité Sida-Québec, composé en grande partie de cliniciens et de personnes oeuvrant au sein des Département de santé communautaire (DSC) de la région de Montréal (Sauvageau, 1997). La première phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (SQLCS) dans laquelle les grandes orientations stratégiques de lutte contre le VIH ont été fixées a également été élaborée par un groupe de travail composé d'individus du réseau de la santé publique (Groupe de travail sur le sida, 1988) et il est reconnu que les organismes communautaires ont surtout été interpellés pour la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le VIH, même s'ils ont joué un rôle d'informateur clé pour l'adaptation des stratégies de prévention aux enjeux des milieux à risque (Sauvageau, 1997; Bilodeau *et al.*, 2004).

La RM s'est dans cette perspective développée au Québec sous l'impulsion des acteurs et de l'expertise de la santé publique, suite à l'avènement du VIH. Cette approche d'intervention n'existait pas dans le secteur de la lutte contre la toxicomanie avant l'apparition de ce virus, même si le modèle de l'apprentissage social a été un modèle précurseur à son élaboration (Brisson, 1997). Le concept va migrer dans le secteur de la toxicomanie à partir de la deuxième moitié des années 1990 avec les différentes prises de

position du Conseil permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)⁴ favorables à la RM et à la reformulation de la problématique de la toxicomanie comme problème de santé publique. Elle deviendra par la suite un des référentiels des actions du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en matière de lutte à la toxicomanie.

Le présent texte s'appuie dans ces conditions sur les discours officiels de lutte contre le VIH et de lutte contre la toxicomanie aux plans national (provincial) et de la région de Montréal-centre où se concentre une forte proportion d'usagers-ères de drogues. Il s'agit de discours qui ont été élaborés par des experts de santé publique provenant de l'un ou d'autre de ces deux secteurs, soit dans un contexte de consultation, soit dans un contexte de planification de l'action ou encore de recommandations formulées aux instances officielles, comme c'est le cas des documents du CPLT. Ils permettent de retracer les justifications inhérentes au développement et à l'institutionnalisation de la RM dans l'espace politique de même que de dégager les grandes orientations à travers lesquelles les différentes agences de l'État tentent de réguler une pratique considérée relever du domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire et sociale.

1.1 Justifications inhérentes au développement de la RM: une logique de sécurité sanitaire

Dans les premiers documents de planification des activités de prévention destinées aux usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre, ces derniers sont non seulement considérés comme un groupe à risque d'infection par le VIH, mais comme un groupe représentant un danger de transmission du virus sur une grande échelle, par les relations qu'ils entretiennent avec les partenaires dans la population hétérosexuelle, la transmission foetale ou verticale, etc. (Roy et Thabet, 1991a, 199b; Arcand, 1990; DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992; Hankins *et al.*, 1993). C'est donc parce qu'ils sont perçus comme vecteur de transmission du VIH vers la population générale et à celle de l'impératif de contrôle du danger d'épidémie que la RM va prendre forme au sein du secteur de la santé publique québécoise, notamment à travers le développement de projet pilotes (CACTUS-Montréal et Pic-Atouts) de programmes d'échange de seringues (PES) financés par les gouvernements québécois et canadien⁵.

⁴ Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) avait pour mandat de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations à prendre en matière de lutte contre la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier.

⁵ Il s'agit de PES comme CACTUS-Montréal mis de l'avant par les autorités locales de santé publique de l'époque (les Départements de santé communautaire) et financés par le gouvernement du Québec et du Canada comme projet pilote visant à évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une réponse au problème d'épidémie du VIH chez les usagers-ères de drogues. Pour le Centre de coordination sur le sida (CQCS) du

L'urgence d'agir pour contrer le danger d'épidémie lié à l'usage de drogues par injection deviendra au fil du temps le principal motif évoqué pour justifier la nécessité de développer des actions de RM dans les différents plans d'action. À partir de la phase 3 de la SQLCS (1992), on juge que la situation est potentiellement *explosive* et que «La transmission parmi les UDI est importante et, de plus, la transmission à leurs partenaires constitue un risque pour la population, notamment la population hétérosexuelle» (CQCS, 1992, p.17). Dans le cadre de référence sur *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH* publié par le MSSS en 1994 (CQCS, 1994), on juge que le développement de l'épidémie est nulle part plus rapide et plus inquiétant que dans le groupe des usagers-ères de drogues. Cette progression est qualifiée de seconde vague de l'épidémie et l'urgence d'agir auprès de ce groupe se traduit dans le discours par l'idée que «... la transmission du VIH pose à la société un problème plus urgent que ne le fait la consommation de drogues» (CQCS, 1994, p. 24).

Le discours a évolué dans le même sens dans la région de Montréal-centre où le nombre d'usagers-ères de drogues est proportionnellement plus élevé que dans les autres régions du Québec. Le premier plan d'action régional prévention du VIH auprès des UDI est justifié sur la base que les projets expérimentaux (projets pilotes de PES) n'auraient répondu qu'aux besoins les plus urgents et été par conséquent insuffisants pour enrayer l'évolution de l'épidémie (DSP de Montréal-centre, 1996). Un an plus tard, en 1997, la Direction de santé publique (DSP) de Montréal-centre adopte un discours plus alarmiste en parlant de *véritable flambée épidémique chez les UDI de Montréal* et l'approche de RM sera «déclarée» priorité d'action régionale (DSP de Montréal-centre, 1997a, p. 1-2).

Bref, si la RM trouve, comme nous le verrons plus loin, une part de sa légitimité dans le fait qu'elle fournit une réponse pragmatique de réduction des risques associés à l'usage de drogues, elle trouve sa justification première en relation à un objectif de sécurité sanitaire de contrôle de l'épidémie du VIH. Les usagers-ères de drogues sont à l'origine perçus comme un vecteur de la transmission du VIH vers la population générale alors qu'à la différence des autres groupes à risque, ils sont difficiles à rejoindre, compte tenu du contexte prohibitionniste et de la marginalisation et la stigmatisation qui en découle. Cette problématisation des enjeux de la lutte contre le VIH est conforme à la manière dont la SQLCS a établi les cibles de son action, soit un découpage de la population totale selon des

MSSS, ces projets ont constitué un moyen par lequel il a été possible d'obtenir «... une reconnaissance explicite de la réalité de l'usage de drogues et de la nécessité d'adopter des mesures de santé publique concrètes et pragmatiques pour contenir l'augmentation du taux d'infection chez les utilisateurs et utilisatrices de drogues par injection et leurs familles» (CQCS, 1994, p.39). Ils ont fourni une assise pour l'élaboration d'un cadre de référence de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues du Conseil québécois de coordination du sida du MSSS (CQCS, 1994) et favorisés l'entrée officielle de la RM comme partie intégrante de la SQLCS.

critères de degré de dangerosité de publics-cibles qui deviendront de plus en plus spécifiques au fil du temps (Lévesque, 2007). Comme nous le verrons plus loin, la problématique du risque d'infection par le VIH n'est pas formulée dans cette stratégie comme un enjeu lié aux conditions sociales des pratiques (sexuelles, d'usage de drogues, etc.), mais comme un problème d'adaptation à l'épidémie qui commande des actions de prévention des risques au plan individuel.

Si le VIH a été un déclencheur du développement de la RM, elle est devenue un des référentiels du CPLT à partir du milieu des années 1990. Ce dernier a publié un document sur les expériences de RM en 1997 (Brisson, 1997), formulé un avis favorable à la RM au ministre de la Santé et des Services sociaux la même année (CPLT, 1997) et rendu public un document synthèse de sa conception de l'approche en 1999 (CPLT, 1999). Un comité chargé de proposer de nouvelles orientations en matière de lutte contre la toxicomanie va, au tournant du millénaire, proposer une approche pragmatique de prévention de la toxicomanie proche des principes à la base de la RM (MSSS, 2001) et les grandes lignes de ces recommandations vont être reprises dans le premier plan d'action interministérielle en toxicomanie du MSSS (2006-2011) (MSSS, 2006).

Pour le CPLT, si la RM a été développée pour faire face à la menace d'épidémie du VIH au cours des années 1980, elle peut toutefois constituer un apport déterminant dans une stratégie de lutte contre la toxicomanie qui tient compte de l'ensemble du tableau populationnel (publics cibles diversifiés, etc.) et de la reconnaissance de la réalité de l'usage de drogues comme une menace pour la santé publique, sans pour autant la cautionner: «la mise en place de programmes de réduction des méfaits équivaut à reconnaître l'existence de la consommation de substances psychoactives comme une menace à la santé publique, mais n'a aucunement comme intention de cautionner l'usage et l'abus de substances licites ou illicites, ou encore de banaliser cet usage; en cette matière, tolérer n'équivaut pas à encourager» (CPLT, 1999, p.15). Par conséquent, la RM trouve une part de sa justification en relation au fait que la toxicomanie n'a pas que des conséquences pour l'usager-ère de drogues, mais également pour la société et que ces conséquences sont diversifiées: conséquences en terme de santé, mais également au plan social et économique (CPLT, 1997). Autrement dit, c'est en relation à la reformulation de la problématique de la lutte contre la toxicomanie comme enjeu de santé publique et, plus particulièrement, comme enjeu de sécurité sanitaire, sociale et économique qui vient justifier le développement de la RM dans le discours du CPLT.

Les orientations ministérielles de lutte contre la toxicomanie (MSSS, 2001) qui ont suivi de même que le plan d'action interministériel adopté en 2006 (MSSS, 2006) viennent renforcer cette formulation de la problématique de l'usage de psychotropes comme problème de santé publique. L'urgence d'élaborer une nouvelle stratégie de prévention s'appuie sur l'idée que l'inquiétude suscitée par l'usage inapproprié de substances

psychotropes découle de ses effets dévastateurs sur les plans social et de la santé (VIH, surdoses, hépatites, accidents de la route, suicides, vol, trafic de stupéfiants, prostitution, etc.): «Globalement, l'usage inapproprié est un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social, bref un usage qui, selon la personne, la substance et le contexte, constitue une menace pour la santé, la sécurité ou le bien-être des individus, de l'entourage et de la collectivité» (MSSS, 2001, p.11).

Plus récemment, dans le premier plan d'action interministériel en toxicomanie du Québec (2006-2011), la situation de l'usage de drogues est jugée *préoccupante*. L'offre et la variété des produits (drogues de synthèse, variété des produits illicites, etc.) auraient augmenté de manière importante au cours des dernières années de même que leur toxicité et les risques que leur usage entraîne. Au plan sociétal, l'accessibilité accrue de certaines drogues illicites (en particulier le cannabis) et une plus grande tolérance à l'égard de leur usage dans la population, la transformation des normes de consommation (banalisation, information inadéquate sur les risques, etc.) et la détérioration des conditions sociales et économiques de certaines populations contribuent de manière importante au développement de la toxicomanie. Quant aux pratiques de consommation, elles se seraient diversifiées (consommation à un âge précoce, polyconsommation, calage d'alcool, augmentation de l'usage de psychotropes dans les contextes récréatifs (raves, etc.)) et la santé et le bien-être des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie se seraient détériorés. Ceux-ci présenteraient une combinaison plus complexe qu'auparavant de troubles physiques, mentaux et sociaux (MSSS, 2006).

Le plan d'action tire comme conclusion à ce constat qu'il est urgent d'agir. Les méfaits de la toxicomanie seraient dévastateurs au plan de la santé (cirrhose, surdose, VIH, etc.), au plan criminologique (vol, trafic de stupéfiants, prostitution, etc.) et au plan social (abandon scolaire, grossesse précoce, etc.) (MSSS, 2006). En plus des effets sur les personnes toxicomanes et leur entourage, la toxicomanie aurait des répercussions sur l'ensemble de la société. Elle minerait les liens entre les individus, nuirait à la cohésion sociale et entraînerait des coûts économiques importants.

Bref, les discours montrent que la RM s'est institutionnalisée au sein de l'État québécois en relation à des justifications de sécurité (sanitaire, sociale, économique, etc.) liées dans un premier temps à l'infection par le VIH des usagers-ères de drogues et à l'extension de l'épidémie dans la population générale et, dans un deuxième temps, en relation aux effets de l'usage de drogues sur l'usager-ère, mais aussi sur la société. Dans ces conditions, c'est la reformulation de la problématique de l'usage de drogues comme problème de santé publique qui est au coeur des justifications inhérentes au développement de la RM. Les problèmes associés à l'usage de drogues ne sont plus formulés sur un plan individuel, mais sur un plan collectif, c'est-à-dire comme des problèmes constituant un danger ou une menace pour l'ordre ou pour la sécurité.

Cette reformulation des problèmes associés à l'usage de drogues est conforme à la manière dont les sociétés libérales élaborent des dispositifs de sécurité pour se prémunir des dangers (internes et externes) susceptibles de menacer l'ordre (social, sanitaire, économique, politique, etc.) établi. Pour Foucault (2004a), les dispositifs de sécurité⁶ sont apparus au XVIII^e siècle, dans le passage de l'État de police (État monarchique) à l'État régulateur (État libéral classique). À la différence des dispositifs disciplinaires qui s'exercent dans des lieux «fermés» (école, famille, atelier, etc.) et dont l'objectif est le contrôle dans les moindres détails des conduites individuelles par l'imposition d'une norme (morale) de l'extérieur, ces dispositifs prennent appui sur la réalité des phénomènes («réalité effective») et tendent à «faire jouer de l'intérieur» les différents éléments qui les constituent afin qu'ils s'annulent ou se réduisent d'eux-mêmes. L'objectif n'est plus d'éradiquer les phénomènes lorsqu'ils ont lieu, mais de les contenir dans des limites «acceptables» (économiquement, socialement, etc.), c'est-à-dire sous des seuils permettant d'éviter les crises (fléau, révolte, etc.).

Le milieu devient dans cette perspective un champ d'intervention où l'on va tenter d'atteindre les populations dans leur naturalité, c'est-à-dire les processus «naturels» ou «spontanés» qui régissent leurs conduites ou leur vie en société⁷. L'accès au milieu de vie des populations jugées à risque ou dangereuses constitue dans ces conditions un enjeu de première importance pour la gouvernementalité dans les sociétés libérales. Pour la problématique qui nous intéresse ici, la RM va favoriser le développement d'un espace de tolérance nécessaire à l'accès au milieu de vie et à l'entrée dans le «droit commun» d'une population refoulée dans la clandestinité par les lois prohibitionnistes interdisant la production, la vente et la possession de certaines drogues (cannabis, cocaïne, etc.).

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

Si la RM a contribué à faire entrer l'action en direction des usagers-ères de drogues dans le registre de la gestion des risques, cette reconfiguration ne s'est pas pour autant appuyée sur une problématisation des risques associés à l'usage de drogues, mais sur une réinterrogation de l'efficacité (pragmatisme) des stratégies de tolérance zéro à travers lesquelles la société tente de composer avec la réalité de l'usage de drogues dans un

⁶ Les dispositifs de sécurité comprennent les mesures visant la régulation des populations (bio-politique), le développement de l'économie politique libérale (concurrence entre les États) et de l'armée (protection contre les États «ennemis») (Foucault, 2004a, 2004b). Ils ont donc une portée plus large que la bio-politique, tout en l'intégrant.

⁷Ce n'est pas une naturalité dans le sens de «la nature du monde», mais une naturalité spécifique des rapports des hommes entre eux, à ce qui se passe lorsque ceux-ci cohabitent, échangent, produisent, etc. Une naturalité de la société en quelque sorte (Foucault, 2004a, p.357).

contexte où, comme nous venons de le voir, les problèmes associés à l'usage de drogues sont de plus en plus posés en terme de danger ou de menace, voire comme des problèmes de sécurité sanitaire, sociale, économique, etc. L'enjeu principal est que les approches répressives en matière d'usage de drogues ont comme effet de refouler les usagers-ères de drogues à la marge de la société, dans des réseaux clandestins, et par conséquent de limiter les possibilités d'accès au milieu de vie des usagers-ères de drogues.

Pour le CQCS, la lutte contre l'épidémie du VIH associée aux drogues a mis en évidence une polarisation entre deux approches dans la société. L'approche de *tolérance zéro*, qui entraîne la répression des usagers-ères de drogues et leur stigmatisation. Ces derniers sont considérés comme des criminels qui doivent être punis. La deuxième approche consiste en la RM⁸ («harm reduction») qui vise à travailler avec les usagers-ères de drogues afin qu'ils minimisent les dommages qu'ils s'infligent à eux-mêmes, qu'ils infligent à leurs partenaires, à leurs familles et à l'ensemble de la société. Ils sont considérés comme des personnes ayant un problème de santé pour lequel ils ont besoin d'être aidés (CQCS, 1994, p. 22).

Ainsi, devant l'urgence d'agir pour contenir l'évolution de l'épidémie, il faut se distancier de l'approche de tolérance zéro et adopter une approche de RM fondée sur le pragmatisme, c'est-à-dire sur la reconnaissance de la réalité sociale de l'usage de drogues. Cette reconnaissance devrait reposer sur une dépénalisation *de facto* de l'usage de drogues afin de favoriser un accès aux milieux illicites des usagers-ères de drogues et une reconnaissance de leurs droits en matière d'accès non-discriminatoire aux services de santé et aux services sociaux: «Pour que le travail de prévention puisse se faire, il faut en arriver à une forme de dépénalisation *de facto*. L'obtention d'un accord de principe avec les autorités responsables doit faire partie intégrante de la planification de projets sur le terrain. Il faudra, à brève échéance, se doter, dans les centres de soins aux personnes toxicomanes, de politiques VIH qui confirment le droit de celles-ci à la confidentialité et à l'accès aux soins» (CQCS, 1994, p. 34).

Dans la région de Montréal-centre, bien que la DSP ne se réfère pas explicitement à l'idée de la nécessité de reconnaître la réalité de l'usage de drogues comme un phénomène à l'ensemble des sociétés, la tolérance va être promue par une double stratégie. D'une part, la DSP de Montréal-centre mettra en oeuvre une stratégie de communication visant à réduire la marginalisation et la stigmatisation des personnes toxicomanes, la réduction de l'intolérance et de l'incompréhension à l'égard de l'usage de drogues et la concertation et

⁸ Ce cadre de référence utilise le terme *préjudice* plutôt que celui de *méfait* tout en faisant référence au concept anglais de «harm reduction». Nous le traduisons ici par méfait car l'utilisation de ce terme semble être un problème de traduction, d'autant plus que dans tous les autres documents au Québec, le terme de réduction des méfaits est utilisé comme traduction de «harm reduction» (CQCS, 1994).

l'engagement des acteurs locaux concernés par la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues sera mise en oeuvre (Morissette, C., 1994b, p.16). Elle prendra forme notamment dans le soutien des autorisés régionales de santé publique au développement du travail de milieu dans les PES. L'objectif principal est de favoriser une cohabitation pacifique entre les usagers-ères de drogues, les intervenants-es des PES et les autres acteurs du milieu (citoyen, policier, etc.). D'autre part, une stratégie d'accès non-discriminatoire à des services de premières lignes (prévention, soins, etc.) fondée sur le respect ou la non-condamnation à l'égard des usagers-ères de drogues sera mise en oeuvre (DSP de Montréal-centre, 2004). L'objectif premier est de rejoindre les usagers-ères refoulés dans la clandestinité et d'y favoriser leur sortie par l'établissement de liens de confiance, l'empathie, l'écoute, l'accompagnement, etc.

La RM trouvera une part de sa justification dans le secteur de la toxicomanie selon une logique similaire. Dans le premier avis officiel du CPLT (1997), elle est justifiée en relation à l'idée qu'un plan d'action visant à réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux associés à l'usage de drogues ne peut se fonder sur une optique de *tolérance zéro* et que la problématique doit être reformulée dans une optique pragmatique de santé. L'enjeu est que l'analyse de la situation de l'usage de drogues montre que, si la diminution de la prévalence de la consommation générale permettrait en théorie de réduire les conséquences néfastes qui y sont associées, les stratégies de tolérance zéro ont été inefficaces.

Pour le CPLT, ce n'est pas tant l'objectif de réduction des risques qui différencie la RM de l'approche traditionnelle fondée sur la réduction/élimination de l'offre et de la demande de drogues puisque cette dernière vise également à réduire les risques associés à l'usage de drogues. La différence réside dans le fait que la RM s'attaque aux conséquences de l'usage et non à l'usage comme tel, et elle vise un changement qui n'implique pas immédiatement ou nécessairement l'arrêt de l'usage: «L'approche de réduction des méfaits implique donc une action dans un contexte où la consommation a cours, est maintenue, se poursuit, bref, est tolérée, le but ultime pouvant bien sûr être, à l'instar d'autres approches, l'atteinte de l'abstinence» (CPLT, 1999, p.4). C'est donc le pragmatisme fondé sur la reconnaissance de la réalité de l'usage de drogues et le principe de tolérance qui justifie l'importance de la RM dans le discours du CPLT.

L'idée de pragmatisme va entrer dans les orientations officielles du MSSS au tournant du millénaire suite aux travaux du Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie (MSSS, 2001) et devenir un principe officiel à la base de l'action du gouvernement du Québec en matière de lutte contre la toxicomanie (MSSS, 2006). Dans les grandes lignes, le MSSS adopte une posture similaire à celle proposée par le CPLT. Il s'appuie sur l'idée qu'il n'existe pas de société sans drogue et celle que ce ne sont pas tous les usages qui sont problématiques ou à risque. Le problème est formulé en terme d'usage inapproprié et ses conséquences négatives plutôt que dans l'opposition usage/non-usage.

De plus, puisqu'il est utopique de penser éliminer l'usage inapproprié, il s'avère essentiel d'être pragmatique et d'agir en aval pour réduire les méfaits ou les problèmes associés à un usage inapproprié (MSSS, 2001).

L'axe 2 de ces orientations vise dans cette perspective à favoriser le développement de zones de tolérance. Pour le MSSS, «une approche pragmatique de promotion de la santé et de prévention consiste à composer avec la réalité de l'omniprésence des substances psychotropes dans la plupart des sociétés» (MSSS, 2001, p.39). Au chapitre des drogues illicites qui nous intéressent ici, les orientations visent à «... poursuivre la mise en place de zones de tolérance telles que des organismes accueillant les toxicomanes afin qu'ils se procurent du matériel stérile d'injection, des condoms, qu'ils obtiennent le support des intervenants et intervenantes tout en facilitant l'accessibilité à des soins médicaux» (MSSS, 2001, p.44). L'objectif est de rejoindre une population qui échappe à la prise en charge. La poursuite de la mise en place de zone de tolérance (PES, lieux d'accueil, d'écoute et d'accompagnement, travail de milieu, etc.), le développement de ressources à bas seuil d'exigence ou à haut seuil de tolérance (méthadone, autres produits de substitution, accès aux services de santé, etc.), la promotion de l'acceptation sociale des usagers-ères de drogues (attitudes non-stigmatisantes et non-discriminatoires, droits de la personne, etc.) de même que le soutien à la constitution de groupes communautaires («d'auto-support») de défense des droits et d'auto-support sont les principales stratégies proposées pour favoriser une sortie de la clandestinité et l'entrée dans le «droit commun».

Les principes de reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues et de tolérance vont avoir des effets structurants importants du dernier plan d'action interministériel de lutte à la toxicomanie (MSSS, 2006). En effet, ce plan ne vise plus l'abstinence, mais à prévenir la toxicomanie (dépendance) et les méfaits qui sont associés à l'usage de drogues. La toxicomanie est définie comme la «dépendance à une substance», c'est-à-dire comme la présence d'une «consommation incontrôlée et continue de drogues malgré son caractère nuisible» (Santé Canada, 2002). Par conséquent, c'est la perte de contrôle à l'égard des drogues qui est prioritairement visée, et non pas l'arrêt de l'usage ou l'abstinence. De plus, la RM est considérée comme le meilleur moyen d'améliorer la qualité de vie des personnes toxicomanes et la sécurité des communautés. Elle favoriserait l'accès aux personnes toxicomanes et elle aurait permis de réduire les pathologies, les activités criminelles et les incidents liés à l'usage de drogues .

Bref, les logiques discursives à travers lesquelles sont formulés les grands axes du dernier plan d'action de lutte contre la toxicomanie du MSSS montrent qu'il est jugé plus efficace de tolérer et de prendre en charge dans une perspective de prévention de la dépendance, de réduction des méfaits, de réadaptation et de réinsertion sociale que de réprimer et d'exclure. Le MSSS va jusqu'à considérer que la judiciarisation renforce la toxicomanie des personnes plutôt que de favoriser leur réadaptation et leur réinsertion. Il

préconise à cet effet l'implantation d'un tribunal de la toxicomanie sur le modèle des expériences réalisées dans les provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Dans leurs grandes lignes, ces programmes offrent une alternative à l'incarcération moyennant un engagement à suivre un traitement mandaté par la cour en milieu ouvert.

On peut ainsi considérer que la reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues est maintenant bien ancrée dans le discours de lutte contre la toxicomanie au Québec et qu'un consensus⁹ semble exister autour de l'idée qu'il vaut mieux *tolérer* plutôt que d'imposer *a priori* l'abstinence comme exigence à l'accès aux services de santé. Il faut toutefois souligner que pour l'ensemble des discours analysés ici, tolérer ne signifie pas cautionner, banaliser ou encourager et n'est pas du tout synonyme de légalisation des drogues (CPLT, 1999). L'objectif n'est pas la normalisation de l'usage de drogues. De plus, si l'on reconnaît que la prohibition a eu un succès mitigé, qu'elle est en cause dans la majorité des problèmes associés à l'usage de drogues, qu'elle favorise des usages à risque et qu'elle peut entraver la prévention, on juge néanmoins qu'il est possible d'orienter les politiques sur les drogues vers la RM malgré la présence de lois prohibitives en développant des zones de tolérance (MSSS, 2001). Le prohibitionnisme, en tant que système producteur de risques pour la santé, n'est pas à l'ordre du jour. Comme nous le verrons dans la prochaine section, l'ordre du jour, c'est le développement d'une gamme diversifiée et complémentaire d'actions pour *composer* avec les drogues, c'est-à-dire pour s'adapter le mieux possible à un phénomène qui reste de l'ordre du hors norme et de l'indésirable. En ce sens, la RM n'engendre pas de rupture à l'égard de la recherche de l'horizon d'une société sans drogue. Elle favorise un changement dans les manières d'y parvenir ou de s'y rapprocher par des actions de prévention des risques qui prennent l'individu comme seule et unique cible d'action, conformément aux approches dominantes en santé publique.

Ainsi, que ce soit dans le secteur de la lutte contre le VIH ou dans celui de la lutte contre la toxicomanie, la RM s'appuie sur un principe (tolérance *de facto*) qui favorise l'entrée aux milieux (illicites) des usagers-ères de drogues et la reconnaissance de leur droit

⁹ Ce plan est le premier plan d'action interministériel en toxicomanie au Québec. Il est piloté par le MSSS, mais il est le résultat d'une large consultation réalisée par un comité interministériel et neuf autres ministères y souscrivent et signent, soit le Ministère de la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation, le Ministère de la Sécurité publique, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le Ministère des Affaires autochtones, le Ministère des Transports, le Ministère de la Justice, le Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine et celui de l'Immigration et des Communautés culturelles. Il faut néanmoins souligner qu'outre le fait que ces acteurs s'engagent à agir de manière concertée, le plan ne comporte aucun axe sur les conditions de réalisation de l'action intersectorielle. Le consensus semble se réaliser davantage au niveau des grands principes ou des grandes orientations. L'action intersectorielle est envisagée dans le cadre des missions de chacun et semble laissée à l'expérimentation et à la négociation au cas par cas.

d'accès sans discrimination aux services de santé et aux services sociaux. Dans une perspective de régulation sociale, on ne peut considérer qu'un des principaux enjeux à la base du développement de la RM est d'ouvrir, dans un contexte où prédomine le prohibitionnisme et l'interdit à l'égard de l'usage de drogues, cet espace de liberté factuelle nécessaire à la régulation, voire plus précisément de faire sortir l'usager-ère de drogues de la clandestinité et de le faire entrer dans le «droit commun». Si la RM a comme objectif de réduire les risques plutôt que d'éradiquer la demande de drogues, ce n'est pas tant une re-problématisation du risque qui est au fondement de son institutionnalisation dans les politiques de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie, mais l'exigence de liberté nécessaire à la gouvernementalité dans les sociétés libérales: comment rejoindre les usagers-ères de drogues refoulés dans la clandestinité par les lois prohibitionnistes? Comment faire émerger des normes et des comportements protecteurs dans ces milieux de vie illicites? Comment mobiliser les milieux sociaux dans la lutte contre les risques associés à l'usage de drogues? Etc.

Comme l'a montré Foucault (2004a), l'intégration des libertés et des limites propres à l'exercice de la liberté dans la pratique gouvernementale est devenue l'objectif fondamental de la gouvernementalité avec la création de l'État libéral. La liberté y est non seulement devenue un droit issu des nouvelles valeurs émergentes à l'époque des Lumières, mais un élément indispensable à la gouvernementalité elle-même. Bien gouverner dans la logique du libéralisme¹⁰, ce n'est plus seulement interdire ou réglementer, mais c'est gérer des populations en s'appuyant sur les processus «naturels» qui les gouvernent. C'est laisser faire, laisser aller les choses et agir pour canaliser les forces vivantes qui s'y jouent à l'intérieur de balises permettant d'éviter les fléaux. Pour Dardot et Laval, la liberté est la condition de possibilité du gouvernement des hommes: «C'est en quoi le gouvernement requiert la liberté comme sa condition de possibilité: gouverner, ce n'est pas gouverner *contre* la liberté ou *malgré* elle, c'est gouverner *par* la liberté, c'est-à-dire jouer activement sur l'espace de liberté laissé aux individus pour qu'ils en viennent à se conformer eux-mêmes à certaines normes» (Dardot et Laval, 2009, p. 15).

On verra maintenant que, tolérer dans le discours de RM, c'est effectivement faire usage des espaces de liberté en prenant comme cible de base à l'action la personne et les

¹⁰ Pour Foucault (2004a), le libéralisme n'est pas seulement une théorie, et encore moins une idéologie, mais une pratique de gouvernement, c'est-à-dire ce nouvel art de gouverner qui émerge dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, en remplacement de l'État de police et des politiques mercantilistes de l'époque. Il vise à investir les nombreuses sphères de l'activité humaine qui échappait au contrôle de l'État de police centré sur l'interdiction (loi, règlements, etc.) et le prélèvement (biens, vie, etc.) et à transformer les individus en sujet. L'action n'est plus pensée en relation à une norme morale, mais dans une perspective de gestion des processus sociaux qui gouvernent les populations, voire comme une biopolitique des populations fondée sur les principes du libéralisme et du néolibéralisme (Foucault, 2004b).

liens qu'elle entretient avec son milieu social (le «capital humain» et le «capital social») comme principe d'action visant la canalisation des forces vives qui s'y jouent, voire leur mobilisation.

1.3 Réduction des méfaits, humanisme et promotion de la santé: une pratique d'activation

Les stratégies mises de l'avant dans les différents plans d'action de lutte contre le VIH et de lutte contre la toxicomanie s'inspirent de l'approche de promotion de la santé et de l'autre prémisses à la base de l'approche de RM, soit le concept d'humanisme. S'il est reconnu que les risques associés à l'usage de drogues relèvent pour une grande part des effets négatifs du prohibitionnisme (Hankins, 1997), des conditions de précarité des usagers-ères de drogues ou des inégalités sociales (Hankins, 1997 ; Castel, 1994a et 1992) ou encore des nouvelles normes de performance de la société contemporaine (Ehrenberg, 2001a et 200b), ces stratégies se sont néanmoins développées dans une perspective d'agir sur le développement du «capital humain» et du «capital social» des usagers-ères de drogues¹¹. L'objectif est non seulement de favoriser leur adaptation aux risques liés à l'usage de drogues, mais leur mobilisation ou leur activation dans leur prise en charge, voire de favoriser l'engagement dans un parcours individuel de constitution des conditions de vie favorables à une meilleure maîtrise de l'usage de drogues et des risques qui y sont associés, par la réinscription dans le tissu social local (action communautaire, «empowerment», etc.). Le travail de proximité et l'accès à des services diversifiés (en terme de seuil d'exigence notamment) sont les deux grands axes à travers lesquels va se déployer l'action de santé publique.

Si la lutte contre le VIH associée à l'usage de drogues s'est appuyée comme nous l'avons vu précédemment sur l'approche de RM (pragmatisme, tolérance, etc.), les stratégies mises de l'avant se sont élaborées en référence étroite aux grands principes à la base de l'approche de promotion de la santé, tels que définis dans la Charte d'Ottawa de

¹¹ Les concepts de «capital humain» et de «capital social» doivent être considérés ici dans le sens qu'ils ont dans la sociologie états-unienne, et non pas dans le sens dont Pierre Bourdieu l'a élaboré. Dans la sociologie états-unienne, ils reposent sur une conception libérale et utilitariste de l'action sociale («rational choice theory») et a pris forme chez les communautariens, les réformistes libéraux et libertariens alors que chez Bourdieu, le capital social est issu de l'héritage et de la trajectoire sociale et est un enjeu de rapports sociaux inégaux lié étroitement à la possession des autres capitaux (économique, culturel et symbolique). Pour une analyse critique de la généalogie du concept de «capital humain» ou de «capital social» dans la sociologie états-unienne, de la philosophie libérale et utilitariste qui y est sous-jacente de même qu'une critique des enjeux liés à son entrée dans le champ de l'épidémiologie sociale et de la santé publique, on peut consulter le texte de Gilles Bibeau (2005).

l'OMS (1986)¹², tant au niveau de la province (CQCS, 1994)¹³ qu'au plan de la région de Montréal-centre (DSP de Montréal-centre, 1996). La promotion de la santé est définie comme un processus qui incite la personne à prendre sa santé en main et à l'améliorer. Le développement des aptitudes personnelles, le renforcement de l'action communautaire et la réorientation des services de santé sur les besoins et la participation des personnes sont trois des principes fondamentaux d'action de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. Les deux autres principes d'action visent la responsabilisation des décideurs (politicien, haut fonctionnaire, etc.) des différents secteurs à l'égard des conséquences que les politiques publiques peuvent avoir sur la santé et le développement d'une approche socio-écologique de la santé fondée sur le principe «humaniste» d'équilibre entre l'homme et son milieu (conservation des ressources naturelles, milieu de travail sain, équilibre et harmonie sociales, etc.).

Les stratégies de RM mises en oeuvre dans le cadre de référence du CQCS (1994) comme celles élaborées dans la région de Montréal-centre s'inscrivent dans ces grandes orientations de promotion de la santé. Elles visent à favoriser une gestion individuelle des risques associés à l'usage de drogues par la responsabilisation des usagers-ères de drogues, le développement de leur compétence, de leur autonomie ou de leur «empowerment» : «En réduction des méfaits, l'approche globale implique le déploiement d'un spectre de stratégies de prévention et d'intervention qui supporte l'individu dans sa compétence d'exercer des choix, de les responsabiliser vis-à-vis sa santé et celle de son entourage tout en favorisant un environnement propice au changement de comportement» (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 2). Il comporte quatre grands axes stratégiques dont les objectifs sont 1) une plus grande utilisation de seringues neuves par les UDI, 2) une plus grande utilisation des services de santé de première ligne, 3) la création d'un environnement social favorable aux comportements sécuritaires et 4) l'«empowerment» des usagers-ères de drogues (DSP de Montréal-centre, 1997b, p. 4)¹⁴.

¹² Soulignons ici que l'approche de promotion de la santé a pris forme dans les politiques de santé publique dans la première moitié des années 1990, notamment dans le secteur de la lutte contre le VIH (Lévesque, 2007). Ce déplacement de l'action de l'éducation sanitaire vers la promotion de la santé au Québec s'est réalisé selon des logiques similaires au déplacement de l'éducation sanitaire vers l'éducation pour la santé en France (Berlivet, 2004), bien qu'il se soit appuyé sur une panoplie d'approches d'intervention de nature psychosociale, communautaire ou sociale: approche motivationnelle, cognitive-comportementale, approche humaniste, action communautaire, développement des communautés, développement social, «empowerment», etc.

¹³ Pour une analyse détaillée des stratégies opérationnelles proposées dans le cadre de référence du CQCS du MSSS sur la prévention du VIH, on peut consulter Lévesque (2007).

¹⁴ Il existe différentes formulations de ces axes, mais elles renvoient toutes aux mêmes grandes orientations discursives. Nous retenons pour fin de citation une formulation «révisée» dans l'année qui a suivi l'élaboration du premier plan d'action régional en 1996 et qui est encore utilisé aujourd'hui dans les

La création d'un réseau élargi de distribution de matériel de protection (organismes communautaires/PES, pharmacies, CLSC, «outreach») près des lieux de fréquentation des usagers-ères de drogues vise à rejoindre le plus grand nombre d'usagers-ères de drogues dans la région pour leur fournir du matériel stérile d'injection. Toutefois, si l'objectif premier est de fournir du matériel stérile, la distribution du matériel est aussi une stratégie utilisée pour susciter leur engagement dans un parcours vers une prise en charge de leur santé. Elle représente pour la DSP le point de départ d'un continuum de services visant à inciter et à engager les usagers-ères de drogues dans une démarche ou un parcours individuel de prise en charge de leur santé (DSP de Montréal-centre, 1996, 2002b). Les trois autres axes du plan d'action sont élaborés dans cette perspective. Le développement d'une programmation intégrée de services médicaux et psychosociaux adaptés (bas seuil d'exigence ou haut seuil de tolérance) vise la réduction des discriminations ou autres obstacles d'accès aux services, le renforcement des capacités individuelles (connaissance, habiletés, compétences, estime de soi, etc.) de gestion des risques. L'action communautaire vise quant à elle l'«empowerment» des usagers-ères de drogues et leur mobilisation dans la prise en charge des risques. Elle serait rendue possible par des actions qui favorisent la création d'environnements sociaux propices à l'adoption d'attitudes et de comportements protecteurs, l'éducation par les pairs, l'auto-support, le développement de réseaux de soutien et d'entraide, etc. (DSP de Montréal-centre, 1996 et 1997b). Plus récemment, toutes les stratégies qui «... cherchent à faire participer, à impliquer et à habiliter le milieu dans le développement et l'implantation d'interventions adaptées» sont considérées comme des stratégies susceptibles de favoriser l'«empowerment» des usagers-ères de drogues et leur mobilisation dans la lutte contre les risques associés à l'usage de drogues (RRSSS de Montréal-centre, 2000a).

L'énoncé suivant synthétise bien la logique d'ensemble à travers laquelle sont définies les priorités d'actions régionales et montre comment les critères d'admissibilité au financement visent à encadrer la pratique des organismes communautaires de prévention (PES) à l'intérieur de balises favorisant le développement du potentiel d'auto-prise des risques et leur mobilisation dans les actions de lutte contre le VIH:

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, la simple diffusion d'information ne suffit pas en soi à faire modifier les comportements, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de comportements reliés à la sexualité ou à la consommation des drogues. La DSP encourage le développement d'interventions qui mettent l'accent sur le développement des habiletés et des

documents de la DSP de Montréal-centre, comme par exemple dans les documents sur le monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection (Morissette et Leclerc, 2004). Soulignons également que ces axes rendent opérationnelles les stratégies du cadre de référence sur la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues du CQCS (1994). Pour une analyse détaillée de ces stratégies, voir Lévesque (2007).

compétences des individus afin que ceux-ci puissent prendre en mains leur propre santé ainsi que sur les modifications des normes sociales et des autres conditions du milieu de vie qui influencent les comportements associés à la transmission du VIH. Les interventions centrées exclusivement sur la diffusion d'information ou le développement d'outils ou d'activités de sensibilisation ne seront pas admissibles. Plus concrètement, nous faisons appel aux :

- . stratégies qui rejoignent, dans leur milieu de vie, les populations particulièrement difficiles à atteindre;
- . stratégies qui font appel à des pairs et à d'autres agents multiplicateurs pour accroître l'acceptabilité et les retombées des interventions;
- . stratégies qui permettent d'accroître les connaissances, les compétences individuelles et la confiance des groupes d'appartenance à maîtriser les facteurs extérieurs qui viennent influencer la santé des personnes;
- . stratégies qui cherchent à faire participer, à impliquer et à habiliter le milieu dans le développement et l'implantation d'interventions adaptées à savoir, les stratégies «d'empowerment»;
- . stratégies qui visent la réduction des méfaits;
- . enfin, considérant que l'efficacité des interventions de prévention augmente lorsque celles-ci portent sur plusieurs catégories de déterminants à la fois, tant au niveau de l'individu que de son environnement (milieu de vie), les projets qui combinent des interventions favorisant le renforcement du potentiel des individus, qui visent à créer un environnement social propice aux comportements sécuritaires et qui offrent un bon soutien aux personnes, seront souhaitables (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 5-6).

Dans cette perspective, la DSP de Montréal-centre reconnaît comme admissibles les plans d'intervention qui, d'une part, visent le renforcement du potentiel des individus (habiletés, compétences, confiance, etc.), la modification des normes sociales et des conditions du «milieu de vie» qui conditionnent les comportements à risque. D'autre part, les stratégies d'intervention admissibles doivent viser le développement de l'autonomie dans la prise en charge de la santé, en rejoignant les populations difficiles à atteindre par les campagnes de prévention dans leur milieu de vie, en mobilisant les pairs et autres agents multiplicateurs dans l'adhésion aux messages de prévention, en favorisant l'accroissement

de l'estime de soi (compétences, confiance, etc.) des individus dans la maîtrise des «facteurs de risque» pour la santé et en soutenant l'implication et l'habilitation («empowerment») dans le développement et l'implantation d'interventions de prévention. Les stratégies d'intervention qui portent à la fois sur le développement de l'autonomie des individus et sur la réduction des obstacles «environnementaux», voire sur l'interaction individu-environnement sont jugées souhaitables.

Les interventions dans le secteur de la toxicomanie vont se développer selon les mêmes orientations et en complémentarité avec celles mises de l'avant dans le secteur de la lutte contre le VIH. Au chapitre de la prévention et de l'intervention précoce, les orientations ministérielles de 2001 (MSSS, 2001) comme le dernier plan d'action (MSSS, 2006) font de l'action dans les milieux de vie (communauté, famille, école, bar, parc, rue, piquerie, etc.) une cible de première importance. C'est dans la proximité que les usagers-ères de drogues et les membres de leur réseau social peuvent être le mieux rejoint et c'est aussi par la mobilisation des différents milieux qu'il sera possible de transformer les normes sociales et de favoriser des pratiques d'usages de drogues à moindre risques. Pour ce qui a trait aux actions en direction des usagers-ères de drogues par injection qui nous intéressent ici, le plan propose de renforcer les interventions existantes (PES, travail de proximité, etc.) que nous venons de présenter.

C'est au chapitre du traitement et de la réinsertion que les changements sont les plus importants. Dans une perspective de renforcement de la diversification de l'offre de services spécialisés en toxicomanie (approche biopsychosociale, modèle des communautés thérapeutiques, des Alcooliques anonymes, etc.) amorcée dans les dernières années pour rejoindre les différents profils d'usager-ères de drogues, on juge que la RM peut s'intégrer au traitement de la toxicomanie et à la réinsertion sociale, notamment pour rejoindre les usagers-ères de drogues qui sont moins motivés par l'arrêt de la consommation. Cette approche ne fait pas de l'abstinence un passage obligé. Elle valorise l'établissement d'un lien de confiance avec la personne et tente de susciter chez elle un désir de changement, bref de l'encourager à entreprendre un parcours de re-prise en main de sa situation (usage de drogues, réinsertion sociale, etc.). Le plan s'appuie sur deux expériences d'intégration de l'approche de RM dans le traitement de la toxicomanie (réadaptation et substitution) et sur un document qui propose d'intégrer l'approche dans la réinsertion sociale des usagers-ères de drogues.

L'expérience d'intégration de la RM dans les démarches de réadaptation du centre Dollard-Cormier¹⁵ aurait trouvé un point de ralliement chez les intervenants autour de l'expression «haute tolérance» et aurait favorisé d'adoption de valeurs telles que flexibilité,

¹⁵ Le centre Dollard-Cormier est un centre de réadaptation en toxicomanie reconnue par le MSSS et financé principalement par l'Agence régionale de santé et des services sociaux de Montréal-centre (<http://www.centredollardcormier.qc.ca>).

accessibilité, accueil non-discriminatoire, etc. (Landry et Chevalier, 2003) Plus précisément, cette expérimentation s'est réalisée autour de trois objectifs: 1) augmentation de l'accessibilité des services par la multiplication des portes d'entrée (réponse aux situations d'urgence, reaching out, etc.) pour rejoindre les usagers-ères non-rejoints par les services, 2) tolérance dans les exigences d'admission à l'intervention (aucune discrimination au niveau de l'admission, pas de limite dans la durée de l'intervention, possibilité de réadmission en tout temps, adaptation à la situation personnelle, etc.) et 3) mise en place d'un service visant l'action dans la communauté et sa mobilisation (favoriser l'«empowerment» de la communauté, soutien sous forme de consultation et de conseils, etc.) (Landry et Chevalier, 2003, p. 5; Centre Dollard-Cormier, 2005). Cette expérience aurait permis de mieux s'adapter aux usages et désirs exprimés par les usagers-ères de drogues selon le concept d'appariement («matching»)¹⁶, d'utiliser ceux-ci comme point de départ de l'intervention et, dans la perspective des approches motivationnelles et cognitives-comportementales, de favoriser l'engagement dans un parcours en travaillant sur les désirs, les motivations, les moyens, les stratégies, etc. (Centre Dollard-Cormier, 2002).

Les objectifs visés par le traitement de substitution sont les mêmes, à la différence cependant que le traitement est essentiellement d'ordre bio-médical. Il vise à stabiliser l'état de dépendance physique à l'égard d'une drogue en fournissant un «... produit de remplacement qui pénètre progressivement dans l'organisme, qui ne produit pas de sensation euphorique et qui maintient le consommateur dans un état fonctionnel» (Paquin, 2003, p.1). Il peut être utilisé dans des approches traditionnelles d'interventions centrées sur le sevrage et l'abstinence ou dans une approche de RM à faible seuil (modalités de maintien/zone de confort) ou à seuil intermédiaire de maintien orienté vers le changement (projet de changement individuel: réduction des risques, de l'usage, réinsertion sociale, etc.). Ainsi, les objectifs de la substitution varient selon le contexte. Dans une perspective thérapeutique traditionnelle, les traitements de substitution peuvent viser la sortie de la toxicomanie par le sevrage. Dans une perspective hygiéniste ou de RM, ils peuvent viser à minimiser les méfaits sur un court terme (VIH, hépatites, etc.) ou, sur un plus long terme, viser la stabilisation de l'usage pour favoriser l'engagement dans un parcours individuel vers la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques par les usagers-ères de drogues eux-mêmes.

Au chapitre de la réinsertion, le plan d'action du MSSS s'appuie sur un document qui conçoit cette dernière comme une étape charnière entre la réadaptation (désintoxication) et l'intégration sociale ou socio-professionnelle. La réinsertion, c'est un «un état que connaissent ceux qui ont vécu une certaine forme de désinsertion», un «premier pas dans

¹⁶ Le principe sous-jacent au modèle d'intervention du «matching» est de trouver la combinaison optimale entre l'expérience de vie de la personne toxicomane (sa trajectoire) et les ressources disponibles (famille, communautaire, etc.) à cette dernière (Boivin et De Montigny, 2002, p. 22).

l'acquisition d'une place reconnue dans la société», une «étape où il est souvent nécessaire de développer ou de consolider les unes après les autres les compétences requises pour rendre la personne la plus autonome possible avant même qu'elle ne réintègre la communauté» et une «période intercalaire fondamentale entre la réadaptation et l'intégration à la vie en société». Autrement dit, c'est une étape où l'on agit pour transformer les représentations négatives que l'individu a de lui-même («individu fragilisé n'ayant pas accès au mode professionnel»), une réinscription sociale dans le tissu social «communautaire», l'élaboration d'un projet de vie (des objectifs), etc. de manière à favoriser l'engagement d'un parcours de re-prise en main de sa destinée c'est-à-dire sur une place dans la société (intégration professionnelle, reconnaissance sociale, etc.) (Boivin et De Montigny, 2002, p. 11-13). Cette étape de re-prise en main ou de construction de l'autonomie est conçue comme une phase «où l'individu tente d'acquérir une ou de consolider une place reconnue dans la société» (Boivin et De Montigny, 2002, p. 20), l'intégration sociale relèverait essentiellement du parcours individuel et du soutien de son environnement social immédiat.

Dans cette perspective, les actions de réinsertion sociale visent le renforcement du potentiel d'autonomie des usagers-ères de drogues en regard des différentes facettes de la vie en société (psychorelationnelle, sociocommunautaire, employabilité, contrôle de la consommation de drogues, etc.) et misent sur les multiples besoins en développement personnel et social des individus, soit la consolidation des acquis de la réadaptation, la confiance en soi, les compétences relationnelles, le développement d'un réseau social, l'implication communautaire, l'employabilité, etc. (Boivin et De Montigny, 2002, p. 17-18). De plus, pour y parvenir, on propose de fonder l'intervention sur un «environnement pro-client», c'est-à-dire de placer la personne au coeur de l'intervention et d'intervenir comme un conseiller d'orientation (écoute, conscientisation, conseil, encouragement, support, accompagnement, etc.) selon les principes à la base du modèle d'intervention de l'appariement («matching») qui consiste à «... trouver la combinaison optimale entre l'expérience de vie de la personne toxicomane et les ressources disponibles les mieux adaptées» dans le réseau social immédiat (Boivin et De Montigny, 2002, p. 22).

Bref, que ce soit à travers le travail d'«outreach» ou de proximité, le développement de traitement à bas seuil d'exigence (méthadone bas seuil) ou l'action de réinsertion sociale, la RM se développe dans un objectif de soutenir le potentiel de réinscription sociale nécessaire à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques. L'accès aux milieux de vie illicites des usagers-ères de drogues, l'établissement d'un lien de confiance, le travail sur l'estime de soi, le soutien à l'auto-support ou à l'«empowerment», les traitements de substitution, etc. sont des dimensions constitutives d'une approche biopsychosociale¹⁷ dont

¹⁷ Il faut souligner ici qu'historiquement parlant ce type d'approche relève du développement d'une nouvelle

la finalité est d'agir sur le rapport que l'individu entretient avec lui-même à travers son inscription dans un réseau social communautaire. La dynamisation du *soi* biologique, psychologique et du *soi* relationnel constitue le fil directeur d'un processus d'intervention visant l'intégration sociale à travers le développement du potentiel personnel et relationnel ou, plus précisément, à travers le développement du «capital humain» et du «capital social». Ce type d'actions s'appuie sur l'idée que les conditions de vulnérabilité aux risques liés à l'usage de drogues relèvent essentiellement du sous-développement personnel et social des usagers-ères de drogues et visent une solution au problème par l'instrumentalisation de leur espace de subjectivité et d'inter-subjectivité (Castel, 1981). Avec la RM, le toxicomane n'est plus seulement construit comme une personne qui souffre de conditions de vie précaires et qu'on écoute (Fassin, 2004), mais comme un handicapé social de son propre sous-développement que l'on cherche à gouverner par l'exercice d'un travail sur soi, l'écoute n'étant qu'une première étape d'un processus visant l'établissement d'un lien avec l'usager-ère de drogues le plus marginalisé vers l'engagement dans un parcours d'intégration sociale.

Autrement dit, l'acquisition d'une place dans la société (intégration socio-professionnelle) passe dans ces conditions exclusivement par l'activation des individus et la mobilisation acteurs locaux et, plus spécifiquement, par un travail de l'individu sur lui-même à travers son inscription dans un tissu social local. S'il est reconnu par exemple dans le document de Boivin et De Montigny (2002) que la désaffiliation relève de mutations profondes du rapport salarial (référence à Castel, 1994b), les règles du jeu social menant à celle-ci sont exclues de la problématique de l'action. La réponse est formulée uniquement sous l'angle de la mobilisation de l'usager-ère de drogues d'agir sur le rapport qu'il entretient à lui-même (le *soi* biologique et psychologique) et aux autres (le *soi* social ou relationnel) pour développer son potentiel d'intégration sociale, c'est-à-dire son potentiel concurrentiel d'accès à une place dans la société.

Par analogie à la thèse de «la lutte des places» de De Gaulejac et Taboada Léonetti (1994), on peut dire que l'action en insertion sociale, telle qu'elle est formulée ici, constitue un mode d'activation qui vise à mobiliser les usagers-ères de drogues dans une lutte envers eux-mêmes comme condition d'accès à la lutte des places dans les sociétés néo-libérales contemporaines. Une nuance s'impose toutefois. Il ne s'agit pas seulement d'une lutte des individus eux-mêmes contre la société pour obtenir une place comme le présente ces auteurs-es, mais d'un mode d'activation mis en place dans les politiques néolibérales dont l'objectif est l'intégration des individus dans le jeu de la concurrence. Si l'action de l'État et, en particulier, de l'État-providence visait sous le libéralisme à réparer les effets négatifs

culture psychologique qui consiste à introduire des techniques thérapeutiques dans les professions de la relation (éducateurs-trices, travailleurs-es sociaux, enseignants-es, animateurs-trices, vendeurs-es, etc.) (Castel, 1981), donc d'une forme de psychologisation du social.

du marché (du laisser aller, du laisser faire), la gouvernementalité néolibérale vise surtout le maintien et la stimulation du jeu de la concurrence par le maintien des inégalités sociales et la mise en place de politiques visant sur la constitution d'un sujet entrepreneur de lui-même, y compris pour les plus exclus (Foucault, 2004b; Donzelot, 2005).

En appuyant leurs actions sur le développement du «capital humain» et du «capital social», les politiques de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie visent une réduction des conditions de vulnérabilité aux risques associés à l'usage de drogues ou l'émancipation des usagers-ères de drogues selon une logique caractéristique de la gouvernementalité néolibérale dans la société contemporaine et, plus précisément, selon une logique propre au néo-libéralisme américain. Selon Foucault (2004b), la théorie du capital humain est au coeur du néolibéralisme américain. Dans cette théorie, ce qui importe, ce n'est plus le laisser aller ou le laisser faire de l'homme de l'échange animé par ses désirs comme c'était le cas dans le libéralisme, mais de constituer un homme de la concurrence, un sujet entrepreneur, dont un sujet entrepreneur de lui-même: «Dans le néolibéralisme - et il ne s'en cache pas, il le proclame - on va bien retrouver aussi une théorie de l'*homo æconomicus*, mais l'*homo æconomicus*, là, ce n'est pas du tout un partenaire de l'échange. L'*homo æconomicus*, c'est un entrepreneur et un entrepreneur de lui-même. Et cette chose est si vraie que, pratiquement, ça va être l'enjeu de toutes les analyses que font les néolibéraux, de substituer à chaque instant, à l'*homo æconomicus* partenaire de l'échange, un *homo æconomicus* entrepreneur de lui-même, étant à lui-même son propre capital, étant pour lui-même son propre producteur, étant pour lui-même la source de [ses] revenus» (Foucault, 2004b, p.232). Dardot et Laval vont encore plus loin en considérant que la grande innovation de la technologie néolibérale est celle de fonder la gouvernementalité sur la manière dont le sujet se gouverne lui-même, c'est-à-dire le rapport qu'il entretient avec lui-même et à autrui. Ce qui implique un travail poussé jusqu'au plus intime du sujet lui-même: ses désirs, ses motivations, la confiance en soi, etc.

L'action sur le rapport que les usagers-ères de drogues entretiennent à eux-mêmes et à leur réseau social d'appartenance telle que nous l'avons présenté ci-dessus illustre comment les transformations des modes de gouvernementalité dans le secteur de la santé publique se réalisent selon une logique propre à la gouvernementalité néolibérale. Si la santé publique a traditionnellement fondé son action sur une logique utilitariste de coût/bénéfice et tendait à interpeller les individus comme des acteurs rationnels dédiés à la maximisation du rendement de leurs «agirs» (Massé, 1999), notamment à travers des modèles d'éducation sanitaire comme le «Health Belief Model», celui de la théorie de l'action raisonnée et celui de la théorie de l'apprentissage social (van Campenhout, 1998), avec des approches comme la RM et la promotion de la santé, elle tend de plus en plus à faire porter son action en direction de la subjectivité et de l'intersubjectivité. L'individu de la santé publique, comme celui de l'entreprise, c'est un individu qui se doit de mobiliser ses ressources personnelles et sociales et s'activer pour créer lui-même les conditions de son

émancipation à l'égard des risques, peu importe ses conditions sociales de vie.

Conclusion-discussion

Comme nous l'avons vu, RM s'est institutionnalisée au sein de l'État québécois en relation à des justifications de sécurité (sanitaire, sociale, économique, etc.). Le contrôle du danger d'épidémie du VIH et la constitution des problèmes associés à l'usage de drogues comme problème de santé publique ont constitué les justifications inhérentes à son développement. De plus, elle trouve une autre part de sa justification en relation aux principes qui la sous-tendent, soit la reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues et l'importance, dans un contexte prohibitionniste, de faire preuve de tolérance.

En somme, la RM s'est développée selon les principes constitutifs des dispositifs de sécurité tels que l'avait formulé Foucault (2004a), soit des dispositifs qui ne visent plus à éradiquer les phénomènes, mais à les contenir sous des seuils visant à éviter les fléaux (social, sanitaire, etc.). Dans ces conditions, c'est l'importance de trouver des moyens efficaces pour faire face aux dangers associés à l'usage de drogues qui est à la base du développement de la RM. Le «vivre avec les drogues» est un concept qui demande à être nuancé dans cette perspective.

En effet, ce n'est pas la normalisation de l'usage de drogues qui est visé dans les discours de RM, mais bel et bien l'enjeu de *composer* avec des risques associés à cette réalité universelle, mais une réalité toujours jugée hors norme, du domaine de l'indésirable. L'idéal normatif d'une société sans drogue ne change pas pour autant. Ce qui change, c'est que la RM se présente comme un mode d'action plus efficace pour *contenir* l'ampleur des dangers associés à l'usage de drogues ou les méfaits que ne l'est la répression et la punition¹⁸. De plus, si elle est jugée plus efficace, c'est qu'elle permet la mise en oeuvre d'un type particulier de gestion des risques, soit une *gestion individuelle et locale des risques*. Celui-ci prend appui sur les espaces de liberté d'action des usagers-ères de drogues pour y canaliser les forces vives qui s'y jouent vers des objectifs de développement du «capital humain» et du «capital social» pour favoriser une prise en charge individuelle des risques associés à l'usage de drogues. Ce faisant, c'est selon une stratégie propre à la gouvernementalité néo-libérale que son action se déploie, c'est-à-dire une stratégie de réduction des conditions de vulnérabilité aux risques par l'activation des usagers-ères de drogues eux-mêmes à entreprendre un parcours de réintégration sociale ou socio-professionnelle. La réduction des conditions de vulnérabilité aux risques ne passe pas par

¹⁸ L'exemple de Foucault (2004a) à propos du crime est intéressant sur ce plan. Il montre que les dispositifs de sécurité ne visent plus à éradiquer le crime, mais à le contenir dans des limites acceptables (plus basses possibles) par la mise place d'action de gestion des risques. Cela ne signifie pas pour autant que l'ampleur du crime n'est plus un objectif et que celui-ci n'est plus jugé hors norme, mais plutôt que la gestion des risques est un mode d'action considéré, dans une logique de gouvernementalité néolibérale, plus efficace que les seuls dispositifs répressifs.

une réinterrogation des conditions structurelles (prohibitionnisme, inégalités sociales, etc.) productrices de risques, mais par un travail sur le soi biologique, psychologique et relationnel, donc par une stratégie d'action orientée sur le développement de l'auto-prise en charge des conditions de vulnérabilité aux risques associés à l'usage de drogues.

Personne ne contestera que le fait de tolérer plutôt que punir, de mieux rejoindre les usagers-ères de drogues mises à la marge par la prohibition et une société de plus en plus inégalitaire de même qu'offrir des seringues stériles, de l'écoute, du soutien, etc. constituent des mesures humanistes légitimes du point de vue de l'ordre moral. Mais l'enjeu n'est pas tant de cet ordre que de l'ordre du politique et, plus spécifiquement, du type de gestion des risques qui est favorisé dans les politiques analysées ici. S'il est reconnu, comme nous l'avons souligné, que les risques associés à l'usage de drogues relèvent d'enjeux macro-sociologiques (du prohibitionnisme, de la désaffiliation sociale ou des inégalités sociales, des normes de performance dans la société, etc.), les politiques actuelles centrées sur le développement du «capital humain» et du «capital social» tendent à reporter la responsabilité de leur prise en charge sur les épaules des usagers-ères de drogues selon une logique bien spécifique: celle de devoir se créer eux-mêmes une place dans la société afin de re-trouver les conditions de vie nécessaires à leur émancipation à l'égard des risques associés à l'usage de drogues.

Reprenant les analyses de Foucault (2004b), Donzelot (2005) a bien fait ressortir les enjeux inhérents à ce type d'action dans la gouvernamentalité néo-libérale. Il montre que pour les néo-libéraux, les politiques sociales ne doivent plus viser à réduire les inégalités sociales, mais au contraire à les maintenir pour susciter la concurrence. Toutefois, une de leurs grandes craintes est que le jeu des inégalités sociales produise de l'exclusion, c'est-à-dire des populations «hors jeu» qui échappent à la régulation. Pour échapper à ce problème, ils jugent que le rôle des politiques sociales néo-libérales est de lutter contre l'exclusion afin de maintenir les individus dans le jeu des inégalités et surtout, pour qu'ils continuent d'être des entrepreneurs gouvernables, parce qu'il se gouverne eux-mêmes. L'objectif de la politique sociale doit donc être d'éviter l'exclusion et de faire en sorte que les individus puissent se gouverner eux-mêmes, comme des entrepreneurs de leur propre vie:

« Il y a toutefois une limite à apporter au jeu des inégalités, disent les néolibéraux. Cette limite est celle de l'exclusion. On doit tout faire pour éviter que certains ne se trouvent exclus définitivement de ce jeu sans quoi il perd son sens, sa crédibilité. Il convient donc de veiller à ce que ceux qui se trouvent à la limite de ce jeu puissent y revenir. Maintenir tout le monde dans le jeu, c'est accroître la dynamique de celui-ci et c'est donc une dimension de la politique de société. Bien plus qu'une préoccupation charitable, la lutte contre l'exclusion fut d'abord, au plan théorique, une préoccupation économique, impulsée par les néolibéraux. Mais surtout, il importe de rester dans le jeu pour rester un homo oeconomicus selon les néolibéraux, c'est-à-dire un entrepreneur, quelqu'un d'éminemment gouvernable, à

la différence de son prédécesseur libéral, l'homme de l'échange, qu'il convenait de laisser s'ajuster «naturellement». Il est gouvernable parce que lui-même se gouverne. Il se gouverne selon des lois économiques et l'on peut agir sur le milieu de façon à modifier ses conduites. On peut établir à son propos «une conduite des conduites» parce qu'il jouit de l'autonomie d'un entrepreneur de sa vie et que l'on peut le responsabiliser à ce titre» (Donzelot, 2005).

On peut considérer que l'action en direction du «capital humain» et du «capital social» dans les politiques de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie et, plus largement, dans le secteur de la santé publique québécoise (INSPQ, 2002) s'inscrit dans cette logique de gouvernementalité néo-libérale. Son objectif n'est plus seulement de rechercher une conformité à une norme comportementale protectrice par la mise en place de mesures d'éducation sanitaire, mais, par des actions de promotion de la santé et de RM, de favoriser la réinscription des usagers-ères de drogues à l'intérieur du jeu des inégalités et de la concurrence et d'agir sur leurs conduites afin qu'ils s'activent pour accéder par eux-mêmes à une place dans la société favorable à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques. Les transformations en cours dans le secteur de la lutte contre le VIH et contre la toxicomanie ne relèveraient pas tant d'une sociologie du risque ou d'une sociologie du contrôle social car ce n'est pas le passage vers un ordre palliatif (gestion des risques) qui caractérise le développement des politiques de RM, ni une simple stratégie de contrôle social orchestrée par des acteurs en manque de légitimité, mais bel et bien l'émergence d'un nouveau mode de gouvernementalité propre aux sociétés néolibérales: éviter, malgré la prééminence du prohibitionnisme et l'existence d'une société de plus en plus inégalitaire, l'exclusion des usagers-ères de drogues et mettre en place des politiques permettant l'accès à un minimum de ressources nécessaires pour qu'ils se comportent comme des entrepreneurs de leur propre vie. Peu importe l'issue. L'enjeu n'est pas de réduire les inégalités selon une logique de justice et de solidarité sociale, mais de contenir des populations dangereuses pour l'ordre sanitaire et social à l'intérieur d'un cadre où ils seront mis en injonction de se gouverner eux-mêmes pour obtenir un minimum de reconnaissance sociale et un statut social de citoyen à part entière, responsable de lui-même et des autres, peu importe les conditions de vie qu'on lui réserve.

Références:

Arcand, Lyne. 1990. *La transmission du VIH chez les toxicomanes : État de la situation sur le territoire du D.S.C. Maisonnette-Rosemont*. Montréal, Département de santé communautaire de l'Hôpital Maisonnette-Rosemont, 32 pages.

Bergeron, H. 1999. *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité*. Paris, PUF sociologies, 370 pages.

Berlivet, L. 2004. «Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des

- campagnes de prévention», dans Fassin, D. et Memmi, D. (dir.). *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 37-75.
- Berridge, V. 1993. «Harm Minimisation and Public Health : An Historical Perspective», dans Heather, A., Wodak, E. N. et O'Har, P. *Psychoactive Drug & Harm Reduction From Faith to Science*. London : Whurr Publishers, p. 55-64.
- Berridge, V. 1999. «Histories of Harm Reduction : Illicit Drugs, Tobacco, and Nicotine». *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 35-47.
- Bibeau, G. 2005. «Le «capital social»: vicissitudes d'un concept». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 2, p. 134-168.
- Bilodeau, A., Francoeur, D. et Chabot, P. 2004. «L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, p. 50-65.
- Boivin, M.-D. et De Montigny, M.-J. 2002. *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir?* Québec, Conseil permanent de la lutte contre la toxicomanie, Gouvernement du Québec, 37 pages.
- Brisson, P. 1992. «Prévention des toxicomanies et promotion de la santé : des stratégies de contrôle aux pratiques d'autodétermination». *Psychotropes*, vol. 7, n° 3, p. 59-63.
- Brisson, P. (dir.). 1994. *L'usage de drogues et la toxicomanie. Volume II*. Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 549 pages.
- Brisson, P. 1995. «La réduction des méfaits : considérations historiques et critiques». *L'écho toxico*, vol. 6, n° 2, p. 2-4
- Brisson, P. 1996. «Prévenir le mal de vivre à l'orée de l'an 2000 : réduction des méfaits et promotion de la santé collective». *L'écho toxico*, vol. 6, n° 2, p. 13.
- Brisson, P. 1997. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 109 pages.
- Brisson, P. 2000. «Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e siècle», dans Brisson, P. *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 3-44.
- Carrier, N. et Quirion, B. 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*, vol. 2, n° 1, p. 4-34.
- Castel, R. 1981. *La gestion des risques*. Paris, Les Éditions de Minuit, 225 pages.
- Castel, R. (dir.). 1992. *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités*. Paris, Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité (GRASS), 302 pages.
- Castel, R. 1994a. «Les sorties de la toxicomanie», dans Ogien, A. et Mignon, P. *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation Française, p. 23-30.
- Castel, R. 1994b. «La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation sociale», *Cahiers de recherche sociologique*, n° 22, p. 11-27.
- Centre Dollard-Cormier. 2002. *La motivation, quelque chose qui se construit. Cahier de*

formation. Montréal, 49 pages.

Centre Dollard-Cormier. 2005. *Quand la réduction des méfaits se conjugue avec la réadaptation*. Cahier de formation. Montréal, 90 pages.

Coppel, A. 1996. «Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France», *Communications*, n° 62, p. 75-109.

CPLT. 1997. *Avis. L'objectif de la Politique de santé et du bien-être de 1992 qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 28 pages.

CPLT. 1999. *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 16 pages.

CQCS. 1992. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des maladies transmissibles sexuellement : phase 3 : plan d'action 1992-1995*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 pages.

CQCS. 1994. *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 pages.

Dardot, P. et Laval, C. 2009. *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*. Paris, Éditions la Découverte, 498 pages.

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

DSC Maisonneuve-Rosemont. 1992. *Pic-Atouts : Programme d'intervention communautaire pour la prévention du sida auprès des toxicomanes utilisant des seringues du quartier Hochelaga-Maisonneuve. Bilan des activités réalisées au 31 mars 1992 et perspectives de développement*. Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 23 pages.

DSP de Montréal-centre. 1996. *Plan d'action régional de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Montréal-centre. Planification 1996-1997 et perspectives pour la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Établissement d'un continuum de services intégrés pour les personnes qui font usage de drogues intraveineuses*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, dactylographié, 14 pages.

DSP de Montréal-centre. 1997a. *Bulletin de l'unité des maladies infectieuses*. vol. 2, n° 3, août, 7 pages. Numéro consacré à la prévention du VIH auprès des UDI et à la réduction des méfaits.

DSP de Montréal-centre. 2004. *Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2002 à mars 2003. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-centre*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, 43 pages.

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

- Ehrenberg, A. 1998. «Introduction: questions croisées», dans Ehrenberg, A. et Le Pen, C. *L'expérience française des drogues illicites: rapport final de recherche*. Paris, La documentation Française.
- Ehrenberg, A. 2001a. *Le culte de la performance*. Paris, Hachette Littératures, 323 pages.
- Ehrenberg, A. 2001b. *L'individu incertain*. Paris, Hachette Littératures, 351 pages.
- Erickson, P. 1999. «Introduction : The Three Phases of Harm Reduction. An Examination of Emerging Concepts, Methodologies, and Critiques». *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 1-7.
- Fassin, D. (dir.) 2004. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte, 198 pages.
- Faugeron, C. et Kokoreff, M. 2002. *Société avec drogues : enjeux et limites*. Paris, Erès, 264 pages.
- Foucault, M. 2004a. *Sécurité, territoire, population*. Paris, Gallimard Seuil, 435 pages.
- Foucault, M. 2004b. *Naissance de la biopolitique*. Paris, Gallimard Seuil, 355 pages.
- Garapon, A. 1996. «Justice et drogues. De la répression d'un acte à la protection d'une personne», *Communications*, n° 62, p. 123-135.
- Groupe de travail sur le sida (présidé par Denise Laberge-Ferron). 1988. *Rapport synthèse*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 174 pages.
- Hankins, C., Gendron, S., Roy, É. et Bruneau, J. 1993. *Évaluation de CACTUS-Montréal. Projet-pilote d'intervention auprès des utilisateurs de drogues par injection*. Montréal, Centre d'études sur le sida, Hôpital général de Montréal, 23 pages.
- Hankins, C. 1997. «Le sida et les comportements sexuels à risque : toxicomanie, incarcération et prostitution», dans Lévy, J. et Cohen, H. (dir.). *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal, Éditions du Méridien, p. 237-271.
- Hudebine, H. 2001a. «L'impact des héritages et des sensibilités sur les politiques de la drogue», dans Dozon, J.-P. et Fassin, D. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland, p. 145-178.
- Hudebine, H. 2001b. *Un succès ambigu. La formation et la mise en oeuvre des politiques britanniques de réduction des risques (1985-97)*. Paris, Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique, Université de Paris 13, INSERM, 46 pages.
- INSPQ. 2002a. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec, 50 pages.
- INSPQ. 2002b. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue des acteurs de directions de santé publique*. Québec, 40 pages.
- INSPQ. 2002c. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé*

- publique au développement social et au développement des communautés. Revue de littérature.* Québec, 46 pages.
- Jauffret-Routsid, M.(dir.) 2004 . *Les drogues. Approche sociologique, économique et politique.* Paris, La documentation Française, 156 pages.
- Kübler, D. 2000. *Politique de la drogue dans les villes suisses, entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en oeuvre.* Paris, L'Harmattan, 311 pages.
- Landry, M. et Chevalier, M. 2003. «L'approche de réduction des méfaits: un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie», *Drogues, santé et société*, Montréal, vol. 2, no 1, <http://www.drogues-sante-societe.org>.
- Lévesque, P.A. 2007. *Santé publique, lutte contre le VIH et réduction des méfaits: gouverner par la tolérance dans la société contemporaine.* Montréal, UQAM, thèse de doctorat en sociologie, 423 pages.
- Massé, R. 1999. «La santé publique comme nouvelle moralité», dans Fortin, P. *La réforme de santé au Québec.* Cahiers de recherche éthique, p. 155-174.
- Morissette, C. 1994a. *Bilan critique des interventions de santé publique en sida à Montréal : VIH et toxicomanie.* Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-centre, dactylographié, 4 pages.
- Morissette, C. 1994b. *Bilan de l'état de santé de la population toxicomane en regard du VIH/sida.* Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-centre, dactylographié, 17 pages + annexes.
- MSSS. 1992. *La politique de la santé et du bien-être.* Québec, Gouvernement du Québec, 192 pages.
- MSSS. 2001. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention et actions,* Québec, Gouvernement du Québec, 58 pages.
- MSSS. 2006. *Plan d'action interministériel en toxicomanie, 2006-2011,* Québec, Gouvernement du Québec, 80 pages.
- OMS. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Ottawa, Association canadienne de santé publique.
- Paquin, I. 2003. «Le traitement de substitution avec méthadone au Québec: Une mesure de santé publique en réadaptation» , *Drogues, santé et société*, Montréal, vol. 2, no 1, <http://www.drogues-sante-societe.org>.
- PINELL, P. (dir.) 2002. *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996.* Paris, PUF, coll. «Science, histoire et société», 415 pages.
- Quirion, B. et Bellerose, C. 2007. «Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment». Montréal, *Sociologie et sociétés*, vol. XXXIX.1, p. 29-50.
- Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006. «La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003. Examen basé sur les données». *Revue VIH/sida, droit et politiques*, vol. 11, n° 2-3, décembre.

- Riley, D. 1994. «La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques», dans Brisson, P. (dir.). *L'usage de drogues et la toxicomanie. Volume II*. Boucherville, gaëtan morin éditeur, p. 129-149.
- Riley, D. 1993. *Le modèle de réduction des méfaits. Une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*. Ottawa, CCLAT, 15 pages.
- Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. et Topp, J. 1999. «Harm Reduction : Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper». *Substance Use & Misuse*, vol. 35, n° 1, p. 9-24.
- Roy, É. et Thabet, C. 1991a. *Proposition de stratégies d'action en prévention de l'infection au VIH et du sida à l'intention de la population toxicomane des régions de Montréal métropolitain et de Laval. Partie I : état de la situation*. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida, 57 pages.
- Roy, É. et Thabet, C. 1991b. *Proposition de stratégies d'action en prévention de l'infection au VIH et du sida à l'intention de la population toxicomane des régions de Montréal métropolitain et de Laval. Partie II : synthèse et plan d'action*. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida, 49 pages.
- Santé Canada. 2002. *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, 14 pages.
- Statistique Canada. 2004. *Tendances des infractions relatives aux drogues et rôle de l'alcool et des drogues dans la perpétration d'infractions*. Ottawa, n° 85-002-XPF, vol. 24, no 1 au catalogue, 27 pages.
- Sauvageau, L. 1997. «Les politiques de santé nationale et le sida», dans Lévy, J. et Cohen, H. (dir.). *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal, Éditions du Méridien, p. 433-462.
- van Campenhoudt, L. 1998. «Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements face au risque du VIH», dans *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. Paris, ANRS, collection Sciences Sociales et Sida, p. 71-80.