



PROJECT MUSE®

---

## Droits et voix - Rights and Voices

V, Fran

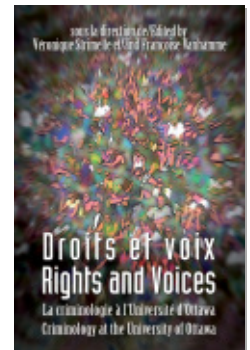
Published by University of Ottawa Press

V and Fran.

Droits et voix - Rights and Voices: La criminologie à l'Université d'Ottawa - Criminology at the University of Ottawa.

University of Ottawa Press, 2010.

Project MUSE.[muse.jhu.edu/book/12456](https://muse.jhu.edu/book/12456).



➔ For additional information about this book  
<https://muse.jhu.edu/book/12456>

## IX

# L'approche de réduction des méfaits : sa récupération politique

*par*

Line Beauchesne<sup>1</sup>

### INTRODUCTION

Un bus plutôt qu'un cabinet médical, un infirmier plutôt qu'un médecin, une seringue plutôt qu'un toit, un lieu pour toxicos sans-abris [*sic*] plutôt qu'une insertion, séparer avec plus ou moins de délicatesse le bon grain de l'ivraie et les exclus entre eux. [...] Le discours sanitaire et urgentiste désigne un public dit à risque : une politique prohibitionniste va de pair avec la réduction des risques, car elle permet de rendre visible les groupes et de les isoler dans des lieux conçus à cet effet – centres thérapeutiques, comptoirs, bus, parcs publics dans une ambition de contrôle visant à « contenir » les risques (Raedemaeker 1995 : 29).

L'État-providence est révolu. Place à l'État néolibéral gestionnaire des risques au nom de la sécurité de la collectivité, où les individus deviennent responsables de modifier leurs comportements à risques en adoptant la « bonne démarche » pour le bien de tous (Foucault 2004a et 2004b ; Lévesque 2007). C'est dans ce contexte qu'opèrent aujourd'hui

les stratégies de réduction des méfaits, créant des zones de « tolérance » dans la consommation, tolérance qui, par définition, réaffirme l'interdit. Pour cette raison, la récupération politique de cette approche pour justifier la prohibition est bien réelle. Le présent chapitre, à la suite de quelques explications sur ces affirmations, présentera deux voies pour contrer cette récupération.

Dans un premier temps, un bref historique des stratégies de réduction des méfaits montrera comment, dès le début de la politisation de ces stratégies dans le contexte du VIH, un mouvement contradictoire s'est amorcé : d'un côté, des intervenants désireux d'aller vers les usagers de drogues problématiques et de répondre à leurs demandes de soins. De l'autre côté, un État néolibéral opérant le durcissement de la répression, inscrivant l'approche de réduction des méfaits dans un discours sécuritaire qui maintient la légitimité de la prohibition.

Dans un deuxième temps, quelques éclaircissements sur le contexte politique actuel permettront de comprendre la tendance, la facilité même, pour l'État, de récupérer les stratégies de réduction des méfaits dans un discours prohibitionniste inchangé qui marginalise et exclut les usagers de drogues illicites, aggravant par le fait même les méfaits liés à ces usages.

Enfin, nous terminerons en montrant que, pour résister à cette récupération qui déshumanise et dénature l'approche de réduction des méfaits, deux stratégies sont essentielles. La première, déjà bien amorcée, consiste à briser les conflits entre les diverses approches d'aide au profit d'une solidarité qui préserve comme objectif premier le bien-être et l'intégration sociale des individus en demande de soins. La seconde, encore trop timide, est de remettre en question le discours sanitaire et sécuritaire du politique qui contraint à privilégier des stratégies de réduction des méfaits adaptant les usagers de drogues illicites à la prohibition, les amenant à en confirmer les bienfaits.

## 1. UN PEU D'HISTOIRE

Depuis fort longtemps existent des stratégies de réduction des méfaits dans l'encadrement culturel de consommation des drogues afin que le consommateur puisse bénéficier des bienfaits des drogues en limitant

leurs méfaits potentiels. Au XIX<sup>e</sup> siècle, la commercialisation des drogues injectables par l'industrie pharmaceutique a répandu dans le domaine thérapeutique l'usage généralisé de l'injection, surtout de morphine, et certains patients en ont subi des conséquences négatives. Il s'est alors développé diverses pratiques de substitution ou de maintenance pour réduire ces méfaits de la médecine.

J'arrive à la fin de ma tâche et j'ai à vous faire un aveu un peu scabreux. Je crois qu'il y a des morphinomanes qu'il ne faut pas guérir. La morphinomanie est une affection curable neuf fois sur dix. Mais, pour le dixième malade, la morphine est devenue un stimulant si nécessaire qu'à mon avis il vaut mieux le contenir dans la modération que le guérir. Je crois même qu'il peut être du devoir du médecin de ramener lui-même un malade à l'usage de la morphine... N'allez pas crier sur les toits ce que je viens de vous dire; les morphinomanes seraient trop heureux d'en profiter. Sachez-le en tant que médecins et soyez discrets, comme il convient à notre profession (D<sup>r</sup> Benjamin Ball 1890, cité par Dubarin et Nominé 1995 : 19).

Par la suite, le marché noir lié à la prohibition de certaines drogues au début du XX<sup>e</sup> siècle a grandement diminué ces protections culturelles et thérapeutiques (sauf en Grande-Bretagne où les médecins ont conservé le droit de prescrire des opiacés<sup>2</sup>). De plus, au problème des drogues sur le marché noir se sont ajoutés les méfaits liés aux conditions d'approvisionnement, à la répression et au rejet moral et social que subissent certains groupes ou personnes consommant ces drogues prohibées.

Dans les années 1960 et 1970, la consommation de drogues illécitales par de jeunes blancs de classe moyenne et aisée a réanimé certaines formes de protection pour limiter les méfaits de cette consommation (refuges lors de consommation à risques, lignes d'info, drogues de substitution, soutien par les pairs, etc.). Les Pays-Bas, toutefois, furent le seul pays dès cette période à faire de ces stratégies leur politique officielle sur les drogues en 1976. Comme le soulignait le gouvernement néerlandais de l'époque, l'objectif de leur politique en matière de drogues consistait à séparer le marché des drogues aux usages les plus à risques de celui des drogues aux usages les moins à risques (cannabis et dérivés), et de

faire en sorte que les personnes qui deviennent dépendantes des drogues illicites soient le plus en santé possible et intégrées socialement. C'est ce que l'on a désigné sous le vocable de politique de normalisation (Cohen 1997). En 1989, le ministre de la Justice néerlandais, appuyé par son ministre de la Santé, à la Conférence des Nations unies sur les toxicomanies et le trafic de drogues illicites, explique les objectifs de la politique de leur pays en ces termes.

La protection de la santé et du bien-être général de même que l'amélioration de la santé de ceux qui sont déjà devenus toxicomanes doivent demeurer notre premier but. Nous avons toujours gardé à l'esprit que le problème de l'abus des drogues est fondamentalement et principalement une question de santé et de bien-être social. De notre point de vue, ce problème ne relève pas en premier lieu de la police et du droit pénal. Nous voyons la nécessité de prévenir autant que possible une situation dans laquelle plus de dommages sont causés par les procédures judiciaires que par l'usage des drogues lui-même.

Nous donnons ainsi la priorité aux services dont la fonction première est l'amélioration de la santé et l'intégration sociale des toxicomanes, sans nécessairement mettre fin à la toxicomanie, parce que plusieurs toxicomanes ne sont pas prêts ou pas encore capables de mettre fin à leur habitude (Ruter 1990 : 191 ; notre traduction)<sup>3</sup>.

En ce qui a trait aux autres pays, c'est dans un contexte de santé publique, au milieu des années 1980, que se sont politisées les stratégies de réduction des méfaits, soit lorsque des données ont indiqué que le partage de seringues chez les toxicomanes contribuait à la propagation du VIH. En parallèle, toutefois, se durcissait la politique répressive américaine avec les stratégies de tolérance zéro, qui s'est répercutée sur le Canada.

Selon le Rapport de la vérificatrice générale du Canada (2001), les dépenses du gouvernement fédéral en matière de répression se situent entre 404 et 426 millions de dollars. À cet effet, la GRC (fonctions fédérales) reçoit 164 millions, le Service correctionnel du Canada, 157 millions, le ministère de la Justice, 70 millions et Santé Canada, 8 millions. Santé Canada, qui reçoit au total 15 millions, consacre

plus de la moitié de cette somme à l'analyse de drogues saisies par la police (5 millions) et à l'administration des lois qui contrôlent l'usage des drogues (2 millions). Quant aux 7 millions qui restent, plus de la moitié va à la GRC pour ses programmes de sensibilisation aux drogues. Comparativement à ces sommes, 28 millions sont consacrés à la prévention et au traitement, y compris les 4 millions de la GRC en prévention. En somme, 5 % pour la prévention et le traitement, et 95 % pour la répression. À ces dépenses fédérales en matière de répression s'ajoutent celles des gouvernements provinciaux et municipaux. Cela se solde par une facture oscillant entre 700 millions et 1 milliard de dollars par année pour les Canadiens selon le rapport Nolin (2002).

Ce double mouvement politique, le durcissement de la prohibition et les pressions de la santé publique en faveur de pratiques auprès des usagers de drogues par injection (UDI) qui permettent de réduire la propagation du VIH, a simplement amené, dans l'ensemble des pays occidentaux (à quelques exceptions près), une hausse de la criminalisation en matière de drogues et une baisse de la répression directe des usagers de drogues par injection, surtout d'héroïne, pour faciliter la mise en place de stratégies de réduction des méfaits orchestrées par la santé publique. Les statistiques canadiennes sur la criminalisation des usagers de drogues en 2007 confirment cette situation.

- La police au Canada a déclaré un peu plus de 100 000 infractions relatives aux drogues en 2007.
- Le taux d'infractions constaté en 2007 se situait à *son point le plus élevé en 30 ans*.
- Le taux d'infractions relatives aux drogues déclarées par la police suit une tendance générale à la hausse depuis 1993. L'augmentation du taux de ces infractions coïncide avec la baisse du taux global de criminalité, qui a commencé à peu près en même temps.
- Depuis les années 1970, les affaires de cannabis, surtout la possession, constituaient la majorité des infractions liées à la drogue. Bien que le taux d'infractions liées au cannabis ait généralement fléchi depuis quelques années, ces types de crimes représentaient toujours six infractions relatives aux drogues sur dix en 2007.

- Il s'est produit de fortes augmentations des taux d'infractions liées à la cocaïne et d'infractions liées aux autres drogues (comme le crystal meth et l'ecstasy) au cours des dix dernières années ; ces taux ont progressé de 80 % et de 168 %, respectivement. *Par contre, le taux d'infractions liées à l'héroïne a fléchi de 41 %* (Dauvergne 2009 : 5 ; nous soulignons).

Qui sont les personnes accusées ? Comme l'indiquent les statistiques judiciaires en matière de drogues, les clientèles visées par les lois sur les drogues sont majoritairement des usagers ou des petits trafiquants de milieu défavorisé. Cette expansion des contrôles a ainsi peu d'effets sur la réduction du trafic de drogues et leur fabrication, et s'avère inquiétante, car elle augmente la vulnérabilité de toute une clientèle plus visible et fragile à la répression (Conseil national du bien-être social 2000 ; Carrier 2001 ; Erickson 2001 ; Lafrenière 2002).

De leur côté, les médias envoient à la population le message que ce durcissement de la répression est légitime en soutenant les stéréotypes négatifs liés à une clientèle d'usagers plus vulnérables, mais également plus visibles. Les médias se présentent comme un instrument de surveillance du pouvoir, mais sur la question des drogues, dans la nouvelle de faits divers, leur côté réactif les amène à s'alimenter abondamment aux sources policières et les empêche de jouer ce rôle. Au Québec, une étude de Giroux (1999 : 128 et 134) montre « [...] que la majorité [86 %] des articles faisant mention de drogue sont publiés après une activité policière ou judiciaire » et que près de la moitié d'entre eux ont comme source le milieu policier. Les médias aiment beaucoup la manne de nouvelles à sensation que leur procurent les histoires de drogues (Beauchesne 2006a).

Et ces faits divers obéissent à un certain découpage de la réalité visant plus particulièrement les classes populaires.

Cette sélection se fait tantôt avec et par la complicité d'autres agents de contrôle social ; tantôt par les simples rouages des médias comme producteurs de nouvelles ; tantôt dans un cadre idéologique ; tantôt par simple intérêt mercantile, ces victimes étant facilement accessibles, manipulables et présentant peu de risques de poursuites judiciaires au lendemain d'un reportage un peu spectaculaire (Parent 1990 : 49-50).

Ce soutien médiatique de la prohibition par l'intermédiaire de la nouvelle à sensation ainsi que le discours politique sanitaire et sécuritaire soutenant la réduction des méfaits font en sorte que la population accepte certaines stratégies non par humanisme en tant que mesures d'aide aux toxicomanes, mais parce qu'il s'agit de mesures nécessaires à la protection sanitaire et à la sécurité des bons citoyens contre des groupes qui ont adopté des comportements déviants qui les menacent (Caspers 2004). Il n'est pas étonnant, dès lors, que les intervenants qui, dans le cadre des stratégies de réduction des méfaits, tentent d'outrepasser dans leurs activités cette protection de la collectivité contre ces « comportements non responsables » des consommateurs de drogues, se heurtent rapidement à des résistances politiques et populaires.

Bien sûr, sur le terrain, la majorité des programmes et des intervenants ne restreignent pas leurs pratiques à ce mandat strictement sanitaire et sécuritaire. Pour ce faire, ils ancrent leurs interventions sur deux piliers qui ont défini dès le départ l'approche de réduction des méfaits : le pragmatisme, les drogues sont là pour demeurer et il faut composer avec cette réalité, et l'humanisme, il faut intervenir sans jugement moral auprès de l'utilisateur et l'accepter là où il en est dans sa consommation pour maximiser les possibilités d'intervention (Riley 1994 ; Brisson 1997). Ces piliers ont permis, selon plusieurs, d'éviter le débat sur la prohibition et ses conséquences au profit d'interventions sociosanitaires bénéfiques aux usagers de drogues illicites.

Toutefois, ce silence fait en sorte que, 20 ans plus tard, l'État peut toujours justifier son soutien aux stratégies de réduction des méfaits dans un discours sanitaire et axé sur la sécurité, tout en poursuivant la prohibition et la répression, en contradiction profonde avec l'humanisme revendiqué par les tenants des approches de réduction des méfaits. Le refus d'insérer les objectifs de réduction des méfaits dans un débat sur les méfaits mêmes de la prohibition et des inégalités socioéconomiques en place, bien souvent pour préserver le financement essentiellement gouvernemental de ces stratégies, a comme principal effet d'attribuer la marginalisation des usagers et l'ensemble des problèmes qu'ils vivent aux drogues illicites elles-mêmes, confirmant du coup la légitimité de la prohibition (Lévesque 2007).



## 2. L'ÉTAT DÉFINIT LES RISQUES ET SES CAUSES

Le néolibéralisme actuel propose un discours politique où l'on présente l'État en tant que gestionnaire des risques contre lesquels il doit protéger les citoyens. Ce qu'on oublie ici est que non seulement l'État définit les risques auxquels il faut mettre fin au regard de multiples risques présents<sup>4</sup>, mais définit également les stratégies de réduction de risques en les inscrivant dans la « responsabilisation » des citoyens devant adopter les bons comportements pour ne pas menacer la communauté. Ce virage politique n'est bien sûr pas propre aux drogues, mais constitue la tendance générale des pays occidentaux dans les domaines sociaux, sanitaires et juridiques au fur et à mesure que l'État, en parallèle, désinvestit dans les soutiens sociaux mis en place lors de l'État-providence, soutiens qui visaient à réduire certains méfaits des inégalités sociales (Lévesque 2007).

On peut se demander, dans ce contexte, ce qu'il en est du pilier humaniste de l'approche de réduction des méfaits en matière de drogues.

C'est ainsi que la toxicomanie [à l'époque de l'État-providence] était considérée comme le symptôme d'une désaffiliation sociale, appelant par conséquent à des mesures visant la réintégration de l'individu dans le cours régulier de la vie en société. Or, le passage à la société du risque allait renverser ce partage de la responsabilité, puisque les méfaits associés aux problèmes sociaux sont dorénavant attribués aux pratiques à risques des individus. [...] Ce qui guette dès lors les individus identifiés comme faisant partie d'une population à risque, c'est la menace de stigmatisation en raison de leurs pratiques individuelles (Quirion 2003 : 485).

Quirion note, par exemple, que les premiers programmes de méthadone, alors justifiés pour leur aide à la réintégration sociale d'individus, sont aujourd'hui de plus en plus justifiés dans les documents institutionnels

pour contrer la menace collective que représente la propagation du sida via les pratiques à risques des utilisateurs de drogues par injection. [...] Les programmes de traitement à la méthadone de la

seconde génération s'imposent dès lors comme un moyen efficace de contrôler des groupes qui représentent une menace pour la communauté (Quirion 2003 : 485).

Cette logique politique néolibérale de gestion des risques au nom de la sécurité de l'ensemble est également porteuse, ces dernières années, de tout un discours sur la nécessité d'augmenter les stratégies préventives de dépistage des risques, tant en matière de drogues qu'en d'autres secteurs. L'enjeu : repérer les « problèmes » avant qu'ils ne menacent la collectivité (Massé 2003).

Ainsi, cette transition politique de l'État-providence à l'État gestionnaire de risques porte des conséquences très lourdes en matière d'interventions en toxicomanie. D'une part, elle dénature un des piliers de l'approche de réduction des méfaits chez les intervenants, l'humanisme; d'autre part, elle sert à justifier des coupures de budgets dans les stratégies d'intervention les plus coûteuses visant à accompagner ou à traiter les toxicomanes désirant diminuer ou cesser leur consommation, favorisant plutôt les programmes de substitution, souvent moins coûteux.

Pour contrer cette tendance, deux voies sont nécessaires. Tout d'abord, il faut regrouper diverses formes d'intervention afin de soutenir politiquement la nécessité de multiples formes d'aide aux personnes vivant des difficultés d'usage de drogues illicites. Ensuite, il faut remettre en question la prohibition, ce qui constitue la voie la plus importante.

### 3. UN PEU DE STRATÉGIE

#### 3.1. La nécessité des multiples formes d'intervention

Pour justifier la nécessité de cette stratégie, deux remarques préliminaires sont nécessaires.

##### *Première remarque*

Toute personne fait continuellement le choix dans sa vie d'éviter certains comportements qu'elle juge nocifs pour elle-même (abstinence) et d'en corriger d'autres par divers moyens (amis, psy, changement de milieu, spiritualité, etc.). À cet égard, les choix diversifiés des personnes pour

mettre fin à des usages problématiques de drogues ne constituent pas un monde à part. Ce qui en fait un monde à part, c'est la prohibition.

### *Seconde remarque*

La relation des aidants, des thérapeutes, des médecins avec les personnes ayant développé des usages de drogues problématiques fait aussi partie du traitement en contribuant à la définition du problème, soit par l'élargissement des causes, soit par leur restriction à des composantes neurobiologiques, psychologiques ou autres. Cette interprétation influe sur la perception que la personne développe de la cause de ses problèmes.

À cet effet, il est normal que les enquêtes auprès de personnes qui ont vécu des périodes de dépendance aux drogues illicites obtiennent diverses interprétations des causes de leur malaise. Certaines attribuent leurs problèmes au simple usage de drogues, d'autres affirment que la drogue fut un moyen d'adaptation à des problèmes de vie. Pour répondre à cette diversité de perceptions, une diversité de modèles d'intervention est nécessaire. Les voies du mieux-être ne sont pas les mêmes pour tous. Certains recréeront des solidarités et se pardonneront grâce au concept de maladie et à l'abstinence. D'autres réussiront à sortir de leur dépendance en utilisant des aides pharmacologiques. D'autres encore reprendront pied à l'aide de démarches thérapeutiques psychologisantes. Enfin, d'autres n'utiliseront aucun traitement institutionnel et retrouveront un mieux-être avec l'aide de leurs proches ou en opérant un choix personnel d'abstinence de comportements qu'ils jugent inappropriés pour eux, en modifiant leur milieu de vie ou en pratiquant une forme de spiritualité. Peu importe les moyens, du moment que cela amène les personnes à renouer des liens sociaux et à se sentir bien.

Ces remarques préliminaires servent à montrer que c'est un faux débat de s'interroger sur ce qu'est la « bonne » approche thérapeutique. La diversité des approches est fondamentale pour répondre aux différentes voies qui peuvent aider les personnes à mieux vivre. Cette diversité doit aussi se traduire par une certaine solidarité dans l'intervention. En effet, cette politique de gestion des risques favorise non seulement une approche sanitaire de protection de la communauté au détriment du financement de programme d'intégration des individus, mais alimente également, dans le domaine de la prévention, le dépistage précoce des

problèmes au nom de la diminution des probabilités de risques. Ces stratégies, bien sûr, peuvent conduire à des interventions d'aide. Mais l'objectif politique prédominant de cette gestion des risques demeure la sécurité, renvoyant ainsi à des mesures restrictives de protection de la collectivité, non à des mesures individuelles ou sociales d'intégration (Lebeau 1997 ; Coppel 2002).

À cet égard, il est heureux de constater que les partisans des stratégies de réduction des méfaits qui désirent préserver l'humanisme de l'approche unissent de plus en plus leurs voix aux autres formes d'intervention pour diminuer la récupération politique de leurs actions. Cette solidarité des diverses formes d'intervention porte sur l'objectif commun d'accroître le bien-être des individus en demande de soins. Mais un autre pas doit être accompli : la remise en question de la prohibition afin que les stratégies de réduction des méfaits ne se résument pas à apprendre aux usagers à vivre avec les méfaits qui en découlent.

### 3.2. La nécessité de remettre en question la prohibition

Quand bon nombre des méfaits que vivent les usagers de drogues illícites découlent directement ou indirectement des politiques de l'État, y a-t-il un sens à continuer les pratiques de réduction des méfaits sans interroger ces politiques ?

Bien sûr, ces dernières années, de nombreuses actions ont été entreprises auprès des UDI pour réduire les méfaits de leur consommation. Sur le plan des politiques publiques, toutefois, afin de préserver la légitimité de la prohibition, on persiste à justifier ces actions par la nécessité de protéger les citoyens d'un toxicomane potentiellement contagieux (VIH, hépatite C), soit une stratégie de défense sociale plutôt qu'une stratégie de protection sociale pour réduire les méfaits de la consommation chez des usagers considérés comme des citoyens à part entière (Cartuyvels 2003).

Ce statut de malade potentiellement contagieux qu'acquiert l'UDI dans ces politiques publiques maintient l'illusion que son mode de vie a essentiellement pour cause le produit consommé, indépendamment des conditions de consommation générées par la prohibition. Les divers regroupements d'usagers de drogues s'insurgent de plus en plus contre cette perception fondant les interventions à leur égard.

Comme les autres usagers de drogues, nous possédons une vie en dehors de notre usage de drogues et, si nous avons le choix, nous ne laisserions pas la drogue circonscrire nos vies. Malheureusement, dans l'environnement hostile dans lequel nous devons vivre, notre usage de drogues est ce qui est considéré le plus important par ceux qui ont un pouvoir sur nos vies. [...] Ce n'est pas ce que nous voulons, mais cela nous est imposé – même si nous faisons tout notre possible pour survivre (Balian et White 1998 : 392 ; notre traduction).

Comme les regroupements d'UDI le soulignent, la personne dépendante au tabac n'acquiert pas le statut premier de « malade-toxicomane », car le marché noir ne l'oblige pas à se créer un mode de vie à risques lié à sa dépendance (White 2001 ; Coppel 2002). De plus, le sevrage du tabac demeure difficile, parsemé d'essais et de rechutes malgré les produits de substitution disponibles, et ce processus d'arrêt peut prendre des années, jusqu'à ce que la personne soit prête à faire le deuil de cette habitude de vie et des plaisirs du produit. Cette réalité, pour les drogues illicites, semble beaucoup moins comprise et encore moins acceptée.

En somme, la prohibition fait des usagers de drogues illicites des êtres entièrement à part plutôt que des êtres à part entière, multipliant les problèmes sanitaires, sociaux et juridiques des clientèles les plus vulnérables (Beauchesne 2006a et 2006b). L'approche de réduction des méfaits ne peut confondre dans ses objectifs les méfaits de ces politiques prohibitives avec les méfaits des drogues elles-mêmes sous peine, malgré elle, de cautionner l'approche prohibitionniste et ses méfaits, et de se déshumaniser.

## CONCLUSION : RÉDUCTION DES RISQUES ET PROHIBITION

Les stratégies de réduction des méfaits ont semblé annoncer une ère nouvelle, remettant en question la stigmatisation de l'usager de drogues illicites au profit de politiques publiques qui appuient plus adéquatement l'intervention d'aide dans le respect des usagers. Est-ce un faux espoir ?

On constate, depuis l'arrivée des stratégies de réduction des méfaits, que le politique utilise la couverture sanitaire et sécuritaire pour justifier

une gestion des risques préservant une logique prohibitionniste qui marginalise encore davantage les usagers. L'on constate aussi que, peu importe l'approche, les solutions pharmacologiques pour répondre aux diverses problématiques en toxicomanie augmentent ; il faut s'en inquiéter si les conditions juridiques et socioéconomiques que vivent les usagers sont évacuées des objectifs de l'intervention.

Le débat sur les objectifs des stratégies de réduction des méfaits a pris de l'ampleur ces dernières années, car tant les intervenants que les regroupements d'usagers se heurtent aux limites politiques de leurs demandes. Si l'humanisme gagne en soutien sur le terrain dans le mouvement de solidarité actuel entre les diverses approches, il demeure nécessaire, pour l'ancrer dans les politiques, de revendiquer un cadre juridique en matière de drogues qui réponde à cet humanisme. Sans cela, l'humanisme de terrain se heurtera de plus en plus aux politiques de sécurité et de santé d'un État gestionnaire de risques, où la priorité est de contrer les actions d'individus qui menacent la collectivité.

En somme, la préservation de l'humanisme en tant que pilier des stratégies de réduction des méfaits repose inévitablement sur une action politique des intervenants pour préserver les objectifs de bien-être et de réintégration sociale des individus en demande de soins dans les politiques en matière de drogues. Faire abstraction de l'action politique ou s'y soustraire risque de dénaturer, à plus ou moins long terme, l'approche de réduction des méfaits, et même les autres stratégies d'aide. De plus, dans le contexte politique actuel, laisser à l'État le soin de définir les risques dont il faut s'inquiéter permet l'accroissement des contrôles sociaux et pénaux sans que les citoyens s'en inquiètent outre mesure. Enfin, canaliser les peurs des citoyens sur des risques réels mais secondaires liés aux comportements d'individus définis à risques permet également à l'État de fermer les yeux des citoyens sur des risques plus prioritaires que font courir certaines de ses politiques (sur les drogues et ailleurs) sur leur environnement socioéconomique et sanitaire.

## NOTES

1. Professeure titulaire, Université d'Ottawa, Département de criminologie, Line.Beauchesne@uottawa.ca.
2. C'est ce que l'on désigne sous le vocable de système Rollerston. L'Angleterre, à la suite de l'établissement de la prohibition, contrairement aux autres pays, reconnaît la dépendance aux drogues comme une maladie, permettant ainsi aux médecins de prescrire des drogues aux personnes devenues toxicomanes, lorsque cela est jugé nécessaire. Toutefois, à partir des années 1950, la pression américaine pour que ce système cesse en a grandement restreint la portée. À partir de 1967, ce pouvoir de prescription n'est autorisé que chez les médecins ayant obtenu une licence spéciale à cet effet.
3. Ainsi, l'approche de normalisation néerlandaise, qualifiée aujourd'hui de réduction des méfaits, n'a pas eu besoin de l'excuse de la prévention du VIH pour aller vers les usagers. Pour cette raison, son enjeu central n'est pas la protection des « bons citoyens » contre les usagers de drogues problématiques, mais l'intégration sociale des usagers de drogues par le jumelage du communautaire et du médical (si nécessaire), et le dialogue avec les usagers et les citoyens. Toutefois, dans le cadre européen, cette politique doit composer avec une répression renforcée en matière de trafic, ce qui rend de plus en plus difficiles certaines stratégies de normalisation sur le terrain (Uitermark et Cohen 2005). Ces dernières années, la répression s'est accrue grandement à l'égard des toxicomanes impliqués dans la criminalité aux Pays-Bas (Beauchesne 2006b).
4. Le découpage dans l'identification des risques par les États mériterait en soi un article pour illustrer en quoi les risques passés sous silence ou que l'État considère acceptables et les risques que l'État juge prioritaires d'endiguer au nom de la sécurité s'articulent clairement sur des lignes socioéconomiques qui ciblent certaines classes sociales plus défavorisées, ou encore permettent de cacher un contexte plus global à risques sur lequel l'État agit peu ou pas du tout (Malherbe 2002).

## BIBLIOGRAPHIE

- Balian, Raffi and Cheryl White (1998). "Defining the drug user", *International Journal of Drug Policy*, 9(6), p. 391-396.
- Beauchesne, Line (2004). « La politique en matière de drogues : du rapport Bertrand à aujourd'hui », *L'Écho-toxico*, 14(2), p. 10-11.
- Beauchesne, Line (2006a). *Les drogues : les coûts cachés de la prohibition*, Montréal, Bayard Canada [1<sup>re</sup> éd., Lanctôt 2003].
- Beauchesne, Line (2006b). *Les drogues : légalisation et promotion de la santé*, Montréal, Bayard Canada.
- Brisson, Pierre (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), Gouvernement du Québec.
- Bureau du vérificateur général du Canada (2001). Rapport de la vérificatrice générale du Canada, chapitre 11.
- Carrier, Nicolas (2001). « Discours de patrouilleurs montréalais sur la détection de l'infraction de possession de drogues prohibées », *Psychotropes*, 6(4), p. 105-131.
- Cartuyvels, Yves (2003). « Loi pénale, usage de drogues et politique », dans Dan Kaminski (dir.), *L'usage pénal des drogues*, Bruxelles, De Boeck.
- Caspers, Emmanuelle (2004). « Promotion de la santé : tactiques en toc ou tact éthique? », *Les cahiers de prospective jeunesse*, 31, juin, p. 28-39.
- Cohen, Peter D.A. (1997). "The case of the two Dutch drug policy Commissions: an exercise in harm reduction 1968-1976", in Patricia G. Erikson *et al.* (eds.), *Harm Reduction, a New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 17-31.
- Conseil national du bien-être social (2000). *La justice et les pauvres*, Ottawa, CNRS.
- Coppel, Anne (2002). *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La découverte.
- Dauvergne, Mia (2009). « Tendances des infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Canada », *Juristat*, 29(2), mai, Ottawa, Statistique Canada.
- Dion, Guy (2001). « Législation nationale et disparités régionales : le cas du Canada », *Psychotropes*, 6(4), p. 65-104.
- Dugarin, Jean et Patrice Nominé (1995). « Des principes et aléas de la substitution », *Psychotropes*, 1, p. 13-19.



- Erickson, Patricia G. (2001). *Trois décennies de criminalisation du cannabis*, Mémoire déposé au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, mise à jour des activités, 37<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session.
- Foucault, Michel (2004a). *Sécurité, territoire, population*, Paris, Gallimard/Seuil.
- Foucault, Michel (2004b). *Naissance de la biopolitique*, Paris, Gallimard/Seuil.
- Giroux, Claude (1999). *La construction du discours sur la drogue dans la presse écrite québécoise*, Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval.
- Lafrenière, Gérald (2002). *Affaires déclarées, condamnations, peines d'emprisonnement et détermination de peines en rapport avec les drogues illicites au Canada*, Recherche préparée pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, mise à jour des activités, 37<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session.
- Lebeau, Bertrand (1997). « La réduction des risques et l'esprit des lois », *Psychotropes*, 3(4), p. 145-159.
- Lévesque, Paul-André (2007). *Santé publique, lutte contre le VIH et réduction des méfaits : gouverner par la tolérance dans la société contemporaine*, Thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Malherbe, Jean-François (2002). *Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues*, Rapport d'expert à l'intention du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.
- Parent, André (1990). « Les médias, source de victimisation », *Criminologie*, 23(2), p. 47-71.
- Quirion, Bastien (2003). « Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », *Déviance et société*, 26(4), p. 479-495.
- Raedemaeker, Anne-Françoise (1995). « Esquisse des conséquences socio-sanitaires des politiques de réduction des méfaits dans un contexte prohibitionniste », Texte du séminaire *La réduction des risques*, Bruxelles, Liaison antiprohibitionniste.
- Riley, Diane (1994). « La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques », dans Pierre Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. II, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, p. 129-149.
- Rüter, C.F. (1990). "Basis of Dutch Policy", in Arnold S. Trebach and Kevin B. Zeese (eds.), *The great issues of drug policies*, Washington, D.C., Drug Policy Foundation, p. 191-194.
- Uitermark, Justus and Peter Cohen (2005). "A clash of policy approaches. The rise (and fall?) of Dutch harm reduction policies towards ecstasy consumption", *International Journal of Drug Policy*, 16(1), p. 65-72.

White, Cheryl (2001). "Beyond professional harm reduction: the empowerment of multiply-marginalized illicit drug users to engage in a politics of solidarity towards ending the war on illicit drug users", *Drug and alcohol review*, 20, p. 449-458.

