

Université de Montréal

La réduction des méfaits au Canada : Les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle

Par
Michaël Gillet

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures,
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en criminologie

Octobre, 2004

© « copyright », Michaël Gillet, 2004



Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**La réduction des méfaits au Canada :
Les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle**

Présenté par :

Michaël Gillet

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Benoît Dupont
président-rapporteur

Serge Brochu
directeur de recherche

Bastien Quirion
membre du jury

RÉSUMÉ

L'objectif général de ce travail de recherche consiste à effectuer une analyse critique des politiques canadiennes actuelles en matière de « réduction des méfaits » (RDM) dans le but d'en mesurer les limites et les enjeux. Pour y parvenir, un des objectifs particuliers de cette étude a consisté, à partir d'une revue de littérature, à mieux comprendre le développement de l'approche de RDM, ainsi que ses enjeux et ses limites. Cette démarche visait à établir une grille de lecture permettant d'identifier des critères clés pour déterminer l'appartenance conceptuelle de pratiques ou de politiques à l'approche de RDM. L'analyse critique de la littérature signale une absence de consensus sur de nombreuses notions (définition, terminologie, concepts clés, typologies des actions, cadre politico-légal), l'absence de critères décisifs, d'éthique et de cadre explicite pour revendiquer l'appartenance au modèle, traduisant ainsi une incapacité à statuer et l'existence d'un continuum de définition et de conceptualisation au sein de l'approche. L'ensemble de ces conditions crée des vides définitionnels et conceptuels, des zones grises, qui génèrent alors le risque de voir quiconque récupérer ou institutionnaliser l'approche selon ses objectifs, ses valeurs et son contexte culturel, dans des mentalités qui ne lui correspondent pas et/ou qui nuisent à son bon fonctionnement. Un autre but de cette étude visait à connaître et comprendre la conceptualisation et l'implantation de l'approche de RDM au sein des objectifs et des priorités de l'État canadien (agenda politique). Pour ce faire, nous avons effectué une analyse verticale et horizontale des *Stratégies canadiennes antidrogue* (SCA), soit une analyse du discours fédéral concernant la régulation de l'usage psychotrope au Canada. Au terme de cette analyse, nous avons constaté une récupération abusive de l'approche de RDM dans le contexte canadien, par l'adoption d'une conceptualisation qui souligne l'absence de réelle coupure face à la notion d'abstinence. Nous avons aussi constaté une perte de l'*humanisme* engendré par des dérapages conceptuels et l'adoption d'un modèle de « gestion des risques » qui stigmatisent les usagers. Enfin, dans une discussion sur les motivations liées à l'agenda politique canadien et sur le rôle des SCA, nous illustrerons que le modèle de RDM adopté au Canada permet de trouver un consensus entre l'ensemble des intérêts politiques (les visées prohibitionnistes, sanitaires et d'abstinence) et les enjeux paradigmatiques en vogue (recherche, épidémiologie, approche positiviste et quantitative, gestion des risques, etc.), tout en maintenant le leadership

national (contrôle des pratiques, intégration et diffusion de la notion institutionnelle de risque, etc.) et international du gouvernement dans ce domaine.

ABSTRACT

The general objective of this research paper consists of making a critical analysis of the present Canadian policies on “harm reduction” (HR) in order to measure their limits and issues. To do so, one of the specific goals of this research consisted of better understanding the development of the HR approach, from a literature review, as well as its issues and its limits. This process aimed at establishing a reading chart allowing for the identification of the key criteria used to determine the conceptual appurtenance (conformity) of the practices or policies related to HR. The critical analysis of the literature indicates a lack of consensus on numerous notions (definition, terminology, key concepts, action typology, political and legal framework) and the absence of decisive criteria, ethics, and explicit and sufficient framework to claim the appurtenance to the model, thus expressing an inability to rule as well as a continuum of definition and conceptualization within the approach. All those conditions create definitional and conceptual voids and grey areas that then generate the risk of seeing anyone recuperate or institutionalize the approach according to his own objectives, values and cultural context, with mentalities that do not correspond and/or interfere with its good functioning. Another goal of this study was to get to know and understand the conceptualization and the implantation of the HR approach within the objectives and the priorities of the Canadian state (political agenda). In order to do so, we made a vertical and horizontal analysis of Canada's Drug Strategy (CSA). At the end of this analysis, we observed an abusive recuperation of the HR approach in the Canadian context, by the adoption of a conceptualization that underlines the absence of real divide in the face of the notion of abstinence. We also noted a loss of the *humanism* generated by conceptual losses of control and the adoption of a “risk management” model that stigmatizes the users. Finally, in a discussion on the motivations linked to the Canadian political agenda and on the role of CSA, we will illustrate that the HR model adopted in Canada allows to reach a consensus between the prohibitionist, sanitary and abstinence designs, in brief, all the fashionable political and paradigmatic interests, while maintaining the government's national (control of practices, integration and diffusion of the institutional notion of risk, etc.) and international leadership in this field.

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES FIGURES	viii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	1
<i>L'usage psychotrope et les sociétés humaines : une constante universelle, culturellement et historiquement déterminée</i>	2
<i>La prohibition en Occident : pourquoi et comment ?</i>	3
<u>La diffusion des drogues dans les pays producteurs</u>	3
<u>La diffusion des drogues en Occident</u>	4
<u>Le contrôle des masses populaires</u>	4
<u>Le contrôle de l'immigration</u>	5
<u>Le monopole du marché et la domination Nord-Sud</u>	6
<u>Les législations au Canada</u>	6
<u>Les législations internationales</u>	7
<i>L'évaluation des politiques prohibitionnistes : un échec chronique aux répercussions humaines, sociales, sanitaires et économiques désastreuses</i>	10
<u>Les fondements de la prohibition</u>	10
<u>La prohibition : un échec moral</u>	10
<u>La prohibition : un échec empirique</u>	12
<u>La prohibition : un échec sanitaire</u>	13
<u>Les mythes populaires du rôle criminogène des substances psychotropes</u>	14
<i>Les mouvements anti-prohibitionnistes</i>	15
<i>Le processus d'émergence des stratégies de réduction des méfaits</i>	16
CHAPITRE I :	
CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE	17
1-1 La notion d'objet construit.....	18
1-1-1 Le phénomène de déviance comme construit social.....	19
1-1-2 L'usage de substances psychoactives comme construit social.....	20
1-2 Les approches du consensus et du conflit social.....	20
1-3 Les théories de l'élite.....	23
1-3-1 La notion classique d'élite.....	20
1-3-2 La compatibilité entre la notion de masse, d'élite et de démocratie.....	23
1-3-3 La compétition des élites dans la sphère politique.....	26
1-4 La criminologie critique et la réaction sociale.....	25
CHAPITRE II :	
MÉTHODOLOGIE	29
2-1 Les buts et les objectifs du mémoire.....	30
2-1-1 Le but et l'objectif général.....	30
2-1-2 Les buts et les objectifs particuliers : deux fronts d'étude.....	30
2-2 La pertinence sociale.....	31
2-3 La forme du mémoire.....	32
2-4 Les méthodes de recherche qualitative.....	32
2-4-1 Une démarche descriptive et exploratoire.....	33
2-4-2 Le point de vue des acteurs.....	34
2-4-3 Les procédés méthodologiques.....	35
<i>La recherche documentaire</i>	36
<u>Pour le premier article</u>	36

<u>Pour le deuxième article</u>	38
<u>La documentation complémentaire</u>	38
<i>L'analyse documentaire</i>	39
<u>Pour le premier article</u>	39
<i>Les grilles verticales</i>	39
<i>Les grilles horizontales</i>	40
<u>Pour le deuxième article</u>	41
<i>Les grilles verticales</i>	41
<i>Les grilles horizontales (transversales)</i>	43
CHAPITRE III :	
LES ENJEUX ET LES LIMITES DU DÉVELOPPEMENT DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS : UNE PERSPECTIVE CANADIENNE	44
INTRODUCTION.....	46
MÉTHODOLOGIE.....	48
<i>Les méthodes de recherche</i>	48
<i>Les méthodes d'analyse</i>	49
<u>Les grilles verticales</u>	49
<u>Les grilles horizontales</u>	50
LE PROCESSUS D'ÉMERGENCE DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS : UNE DIVERSITÉ DES SOURCES POUR UN BUT COMMUN.....	50
<i>Les sources</i>	50
<i>Le processus</i>	51
<i>Le contexte</i>	52
<i>Les enjeux</i>	52
<u>La RDM, un espace idéologique et social en définition</u>	52
<u>La RDM : une construction culturellement et historiquement déterminée</u>	53
LE PROCESSUS D'ÉMANCIPATION DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS : UN ESSAI DE DÉFINITION ET DE CONCEPTUALISATION POUR L'APPROCHE.....	54
<i>La diversité des acteurs et l'absence de consensus au sein du mouvement : un essai de définition de l'approche et de ses concepts</i>	54
<u>Entre définition minimum et maximum</u>	54
<u>Entre le concept de méfait et celui de risque</u>	55
<i>La coupure face aux modèles traditionnels de l'abstinence : un essai de conceptualisation</i>	57
<u>Entre l'idéalisme d'abstinence et le pragmatisme</u>	57
<u>La compatibilité conceptuelle entre la RDM et le modèle d'abstinence</u>	58
<i>L'abstinence comme but ultime de l'intervention</i>	58
<i>Les stratégies de RDM comme moyen de soutenir l'abstinence</i>	58
<u>Du moralisme à l'humanisme</u>	59
<u>Entre prohibition et légalisation des drogues</u>	60
<i>La réaction à la crise du sida : l'orientation des priorités</i>	61
<i>Les préoccupations sanitaires</i>	61
<u>L'émergence de pratiques reconnues</u>	61
<u>De la notion de méfaits individuels à celle de méfaits collectifs</u>	62
LES LIMITES ET LES ENJEUX DU DÉVELOPPEMENT DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS.....	62
<i>Une synthèse des critères déterminants pour délimiter l'appartenance conceptuelle à l'approche de RDM : une configuration et déjà quelques limites!</i>	62
<i>L'absence de consensus et l'incapacité à statuer</i>	65
<i>L'absence d'éthique</i>	65
<i>La définition et la conceptualisation de l'approche : un processus réactif</i>	66
<i>De la philosophie aux actions de RDM : une affaire de contexte</i>	67
CONCLUSION.....	67
RÉFÉRENCES.....	69

CHAPITRE IV :	
INSTITUTIONNALISATION DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS AU SEIN DE L'AGENDA POLITIQUE CANADIEN : LES ENJEUX ET LES LIMITES DE LA CONCEPTUALISATION ACTUELLE.....	
	73
INTRODUCTION.....	75
MÉTHODOLOGIE.....	77
<i>Les buts et les objectifs.....</i>	77
<i>Le matériel empirique.....</i>	77
<u>Les grilles d'analyses.....</u>	78
ANALYSE.....	80
1- Analyse verticale.....	80
1-1 La SCA de 1987 : l'absence des stratégies de RDM.....	80
1-1-1 La problématique des drogues au Canada en 1987.....	80
1-1-2 La stratégie d'action fédérale de 1987.....	81
1-1-3 Le leadership ministériel en 1987.....	84
1-1-4 Présence et conceptualisation de la RDM en 1987.....	84
<u>La définition minimum et les notions de méfaits et de risques.....</u>	84
<u>Le processus de rupture face aux modèles de 'abstinence.....</u>	85
<u>Le phénomène du sida.....</u>	87
<u>Les pratiques reconnues.....</u>	87
1-1-5 Conclusions : la SCA de 1987.....	88
1-2 La SCA de 1992 : l'introduction d'un processus d'institutionnalisation des stratégies de « réduction des méfaits ».....	89
1-2-1 La problématique des drogues au Canada en 1992.....	89
1-2-2 La stratégie d'action fédérale de 1992.....	90
« <i>D'une démarche descendante à une démarche ascendante</i> ».....	90
« <i>Les nouveaux groupes cibles des activités de prévention et de traitement</i> ».....	90
« <i>La réaffirmation du bien-fondé d'une approche équilibrée – répression et contrôle</i> ».....	91
« <i>Le maintien d'un profil international</i> ».....	91
« <i>La réalisation de recherche de portée nationale</i> ».....	91
« <i>Façons de documenter les réussites de la SCA</i> ».....	92
1-2-3 Le leadership ministériel en 1992.....	93
1-2-4 Présence et conceptualisation de la RDM.....	93
1-2-5 Conclusions : la SCA de 1992.....	94
1-3 La SCA de 1998 : l'assise des stratégies de RDM.....	96
1-3-1 La problématique des drogues au Canada en 1998.....	96
1-3-2 La stratégie d'action fédérale de 1998.....	96
1-3-3 Le leadership ministériel en 1998.....	99
1-3-4 Conceptualisation de la RDM.....	99
1-3-5 Conclusions : la SCA de 1998.....	100
2- Analyse horizontale.....	101
2-1 Évolution de la problématique.....	101
2-1-1 Les causes.....	101
<u>De causes existentielles à sociales.....</u>	101
2-1-2 Les comportements problématiques.....	102
<u>Des problèmes d'abus aux problèmes associés à l'abus.....</u>	102
<u>La nouveauté de la production et du trafic au sein de la problématique.....</u>	102
2-1-3 Les conséquences.....	102
<u>La constance des conséquences individuelles et collectives.....</u>	102
2-1-4 L'ampleur.....	103
<u>D'une ampleur nationale à mondiale.....</u>	103
2-2 Évolution de la stratégie d'action fédérale.....	103
2-2-1 Les buts et les objectifs.....	103
<u>De la diminution de l'usage à la diminution de ses méfaits.....</u>	103
<u>Des objectifs de plus en plus précis.....</u>	103
2-2-2 Les principes de base.....	104
<u>La constance des principes de base.....</u>	104
<u>Certaines nouveautés.....</u>	104

2-2-3	Les fronts d'action.....	104
	<u>La constance des fronts d'action.....</u>	104
2-2-4	Les priorités et orientations futures.....	105
	<u>Des drogues licites vers celles illicites.....</u>	105
	<u>La constance de la préoccupation pour les jeunes.....</u>	105
	<u>Quelques constantes.....</u>	106
2-2-5	Le contexte.....	106
	<u>De rééquilibrer l'approche fédérale à réaffirmer l'approche équilibrée.....</u>	106
2-3	Évolution du leadership.....	107
	<u>Un leadership croissant pour la Santé.....</u>	107
2-4	Évolution de la conceptualisation de la RDM.....	107
	<u>D'inexistante à prédominante dans le discours.....</u>	107
2-5	Conclusions sur l'évolution des SCA : une reconstruction historique et conceptuelle.....	108
DISCUSSION.....		110
	<u>Un but plutôt qu'une stratégie.....</u>	110
	<u>L'absence de réelle rupture face à l'abstinence.....</u>	112
	<u>L'institutionnalisation d'une approche de « gestion des risques ».....</u>	113
CONCLUSION.....		114
RÉFÉRENCES.....		116

CHAPITRE V :

DISCUSSION.....		119
5-1	Du processus de développement (définition et conceptualisation) de l'approche à la réalité de l'implantation des stratégies (institutionnalisation) au sein de l'agenda politique canadien	120
5-2	L'institutionnalisation de la RDM et de ses pratiques : la récupération du modèle à des fins institutionnelles et politiques.....	125
5-2-1	Le rôle des SCA dans l'agenda politique canadien : l'intégration de la notion de risque dans un but sécuritaire.....	125
	<i>Le rôle de l'État : une fonction sécuritaire dans un paradigme de gestion des risques.....</i>	125
	<i>Le rôle et le fonctionnement des institutions.....</i>	125
	<u>L'institutionnalisation de la notion de risque : un processus politique élitiste.....</u>	126
	<i>Définir une problématique.....</i>	126
	<i>Les agents de définition.....</i>	126
	<u>L'institutionnalisation de la notion de risque : un processus structurel.....</u>	127
	<i>L'intégration du risque sécuritaire : le rôle du système pénal.....</i>	127
	<i>La définition pénale des drogues : l'intégration des facteurs de risques.....</i>	127
	<i>Les statistiques criminelles comme support empirique</i>	128
	<i>Les mesures alternatives à l'emprisonnement : un pont entre santé et sécurité.....</i>	129
	<i>L'intégration du risque sanitaire : le rôle de la prévention et de l'éducation dans le système social.....</i>	130
	<i>Entre réadaptation et façonnement.....</i>	132
5-2-2	Le rôle des SCA dans l'agenda politique Canadien : la diffusion de la norme.....	133
	<i>Un message normatif de l'État.....</i>	133
	<i>La diffusion de la norme sanitaire.....</i>	134
	<u>La pénétration de l'élite sanitaire au niveau fédéral dans la problématique des drogues.....</u>	134
	<u>Le leadership grandissant de Santé Canada.....</u>	134
	<u>La diffusion de la norme sanitaire : des alliances stratégiques.....</u>	135
	<i>La compétition interministérielle pour la diffusion de la norme</i>	136
	<u>La séparation des compétences institutionnelles.....</u>	137
	<u>La séparation des compétences : un processus à sens unique.....</u>	138
	<u>Le renforcement mutuel pour le maintien des institutions.....</u>	139
5-2-3	Le rôle des SCA dans l'agenda politique canadien : l'assise du leadership fédéral, du contrôle des pratiques de régulation psychotrope, d'un consensus entre les différents intérêts politiques et des paradigmes émergents.....	140
	<i>Le leadership fédéral.....</i>	140
	<i>Le contrôle des pratiques de régulation de l'usage psychotrope.....</i>	142

L'institutionnalisation des pratiques : la récupération des fonctions sociales de

<u>L'État</u>	142
<u>L'institutionnalisation de la RDM : un contrôle des pratiques</u>	
<u>sanitaires</u>	143
<i>Un dérapage de la notion de méfait au profit de celle de risque</i>	143
<i>Le dérapage de la notion de méfait individuel au profit de celle de méfait collectif</i>	143
<u>Les subventions comme mécanismes d'institutionnalisation</u>	144
<i>Le subventionnisme « critérié »</i>	144
<i>Des pratiques bien choisies</i>	145
<i>Un modèle consensuel entre les différents intérêts politiques</i>	146
<i>L'émergence d'un nouveau paradigme</i>	147
CONCLUSION	151
<i>L'évaluation critique des politiques canadiennes actuelles en matière de réduction des méfaits</i>	153
<u>Les limites et les enjeux du développement de l'approche de RDM : une perspective canadienne</u>	153
<i>L'absence de consensus et l'incapacité à statuer au sein de l'approche de RDM :</i>	
<i>l'émergence d'un continuum de définition et de conceptualisation</i>	153
<i>La réaction à la crise : quand l'urgence et la popularité contribue à l'absence</i>	
<i>d'approfondissement des limites conceptuelles de l'approche</i>	153
<i>L'absence de cadre explicite pour déterminer l'appartenance à l'approche : l'émergence de</i>	
<i>vides conceptuels</i>	154
<u>L'institutionnalisation de la RDM au sein de l'agenda politique canadien : limites et enjeux de la</u>	
<u>conceptualisation actuelle</u>	154
<i>La récupération abusive de l'approche : un but plutôt qu'une stratégie</i>	155
<i>La récupération abusive de l'approche : la perte de l'humanisme</i>	155
<i>Les rôles des SCA dans l'agenda politique canadien</i>	155
<u>L'adoption d'un modèle consensuel</u>	155
<u>Le maintien de la RDM dans un esprit d'abstinence</u>	156
<i>L'adhésion des acteurs pro-abstinence à la RDM pour des raisons sanitaires dans un</i>	
<i>contexte de crise</i>	156
<i>L'aspect multidimensionnel de la consommation : l'adaptation psychosociale dans la</i>	
<i>problématique des drogues</i>	157
<i>La pathologisation systématique de l'usage : la justification du travail de sauvetage dans</i>	
<i>une approche symptomatique</i>	158
<i>La priorisation des méfaits primaires</i>	158
<u>Le maintien de la RDM au sein d'un modèle prohibitionniste</u>	159
<i>Le moralisme juridique : l'institutionnalisation de la guerre à la drogue au sein de la</i>	
<i>RDM</i>	159
<i>Le paternalisme juridique : la normalisation du travail de sauvetage</i>	159
<i>L'absence d'action politico-légale : le maintien d'une « médecine de guerre »</i>	160
<i>La remise en question des processus élitistes d'adoption de politiques institutionnelles et des paradigmes</i>	
<i>dominants pour les soutenir</i>	161
<u>La linéarité des modèles de gestion de la toxicomanie</u>	161
<i>La priorisation constante de l'intervention individuelle au nom des problèmes sociaux : un</i>	
<i>risque de stigmatisation</i>	161
<i>Un modèle ascendant : changer les individus pour changer la société</i>	161
<u>L'assise du positivisme dans la construction sociale de la problématique des drogues</u>	162
<i>L'absence ou le peu d'impact des comités d'usagers dans la définition élitiste de la</i>	
<i>problématique des drogues</i>	162
<i>L'absence de vision phénoménologique</i>	163
<i>La contribution sociale de la recherche sur les politiques de RDM au Canada</i>	164
<u>Le fonctionnement politique</u>	164
<i>La compétition verticale entre l'élite et la masse</i>	164
<i>La compétition horizontale entre les élites</i>	165
<u>Les enjeux au niveau de l'intervention</u>	165
<u>L'importance de la recherche</u>	166
BIBLIOGRAPHIE	167
ANNEXE A : GRILLES D'ANALYSE ET DE CODIFICATION	x

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE III

Figure 1 : Champ d'action de la réduction des méfaits sur le continuum de l'intervention préventive (selon Brisson, 1997).....56

CHAPITRE IV

Figure 1 : La problématique des drogues au Canada en 1987.....81

Figure 2 : La stratégie d'action fédérale de 1987.....83

Figure 3 : La stratégie d'action fédérale de 1992.....92

Figure 4 : La problématique des drogues au Canada en 1998.....96

Figure 5 : La stratégie d'action fédérale de 1998.....99

Figure 6 : schème conceptuel de la RDM au sein de la Stratégie.....111

CHAPITRE V

Figure 1 : schématisation de l'impact du processus de définition et de conceptualisation de l'approche de RDM sur la réalité de l'institutionnalisation des stratégies dans l'agenda politique canadien.....123

Figure 2 : Les éléments d'influence dans la conceptualisation actuelle de la RDM au Canada.....124

Figure 3 : schématisation des éléments dominants dans la recherche de consensus du gouvernement fédéral pour l'adoption d'un modèle général dans la lutte contre les drogues au Canada.....150

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'équipe du RISQ (Lyne Desjardins, France Fortin, Micheline Ostoj, Élise Huot et Marie-France Bastien) qui, pendant plus de trois ans, m'ont offert du support et des encouragements dans ma démarche. Merci à Amélie Marsh, collègue et amie, pour tes encouragements et de m'avoir laissé ton bureau si beau et si grand... et tous les autres collaborateurs d'un jour ou d'un instant. Un merci tout particulier à Michel Landry et Serge Brochu (codirecteurs du RISQ), ainsi que Louise Guyon (coordinatrice du RISQ) qui m'ont offert le travail dont j'avais besoin et qui m'ont permis d'acquérir une expérience formidable dans mon domaine d'étude. Ils ont à plusieurs reprises renouvelé leur confiance en moi, faisant preuve de souplesse et d'ouverture face à ma réalité multidimensionnelle (étudiant révolutionnaire et idéaliste inscrit dans deux programmes en même temps, Français mais pas trop, Québécois juste assez, lève-tard trop souvent, musicien bruyant à l'humour douteux, etc.). Un merci particulier à l'équipe de la DSP (Céline, Line et Marie) du Centre Dollard-Cormier pour leur bonne humeur, leur humour et leur sens du « party », mais aussi pour ses nombreuses discussions passionnées si enrichissantes. Un merci spécial à Pascal Schneeberger, collègue de travail et ami, pour ta confiance, ton écoute, ta gentillesse, ta générosité et ta raquette de badminton lors de nos parties du vendredi... tu es quelqu'un de formidable et quiconque gagne à te connaître.

Je voudrais remercier mes amis du Québec qui m'ont fait oublier mon mémoire quand j'en avais besoin, et qui m'en ont détourné quand c'était moins pertinent... il ne faut jamais rien regretter! Merci à mes amis de France qui ont toujours cru en moi et m'ont supporté dans mes démarches... et même quand il s'agissait de les quitter! Merci aux membres de ma famille pour leur confiance et leur appui dans mes choix. Merci à ma belle-famille, grâce à vous j'ai deux familles! Merci à Françoise pour les corrections et la traduction. Merci à ma conjointe, Valérie, dont le support n'a pas d'équivalent... tu me rends meilleur chaque jour. Enfin, merci à Serge Brochu, mon directeur de mémoire, pour sa patience, sa confiance et son respect. Il m'a ouvert de nombreuses portes, dirigé et encouragé dans le respect de mon rythme et de mes choix... ceci n'a pas de prix!

Merci au Québec pour son accueil chaleureux... moi aussi, je me souviens!

INTRODUCTION

L'usage psychotrope et les sociétés humaines : une constante universelle, culturellement et historiquement déterminée.

Les drogues ont toujours existé et existeront toujours (Cardinal, 1988). Des évidences archéologiques signalent la présence du recours psychotrope dans les sociétés humaines depuis la préhistoire jusqu'à aujourd'hui. En revanche, les rapports aux psychotropes et les contextes d'utilisation évoluent; ils s'inscrivent dans des situations historiquement et culturellement déterminées.

« Dès lors, l'usage des substances psychoactives est vu comme un élément d'un ensemble plus vaste qui comprend, entre autres, les valeurs, les attitudes, les croyances, les conceptions de la réalité, les connaissances de l'individu consommateur et du groupe auquel il appartient, bref ce qui est convenu d'appeler la dimension culturelle. À ce vaste ensemble s'ajoute la dimension sociologique, avec des variables telles que le statut économique, le niveau d'éducation, le type de résidence (urbaine ou rurale), auxquelles il faut ajouter le contexte économique et politique propre à chaque époque et à chaque lieu » (Cardinal, 1988 : 22).

Selon Cardinal (1988), l'adoption culturelle des substances psychotropes n'est pas qu'une question d'accessibilité puisque l'intégration à la vie sociale et économique d'une société, ou d'une sous-culture, résulte aussi de la valeur symbolique et des effets psychopharmacologiques qui doivent s'accorder avec les visions de soi et de l'univers (philosophique et physique). L'usage psychotrope n'est donc pas vide de sens aux yeux de son utilisateur. Ainsi, certains consomment pour se divertir et échapper à l'ennui d'une vie perçue vide de sens (Guyon, De Koninck, Morissette, Ostoj et Marsh, 2002), ou encore pour s'identifier à la famille (Brunelle, Cousineau et Brochu, 2002; Guyon et al., 2002) ou à un groupe social déterminé qui valorise ce comportement (Brunelle, Cousineau et Brochu, 2003; Shore, Rivers et Berman, 1983). D'autres consomment pour oublier leurs problèmes et anesthésier leur conscience (Bouhnik 1996; Brunelle, Brochu et Cousineau, 1998; Cormier, 1993; Glauser 1995), calmer l'angoisse, la douleur ou fuir les démons (Cardinal, 1988), ainsi que pour se soulager du stress et/ou de l'anxiété que crée l'existence humaine et la vie en société (*Stratégie canadienne antidrogue - SCA, 1988*¹). Autant de raisons que d'individus dit-on.

¹ Il existe actuellement trois *Stratégies canadiennes antidrogue*. Le nom des documents qui les présentent et que nous avons analysés diffère d'une *Stratégie* à l'autre. Pour faciliter la compréhension des lecteurs, nous utiliserons, volontairement et d'une façon uniforme tout au long de ce présent travail, l'abréviation SCA pour désigner n'importe laquelle des *Stratégies*, tandis que les dates permettront aux lecteurs des les différencier. Pour la référence exacte le lecteur pourra se référer à la bibliographie présente à la fin du document. Aussi, les dates de publication des *Stratégies* (1988, 1994 et 1998) diffèrent de celles de leur mise en place (1987, 1992, 1998). Lorsque nous citons les *Stratégies* en référence aux documents qui les présentent et que nous avons analysés, nous conservons les dates de publication. Lorsque la *Stratégie*, comme action politique en tant que telle est mentionnée, nous citons la date de mise en application.

Au niveau individuel, l'expérience psychotrope est déterminée par la loi de l'effet (Zinberg, 1984), soit l'interaction entre l'individu (ses croyances, ses prédispositions, ses caractéristiques biopsychosociales, etc.), la substance (sa nature, sa qualité, sa quantité, etc.) et le contexte (les valeurs sociales, les lois, l'environnement de consommation, etc.). Alors, bien souvent, la consommation s'inscrit à l'intérieur de rites et de contextes sociaux déterminés, dans lesquels les représentations des comportements de consommation ne feront de sens seulement et exclusivement qu'à l'intérieur de ces conduites sociales; un code implicite ou explicite de comportements personnels et sociaux sera alors diffusé dans le tissu social. Par exemple, Brisson (1988) précise que l'identité sociale de l'alcool (la structuration de son aspect domestique) s'explique par un double processus d'intégration, soit au niveau culturel et économique. L'aspect culturel tissera le cadre des normes sociales d'usage. L'aspect économique, quant à lui, garantira alors une production et une diffusion de la dite substance afin d'en assurer une accessibilité constante.

Le code et le contrôle social réfèrent à la gamme de comportements sociaux possibles face à l'usage psychotrope, qui s'étendent de l'approbation à l'interdiction (Cardinal, 1988). En fait, le code social dressera une frontière entre le permis et le défendu, entre ce qui est sécuritaire et dangereux. « *Ce code socioculturel, appris, partagé et transmis de façon largement inconsciente aux individus qui partagent la même culture, régleme le contrôle social* » (Cardinal, 1988 : 24). Il se met alors en place toutes sortes de mécanismes pour opérationnaliser ce contrôle, qu'ils soient formels (sanctions, prisons, amendes, etc.) ou informels (réprimandes, stigmatisation, rejet, exclusion, etc.). Mais puisque ce code n'est pas fixé dans le temps, il évolue et se transforme pour autant de raisons propres à chaque contexte. Tantôt privilégié ou banalisé, tantôt interdit ou stigmatisé, l'usage psychotrope et la réaction sociale à son égard évoluent dans le temps et d'une société à l'autre. Il reste alors à identifier les raisons culturelles et sociologiques qui nous appartiennent.

La prohibition en Occident : pourquoi et comment ?

La diffusion des drogues dans les pays producteurs

Selon Weil et Rosen (1983), les problèmes à l'échelle sociale se développent dès lors qu'une culture utilise des drogues sous des formes dangereuses et dans des contextes inappropriés. Pour Brisson (1997), ces contextes inappropriés renvoient, bien souvent, à

une utilisation des produits psychotropes en dehors des rites traditionnels, du sens ou du savoir culturel. À la question comment les drogues ont inondé les pays producteurs, Beauchesne (1992) répond, qu'avant l'époque coloniale, l'utilisation des drogues illicites dans les pays du Tiers Monde² se faisait à l'intérieur de rites religieux ou de quelques fêtes. Les colons occidentaux (Britanniques, Espagnols et Français) ont développé la production et le commerce des psychotropes (opium en Asie et coca en Amérique du sud) pour des raisons stratégiques. Pourquoi et dans quel but ? Le maintien de la domination politique et économique occidentale. Pour financer les colonies ou les guerres, l'Occident a favorisé l'expansion massive de produits et de pratiques de consommation en dehors des normes culturelles des pays colonisés. Les conséquences furent nombreuses et désastreuses : bouleversement des pratiques de consommation et problèmes associés, changement dans les modes de vie sociaux et les économies traditionnelles, ainsi que de nombreux dommages écologiques (Beauchesne, 1992).

La diffusion des drogues en Occident

Au 19^{ème} siècle, des découvertes occidentales scientifiques et médicales sur les vertus de certains agents psychotropes ont servi d'appui pour multiplier les productions locales. En plus d'inonder le Sud et l'Asie, les substances se transforment, traversent les océans et s'installent en Occident. Selon plusieurs auteurs (Brisson, 1997; Beauchesne, 1994), le 19^{ème} siècle se caractérise, dans le domaine des drogues et à l'échelle mondiale, par la commercialisation massive et rapide des produits. Beauchesne (1994) parlera alors du « marché de la guérison ». Des produits dérivés du pavot et de la coca ont été largement distribués sans réelle connaissance des conséquences à long terme, ni information ou formation professionnelle pour leur utilisation. Il reste que le corps médical et l'industrie pharmaceutique, appuyés par l'industrie publicitaire, ont largement contribué à cette diffusion massive. Là encore ce sont des raisons commerciales et économiques qui ont motivé l'expansion et la contamination sociale endémique des substances psychotropes.

Le contrôle des masses populaires

Selon Beauchesne (1994), les premières personnes dépendantes (médecins eux-mêmes et victime de la médecine) témoignent alors d'une tragédie individuelle, celle du malade-victime; victime d'un usage inapproprié, dans un contexte inadapté, en dehors des

² De manière générale, ces pays sont les principaux producteurs de drogues cultivées et déclarées illicites.

connaissances, des valeurs et des normes culturelles. Cette perception de tragédie humaine change radicalement d'orientation lorsque les psychotropes inondent les classes populaires, où les toxicomanes sont alors perçus comme des gens sans volonté, des délinquants ou des mauvais citoyens improductifs (Beauchesne, 1994). La tolérance sociale se dilue pour des personnes qui risquent d'instaurer le désordre au sein de la communauté. Les médecins, par leur reconnaissance sociale grandissante, appuient le pouvoir politique en place pour le contrôle des désordres sociaux à travers la diffusion de leur message moral : il faut conserver son énergie corporelle et être en santé pour produire (hommes) et se reproduire (femmes). Ce message prend une importance d'autant plus considérable dans une société capitaliste où la capacité de production s'avère déterminante.

Les élites médicales, appuyées par l'élite politique, acquièrent progressivement la légitimité de se prononcer sur bon nombre de règles sociales qui dépassent largement leurs compétences (Beauchesne, 1994). Foucault (1975) parle alors d'autorité médicale dont le discours scientifique ne cessera de favoriser les objectifs grandissants de productivité. Faisant le jeu du pouvoir politique et économique en place, ces derniers choisiront le corps médical comme porte-parole principal de ce nouvel ordre moral et ce, malgré l'ignorance des médecins de l'époque et le peu de connaissances disponibles sur le sujet. Ce sont des raisons financières (de productivité) et de maintien des élites en place qui poussent, cette fois-ci, à la condamnation de l'usage psychotrope. Des groupes sociaux et/ou culturels sont visés et stigmatisés : principalement les pauvres et les sans-emploi dont l'improductivité est perçue comme une tare sociale, mais aussi l'immigration qui constitue un facteur de compétition économique pour les travailleurs locaux.

Le contrôle de l'immigration

Selon plusieurs auteurs (Beauchesne, 1988, 1992 et 1994; Dion, 1999), l'immigration chinoise s'installe en Amérique du Nord (au Canada et aux États-Unis) comme main d'œuvre bon marché pour la construction des chemins de fer, apportant avec elle les us de consommation préalablement acquis lors de l'époque coloniale. Au début du 19^{ème} siècle et dans un mouvement plus large de réforme morale, l'Église et les groupes de tempérances condamnent les chinois pour leur mauvaise moralité, notamment celle liée à leur consommation qui pervertit les valeurs chrétiennes des fidèles et de la société. De plus, les syndicats ouvriers contestent la présence des chinois qui volent leur travail. Deux

« lobbies » (moral et économique) font pression sur le gouvernement pour intervenir sur cette population. L'opportunisme politique constitue la troisième condition nécessaire pour le triangle initiateur de la prohibition. L'opium, qui symbolise la culture chinoise, a été interdit et contrôlé pour des motifs racistes (ethniques), économiques et politiques (Beauchesne, 1992; Brisson, 1988; Dion, 1999). La cocaïne sera cette prochaine substance qui symbolise la culture afro-américaine, et le cannabis la culture mexicaine (Beauchesne, 1992).

Parallèlement, la contamination endémique de la classe populaire fût un argument de poids pour justifier l'intervention auprès des substances. De fait, la stigmatisation sociale des classes populaires et de l'immigration garantira aux élites politiques, morales et économiques le maintien de leur statut et de leur rôle (moralisme et paternalisme), par la recrudescence des moyens de contrôle (justice et police). À ce sujet, les agences d'application de la loi ont rapidement constitué un lobby supplémentaire qui a milité en faveur de la prohibition, soit un lobby bureaucratique pour le maintien de ses structures et de son rôle au sein des institutions mises en place. D'ailleurs, Bertrand (1988a et 1989) voit dans les agences chargées d'appliquer la loi un des principaux facteurs de maintien du registre prohibitionniste au Canada.

Le monopole du marché et la domination Nord-Sud

Selon Beauchesne (1994), après avoir répandu l'usage de nombreuses drogues pendant l'époque coloniale pour financer leurs économies et leurs guerres, les occidentaux interdisent ces mêmes drogues dans leurs pays pour conserver le monopole de la vente en gardant licites celles qu'ils produisent (médicaments) et illicites les substances des autres pays producteurs (les stupéfiants). Ainsi, ils maintiennent une domination économique et politique Nord-Sud à travers la guerre à la drogue. Les gouvernements peuvent envoyer, sous le couvert des législations pénales, la police pour contrôler les secteurs de la population qui consomment plutôt que de l'aide et du soutien.

Les législations au Canada

Le Canada est l'un des premiers pays à adopter une réelle législation prohibitive concernant les substances psychotropes (Beauchesne, 1988 et 1992; Dion, 1999). En effet, en 1908, le Canada adopte *la loi sur l'opium* qui contrôle sévèrement l'usage et le commerce de

l'opium. Les États-Unis suivront un an plus tard avec la *Root Act* de 1909. En 1911, au Canada, apparaît la *loi sur l'opium et les drogues* qui ajoutera la cocaïne et la morphine aux substances prohibées. On assistera, en 1923, à l'ajout du cannabis, de la codéine et de l'héroïne dans la législation.

En 1929, un vote important sur *l'Acte d'assistance* donnera aux policiers des droits extraordinaires pour les perquisitions à domicile, n'importe quand et dans n'importe quel lieu sans mandat, pour peu qu'ils aient « un doute raisonnable » d'y découvrir des drogues (Beauchesne, 1988). Durant cette même année, la *loi sur l'opium et les substances psychotropes* est promulguée et deviendra le cadre des lois contemporaines, soit la *Loi sur les stupéfiants*³ (LSS) et la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD). La LSS, adoptée en 1969, interdit la possession simple, le trafic, la possession en vue de trafic, l'importation et l'exportation, la culture, ainsi que le délit d'ordonnance concernant de nombreuses substances (Bryan et Crawshaw, 1988). Les dispositions de la LAD porteront sur les drogues contrôlées (les amphétamines, la méthamphétamine, l'acide barbiturique, etc.), les drogues d'usage restreint (les hallucinogènes tels que le LSD, le MDA, le MDA et la psilocine) et les drogues prescrites (les sédatifs hypnotiques non barbituriques, les tranquillisants mineurs, les antibiotiques ou les agents anti-douleurs) (Bryan et Crawshaw, 1988). Ces deux lois fusionneront en 1997 pour devenir l'actuelle *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS) (Dion, 1999), qui consolidera les peines prévues par la LSS, augmentera le nombre de substances soumises à son contrôle et renforcera les pouvoirs policiers en matière de perquisition, de saisie, de fouille et de confiscation de biens (Beauchesne, 1997). À partir des législations nationales de certains pays (États-Unis et Canada) naîtront des traités internationaux où plusieurs acteurs (particulièrement les États-Unis) joueront un rôle déterminant dans l'expansion mondiale des visions prohibitionnistes.

Les législations internationales

Les grands mécanismes internationaux de prohibition concernant la régulation psychotrope ne sont apparus que lors du dernier siècle (Beauchesne, 1992; Bertrand, 1992a; Brisson,

³ Le terme stupéfiant désigne les narcotiques opiacés, naturels ou dérivés (opium, héroïne, morphine, codéine, etc.), les narcotiques de synthèse (comme la méthadone), la cocaïne, le cannabis et ses dérivés, ainsi que le PCP.

1997; Dion, 1999). Ce sont les pays occidentaux qui ont joué un rôle clé et déterminant dans le processus d'adoption, de maintien, voir d'imposition des traités internationaux concernant les drogues. D'ailleurs, le rôle insistant et prépondérant des États-Unis dans le processus prohibitionniste international est largement souligné et reconnu dans la littérature (Beauchesne, 1994; Caballero, 1989; Dion, 1999; Glorie, 1984; Musto, 1987; Nadelmann, 1990).

L'analyse du processus international de prohibition révèle dix ententes entre 1912 et 1961. Tout d'abord, *la conférence de Shanghai (1909)*, déterminante, non pas dans les mesures adoptées, mais dans le processus d'émergence des conventions et des ententes internationales puisqu'elle sera le premier pas d'une longue série d'autres rencontres aux visées prohibitionnistes; une « déclaration de principe » (Dion, 1999) sur les limitations du commerce à des fins médicales et la réduction des exportations d'opium (Caballero, 1989). Deuxièmement, *la convention de La Haye (1912)*, signée par 12 pays dont le Canada, qui visait à contrôler la production, la distribution et l'usage des drogues. La recommandation principale de cette convention insistait sur la nécessité pour ses membres :

« de supprimer progressivement l'usage de l'opium, de restreindre l'usage des stupéfiants et de la cocaïne à des fins exclusivement médicales et de soumettre la fabrication, le commerce et l'usage de ces drogues à un système de licences et d'enregistrement » (Bryan et Crawshaw, 1988 : 106).

Troisièmement, *le traité de Versailles (1919)* a permis à de nombreux pays qui n'avaient pas signé la précédente convention de s'acquitter de leur obligation grâce à la ratification de ce traité de paix. Ensuite, suivront *les conventions de Genève (1925, 1931 et 1938) et la convention de Bangkok (1931)*⁴. Après la guerre, les États-Unis profiteront de leur suprématie politique pour accentuer la pression afin de maintenir le processus de prohibition (Bertrand, 1992a). Il s'en suit trois protocoles, soit celui de *Lake Success (1946)*, de *Paris (1948)* et enfin, *le protocole de New York (1953)*. Selon Dion (1999) :

« Plusieurs auteurs consultés (Beauchesne, 1988; Bertrand 1989; Solomon et Green, 1988; Caballero, 1989; Glorie, 1984; Nadelmann, 1992) affirment que la période comprise entre 1912 et 1961 a mené à une constante intensification des contrôles, parallèlement à un élargissement des accords internationaux, passant du contrôle de la production de l'opium à une criminalisation graduelle de plus en plus de « comportements » associés aux substances désormais « illicites » à une constante intensification des contrôles, autant sur le plan quantitatif que qualitatif. Ainsi, depuis les premières conventions, un nombre grandissant de pays ont pris part aux traités, de plus en plus de substances sont sujettes à des contrôles alors que les appareils de contrôle sont devenus de plus en plus spécialisés et que le taux de

⁴ Voir Caballero (1989) et Dion (1999) pour de plus amples détails sur le rôle de ces conventions.

pénalisation s'est élevé. De plus, l'objet du contrôle, qui concernait au début strictement la production, tout d'abord de l'opium puis subséquemment des autres substances, s'est graduellement étendu vers la criminalisation des personnes et la multiplication du nombre de comportements qualifiés d'infractions (Hulsman et Van Ransbeek, 1983) » (Dion, 1999 : 30).

Si les premières conférences ne comportaient pas de coercition pénale, le ton était donné et une stigmatisation incessante envers les pays producteurs venait d'émerger. Le temps était venu de légitimer et d'opérationnaliser ce mouvement par des ententes plus conséquentes, particulièrement par la création de trois conventions internationales.

On reconnaît trois grandes conventions concernant les substances psychotropes depuis 1961. Premièrement, *la convention unique sur les stupéfiants de 1961*, ratifiée par 77 délégations, au sein de laquelle les pays :

« s'engageaient à prohiber dans leurs lois pénales nationales la possession, le trafic, la culture, l'importation, l'exportation des stupéfiants, une liste composite de substances, les unes dérivées du pavot, les autres du chanvre indien, ainsi qu'à limiter la production mondiale aux besoins médicaux » (Bertrand, 1992a : 248).

Cette convention insistait aussi sur la nécessité d'imposer des peines privatives de liberté pour les individus qui violeraient les dispositions de la présente convention. Deuxièmement, *la convention sur les substances psychotropes de 1971*, signée par 76 États, a constitué cette autre entente internationale sur les hallucinogènes et les amphétamines. Cette convention insistait sur la nécessité d'interdire tout usage de certaines drogues sauf à des fins scientifiques et médicales, mais aussi sur la possibilité de recourir aux soins de traitement et de réhabilitation en remplacement de l'inculpation ou du châtement concernant l'abus de substances psychotropes. Enfin, et troisièmement, *la convention contre le trafic illicite de stupéfiants et des substances psychotropes (Vienne, 1988)*, signée par 115 pays, visait principalement à compléter et renforcer les mesures adoptées dans les deux conventions précédentes. Les parties signataires s'engageaient notamment :

« à contrer les organisations internationales de trafiquants en s'attaquant aux profits provenant du trafic illicite et en créant le délit de blanchiment d'argent, [...] mais également à éliminer les causes à la source de l'abus des stupéfiants et des psychotropes en s'attaquant à la réduction de la demande et en accordant des pouvoirs supplémentaires aux corps de police » (Dion, 1999 : 34).

Selon Bertrand (1992a), en 50 ans, le nombre de substances prosrites passe de 2 à 108 à partir d'une classification juridico-pénale de celles-ci, sans unité chimique ou pharmacologique, sans même de réel fondement scientifique, médical et social sur les méfaits de ces substances. Les pays signataires qui ne respectent pas les ententes et les pays

non-signataires sont menacés de sanctions politiques et économiques. Il ne manque plus qu'un mécanisme institutionnel international de contrôle pour légitimer la guerre à la drogue. La *Société des Nations* bénéficiera de ce mandat, suivie et remplacée quelques années plus tard par les *Nations Unies* (Bryan et Crawshaw, 1988; Dion, 1999). La prohibition internationale est maintenant opérationnelle. Il faut comprendre que les traités internationaux ont préséance sur les lois nationales et, par conséquent, qu'ils déterminent l'orientation politique et légale que devront prendre les pays signataires. Ainsi, en vertu de ces conventions internationales, tous les pays signataires ont adopté, s'ils ne l'avaient pas déjà fait avant, des législations prohibitives concernant l'usage et le commerce psychotrope.

L'évaluation des politiques prohibitionnistes : un échec chronique aux répercussions humaines, sociales, sanitaires et économiques désastreuses

Les fondements de la prohibition

Pour Brisson (1988), les législations actuelles reposent sur des fondements d'ordre philosophique, social et historique.

« Au plan philosophique d'abord, l'existence de lois en matière de drogues repose sur une reconnaissance de la primauté d'une moralité publique sur la liberté individuelle, dans certaines circonstances ou les valeurs sociales dominantes sont menacées : dans ces cas, le droit pénal vient sanctionner des crimes sans victime, des gestes privés dont la propagation induit le pouvoir d'affecter le « tonus » de la société [...]. Une fois la légitimité du droit pénal établie en matière de drogues, il a fallu justifier socialement l'interdiction de certaines substances plutôt que d'autres [...]. C'est ici que sont apparus les arguments, encore abondamment utilisés, de dangerosité et de criminalité qui malheureusement ne résistent pas à l'analyse. [...] Parmi les raisons historiques les plus fréquemment invoquées se retrouvent l'expression d'un sentiment raciste ou discriminatoire, la protection d'intérêts économiques et l'opportunisme politique. » (Brisson, 1988 : 84 - 87)

Les raisons historiques ayant déjà été abordées précédemment, nous insisterons plutôt sur le bien fondé philosophique et moral du recours au droit pénal, ainsi que sur les fondements sociaux de son émergence et de son maintien (dangerosité et criminalité reliées aux drogues).

La prohibition : un échec moral

Selon Beauchesne (2000), et dans une perspective criminologique critique, l'utilisation du droit pénal dans une démocratie doit être un dernier recours, une exception institutionnelle, sinon il s'agit d'une dictature.

« Le droit pénal est une violence institutionnelle grave qui doit être utilisée au minimum, dans les cas de menaces face à l'ordre social, lorsqu'il est impossible à court terme de gérer la situation autrement. [...] l'usage récurant du droit pénal pour maintenir en place une politique est considéré comme un échec de son contenu, soit comme le résultat d'une absence de consensus chez les personnes touchées par la politique, ou encore comme la conséquence d'un manque de soutien étatique adéquat pour en assurer l'implantation. Voir dans le droit pénal une composante d'une politique et non une mesure d'exception revient à accepter, dans le fondement même du rôle de l'État, la légitimité de la violence pour forcer les gens à se conformer à ses décisions (Beauchesne, 2000 : 74).

Ainsi, selon Beauchesne (2000), l'utilisation récurrente du droit pénal pour gérer le problème des drogues démontre l'échec de cette stratégie et la légitimation du recours à la force pour dicter et implanter une morale. Puisque la prohibition perdure malgré les échecs répétés dans l'atteinte de ses objectifs, l'auteure dénonce alors « le moralisme et le paternalisme juridique » dictés par des élites, celles au pouvoir et celles proches de celui-ci. Dès lors, il s'agit d'une « aberration démocratique »⁵, ou encore de la « fumisterie institutionnelle » lorsqu'est simplifiée la gestion sociale d'une problématique par l'interdiction plutôt que par la mise en place d'un processus étatique d'aide et de réglementations (Beauchesne, 2000). À ce sujet, Bertrand (1992a) souligne que personne ne peut ériger en règle de droit sa morale personnelle; il faut alors un consensus social. Beauchesne (1992, 1994 et 2000) souligne que l'appui populaire pour la guerre à la drogue n'est pas étonnant quand on voit l'information et la propagande qui lui sont fournis. En effet, les prohibitionnistes créent « *des solidarités populaires faciles à exploiter dans les enjeux électoraux, en discriminant certains groupes rendus responsables des problèmes sociaux* » (Beauchesne, 1994 : 82).

Bertrand (1986) affirme que des questions surgissent lorsque la *Commission canadienne d'enquête Le Dain* (1973) sur l'usage non médical des drogues recommandait une priorisation des activités de répression sur l'importation et la culture de drogues à forte pharmacodépendance alors que, de 1972 à 1982, les chiffres révèlent une tendance inverse. En effet, Bertrand (1984) constate « *une montée spectaculaire du nombre de condamnations pour toutes affaires de stupéfiants* », soit quatre fois plus de condamnations. Les statistiques criminelles signalent une diminution des condamnations d'importation et de culture, et une recrudescence des activités répressives sur les substances à faible pharmacodépendance. En effet, 93% des affaires de stupéfiants concernent le

⁵ Car le moralisme n'est pas forcément représentatif de l'ensemble des visions sociales et que l'interventionnisme signale des accents de dictature plutôt qu'une recherche de consensus social.

cannabis et 75% d'entre elles sont des cas de possession simple. Au total, 26 000 condamnations par année au Canada pour simple possession de cannabis sont dénombrées. Cette criminalisation engendre la stigmatisation de milliers de jeunes, par la présence d'un casier judiciaire qui peut peser considérablement pour l'individu (Cesoni et Roberts, 1991; Erickson, 1980 et 1988), pour un simple usage récréatif sans aucune conséquence pour qui que ce soit (Erickson, 1980; Erickson et Murray, 1988). Selon Bertrand (1988a), il s'agit d'un processus illégitime dont les coûts sociaux, moraux et économiques sont énormes. Les prisons sont pleines, coûtent chers pour les citoyens et le système judiciaire est débordé. Selon Bertrand (1986) :

« 4,75 millions de Canadiens consomment des dérivés du cannabis. (...) À quoi sert d'en arrêter 26 000 pour possession simple ? Pourquoi ces 26 000 là ? Si les Canadiens étaient informés du coût de chacune des arrestations, poursuites, condamnations, peines, pour simple possession de cannabis, consentiraient-ils à ce que leurs gouvernements consacrent plusieurs millions de dollars à ces opérations ? » (Bertrand, 1986 : 15).

Pour Kalant (1994), toute politique doit faire l'objet d'une analyse coûts/bénéfices afin de déterminer si l'État doit perdurer dans ce sens ou, au contraire, envisager d'autres voies. Dans cette optique, certains auteurs souligneront que les stratégies prohibitives révèlent un échec empirique puisqu'elles engendrent plus de méfaits qu'elles n'en règlent, puisqu'elles créent plus de méfaits que les drogues elles-mêmes (Brisson, 1997; Erickson 1992; Nadelmann, 1992; O'hare, 1992; Riley, 1994).

La prohibition : un échec empirique

Le régime prohibitionniste vise par l'interdit légal la diminution de la prévalence (et de l'incidence) de l'usage de drogues. Hicks et Petrunik (1997) soulignent que malgré la prolifération des stratégies prohibitives, la consommation de drogues n'a cessé d'augmenter. Au Canada, selon les sondages de 1970 (Le Dain, 1973), les indices sur le nombre de consommateurs auraient doublé voir triplé en quinze ans⁶ (Bertrand, 1988a). Dans les années 80, le nombre de personnes ayant consommées des dérivés du cannabis est estimé à 4,75 millions d'individus, environ 20 000 héroïnomanes bien identifiés et près de 250 000 personnes qui consomment de la cocaïne (Gendarmerie Royale du Canada - GRC, 1982). Pourtant, les années 70 et 80 signalaient une recrudescence des activités prohibitives concernant les drogues, alors que durant cette même période, les condamnations concernant

⁶ Cette période (la scène des drogues des années 70) est souvent illustrée comme un pic de consommation dans l'histoire de certains pays (Brisson, 1997).

les drogues ont presque quadruplé en dix ans (Bertrand, 1988a). Aux États-Unis, on observe des tendances similaires durant la même période (Bertrand, 1988a), mais aussi durant les années 1980 à 2000 (Bureau of Justice Statistics, 2004) qui constituent une radicalisation de la guerre à la drogue. Ainsi, les stratégies prohibitives ne semblent pas avoir l'impact escompté sur la diminution de la prévalence de l'usage drogue.

Beauchesne (1992) signale que la comparaison entre certaines études (Cohen, 1989; Engelsman, 1990; Jan Van Vliet, 1990 a et b; Kaplan, 1983; Ruter, 1990; Trebach, 1990 a et b) montre que la prohibition engendre peu d'impact sur la motivation à consommer (aspect dissuasif). En effet, selon Beauchesne (1992), la consommation de marijuana est inférieure dans les zones (pays ou États) qui ont adopté des politiques plus libérales.

« En 1989, chez les 17-18 ans, 16,7% des Américains avaient consommé de la marijuana le mois précédant l'enquête et seulement 4,6% des Néerlandais; 43,7% de ces jeunes Américains en avaient consommé au moins une fois dans leur vie comparativement à 17,7% des Néerlandais » (Beauchesne, 1992 : 285).

Pour Bertrand (1988a), l'utilisation du droit pénal pour des délits sans victime⁷ n'est pas un moyen efficace de dissuasion, mais plutôt un processus arbitraire inefficace qui va à l'encontre des droits individuels.

Certains auteurs (Beauchesne, 1992; Bertrand, 1994) soulignent que les forces policières confessent elles-mêmes leur incapacité à contrôler plus de 10% du trafic international de drogues illicites. Le mandat qui leur est donné est donc impossible à remplir dans les faits, soulignant ainsi un échec récurrent reconnu des instances pénales elles-mêmes⁸. De plus, les coûts économiques énormes attribués à la lutte antidroque au fil du temps deviennent scandaleux au regard du peu d'impact qu'ils engendrent (Bertrand, 1988a), mais aussi au regard des moyens qu'ils ôtent pour d'autres stratégies sanitaires de prévention ou de traitement (Beauchesne, 1992).

La prohibition : un échec sanitaire

Si les mesures prohibitives ne découragent pas les consommateurs, elles permettent en revanche l'émergence d'un marché noir où le contrôle sur la qualité des produits n'est pas

⁷ La possession et le trafic de substances psychotropes sont vus comme des crimes consensuels.

effectué (Beauchesne, 1992). À ce sujet, Santé et Bien-être Social Canada (1990) notait des réactions néfastes (notamment des doses excessives fatales) liées à l'ignorance de la composition exacte et à la nature du produit consommé. Il s'agit alors de conséquences indésirables directement liées à la prohibition des drogues qui empêchent un contrôle de leur qualité.

Selon Beauchesne (1992), les mesures prohibitives ont pour effet d'induire la peur de la stigmatisation et de l'arrestation qui empêche les usagers, qui se cachent pour consommer, à demander des soins et obtenir des conditions sanitaires propices à une consommation sécuritaire (lieux et matériels stériles). Aussi, l'aspect illicite de certaines substances est un frein majeur à leur utilisation thérapeutique (Beauchesne, 1992), notamment à cause des cadres légaux inadéquats. Car, en effet, il est sans doute difficile de soutenir le rôle thérapeutique de certaines substances quand on a pendant longtemps exacerbé leur rôle criminogène.

Les mythes populaires du rôle criminogène des substances psychotropes

Pour Goldstein (1986), la criminalité reliée aux drogues repose sur plusieurs aspects. Il propose principalement trois modèles pour expliquer la relation drogue-crime. Premièrement, le modèle *économico-compulsif* qui stipule que les propriétés dépendogènes des drogues amènent les individus à commettre des crimes afin de répondre à leur besoin de drogues. Toutefois, selon Brochu, Cournoyer, Permanen, Motiuk, Cousineau et Gillet (2001), les crimes lucratifs pour combler le besoin de drogue sont principalement des délits non-violents (vols, ventes de drogues, etc.), mais surtout une conséquence de la prohibition qui induit des prix exorbitants pour se procurer les substances psychotropes sur le marché noir. Deuxièmement, le modèle *systémique* s'explique par la violence reliée au milieu criminogène de la drogue. Là encore, cette violence est davantage reliée à la prohibition puisque les lois du marché qui prévalent sont celles du milieu criminel qui, à défaut de moyens légaux pour gérer le marché, utilise la violence, le chantage et la corruption pour répondre à ses objectifs économiques. Enfin, le modèle *psychopharmacologique* stipule que les propriétés chimiques de certaines substances psychotropes engendrent une altération des

⁸ La différence étant que ces institutions, au nom de cet échec, demanderont des moyens supplémentaires pour tenter de contrer le phénomène, tandis que d'autres souligneront la nécessité de changement à cause des ratés de ces mesures pour enrayer le problème des drogues.

fonctions cognitives de l'individu, qui amènerait ce dernier à manifester des comportements criminels et/ou violents. Mais lorsque Brochu et al. (2001) examinent les substances pour lesquelles ce modèle s'applique le mieux, l'alcool est de loin le lauréat au chapitre manquant des substances qui devraient être prohibées dans une telle logique de dangerosité. Au regard de ces données, certains auteurs soulignent la nécessité de bien étudier la relation drogue-crime (Brochu, 1995) pour faire la lumière sur le rôle criminogène des drogues et faire la part entre les mythes et la réalité (Brochu, 1997).

Les mouvements anti-prohibitionnistes

Suite à l'échec chronique de la prohibition et à ses multiples conséquences (Beauchesne, 1992 et 1994; Bertrand, 1988a, 1988b, 1992a, 1992b et 1997), de nombreux acteurs ont contesté le bien-fondé du régime prohibitionniste. Selon Brisson (1997), certaines interrogations apparaissent dans les années 60 sur le bien-fondé des législations antidrogues. Toutefois, c'est dans les années 80 que naissent plusieurs mouvements antiprohibitionnistes mieux organisés et plus crédibles (Bertrand, 1997), en réaction à la radicalisation de la guerre à la drogue menée par l'administration Reagan (Brisson, 1997). Une panoplie d'arguments émerge : les lois prohibitionnistes créent plus de dommages que les drogues elles-mêmes (Brisson, 1997; Erickson, 1992; Nadelmann, 1992; O'hare, 1992; Riley, 1994); elles ne respectent pas les droits individuels et engendrent la stigmatisation et la marginalisation sociale de certains groupes (Beauchesne, 1994 et 2000; Bertrand, 1992a et b); elles favorisent l'expansion du marché noir et empêchent le contrôle harmonieux des prix et de la qualité des substances (Beauchesne, 1992); elles créent de la violence dans le tissu social et instituent une perte de revenus considérables pour l'État qui pénalise l'attribution de budgets pour l'information, la prévention et le traitement au profit de la répression (Beauchesne, 1992), en plus de développer une économie parallèle qui supporte les guerres et corrompt nos démocraties (narcocraties) (Beauchesne, 1992). Ainsi, le constat d'échec a amené certains mouvements alternatifs à envisager des actions parallèles pour, au pire, diminuer les conséquences négatives du système actuel et, au mieux, l'orienter vers de nouvelles voies. Ce processus critique constitue une des sources⁹ de l'approche de réductions des méfaits (RDM)¹⁰.

⁹ Voir Brisson (1997) pour l'ensemble des sources qui ont constitué l'approche de « réduction des méfaits ».

¹⁰ Nous utiliserons désormais cette abréviation (RDM) tout au long du document pour renvoyer au vocable « réduction des méfaits ».

Le processus d'émergence des stratégies de réduction des méfaits (RDM)

La RDM provient de sources multiples (Brisson, 1997) et d'acteurs variés aux intérêts divers (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997). La littérature signale l'utilisation d'une terminologie assez large pour définir cette approche. La prévention secondaire, la minimisation des risques, la réduction des risques (Newcombe, 1992; Velleman et Rigby, 1990) ou encore l'usage responsable (Cormier, 1989) sont des exemples de la terminologie employée dans le domaine. Toutefois, la définition la plus largement acceptée renvoie aux différentes stratégies visant à diminuer les conséquences négatives liées à la consommation et l'abus de substances psychoactives (Marlatt et Tapert, 1993; Riley, 1994). D'ailleurs, Brisson (1997) précisera qu'il s'agit davantage de diminuer les répercussions négatives de l'usage et de l'abus de drogues plutôt que de diminuer l'usage lui-même.

Avant la prohibition, l'Occident fait face à des us de consommation plus ou moins responsables, sans grandes conséquences sociales néfastes grâce aux savoirs traditionnels concernant l'usage psychotrope (Brisson, 1997). Les drogues étaient intégrées à des rites et des contextes sociaux. Face aux risques associés au phénomène du sida (conséquences primaires¹¹) et à l'échec du modèle médical et pénal à gérer les problèmes de consommation, pire aux conséquences secondaires qu'ils ont engendrés, des mouvements ont réagi pour donner naissance à une nouvelle approche : la RDM. Des acteurs et des mouvements sociaux divers se sont réunis autour d'un but commun pour définir des actions et une philosophie (Brisson, 1997). Ce but : diminuer les répercussions négatives associées à l'usage de drogue.

Actuellement, le Canada se réclame d'une politique de RDM (SCA, 1998). Quelle est donc cette approche récente dans le champ de la toxicomanie et dans le domaine de la santé publique? Quels sont les processus qui ont conduit à son émergence, voir son émancipation? Et comment s'intègre-t-elle dans le contexte particulier du Canada (implantation de l'approche dans l'agenda politique)? Pour répondre à ces questions, nous adopterons un cadre conceptuel socio-politique au sein d'une méthodologie qualitative que nous présenterons respectivement dans les deux chapitres suivants.

¹¹ Les conséquences primaires sont celles qui découlent de l'usage de substances psychotropes alors que les conséquences secondaires résultent plutôt de la réaction sociale (lois, mesures préventives, etc.).

CHAPITRE I :
CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Pour aborder cette démarche de recherche et d'analyse, des concepts et des positions qui appartiennent à certaines traditions des sciences sociales ont été utilisés. Il s'agit de « lentilles d'analyse » qui permettent d'adopter un regard particulier sur la réalité des phénomènes sociaux. Tout d'abord, la notion d'objet construit, proche des thèses du constructivisme, sera abordée. Cette position illustre que la réalité des phénomènes sociaux sont des construits inséparables des points de vue que les acteurs ont dessus et des actions qu'ils mènent à ce sujet. Ensuite, nous regarderons comment certains construits sont édifiés par les élites au sein d'un processus de compétition institutionnelle (théories des élites). Quels sont les acteurs qui ont le monopole de définir et de légiférer, comment s'exerce-t-il et pourquoi? Aussi, dans une tradition sociologique, il s'agit de replacer ces différents contextes au sein d'approches plus globales qui expliquent l'organisation sociale et le fonctionnement de ses structures (les théories du consensus social), mais surtout dans des contextes politiques et économiques particuliers (les théories du conflit social). D'orientation macro-sociologique, ces modèles pourront éclaircir le fonctionnement social et les motivations qui le supportent. Enfin, cette étude adoptera le point de vue de la criminologie critique dans le domaine des drogues sous la perspective de la réaction sociale. Qui définit les actes criminels, comment et pourquoi? Ces approches constitueront le cadre de référence pour effectuer une démarche *d'évaluation des politiques actuelles de « réduction des méfaits » au sein de l'agenda politique canadien.*

1-1 La notion d'objet construit

La notion « d'objet construit » renvoie à trois sens distincts (Pirès, 1997). Le premier « désigne la construction d'un objet disciplinaire », c'est à dire que chaque discipline construit son objet d'étude, malgré la reconnaissance que ces frontières disciplinaires sont plus ou moins arbitraires (Pirès, 1997 : 41). Le deuxième sens identifié par Pirès (1997) renvoie à l'analyste qui « sélectionne des faits, choisit ou définit des concepts, interprète ses résultats, etc.; bref, il construit, à son tour, son objet techniquement et théoriquement » (Pirès, 1997 : 42). Schultz (1987) précise que :

« les objets de pensée, construits par les chercheurs en sciences sociales, se fondent sur des objets de pensée construits par la pensée courante de l'homme menant sa vie quotidienne parmi ses semblables et s'y référant. [Elle est alors une] construction au deuxième degré, notamment des constructions de constructions édifiées par les acteurs sur la scène sociale dont l'homme de science observe le comportement et essaie de l'expliquer tout en respectant les règles de procédure de la science » (Schultz, 1987 : 11).

Enfin, pour le troisième sens et le plus important pour ce présent travail, Pirès (1997) précise qu'il :

« réfère au phénomène de la préconstruction sociale de l'objet d'étude. Par préconstruit, on veut dire que l'objet a été conçu au plan des idées, ou a été créé au plan des institutions et des pratiques sociales, d'une certaine façon avant que l'analyste commence sa recherche sur cet objet » (Pirès, 1997 : 41).

Ainsi, l'objet d'étude (le phénomène social) ne constitue pas une réalité indépendante du regard que les acteurs ont dessus et des actions qu'ils mènent à ce sujet. Bien souvent, on amalgame cette idée avec le constructivisme (Pirès, 1997) qui, il est vrai, sous-entend des principes similaires¹². Quoi qu'il en soit, dans le domaine de la déviance, les notions de crime, de délinquance ou de toxicomanie sont des objets d'étude, préconstruits par un travail de l'esprit, ou par le biais d'institutions ou de pratiques sociales, soit des construits sociaux avant même que le chercheur entame l'étude de ces phénomènes (Pirès, 1997). Ils sont édifiés par les individus lors de leurs actions et réactions réciproques, avec leurs représentations (croyances, savoir, compétences) qui vont orienter leur conduite et leurs actions, leur relation au monde. Par conséquent, cette vision stipule qu'il n'y a pas de réalité indépendante de la construction sociale qui en est faite, ce qui incite Pirès (1997) à déclarer *« que la notion de crime est institutionnelle »* (Pirès, 1997 : 41).

1-1-1 Le phénomène de déviance comme construit social

Pour de nombreux auteurs (Becker, 1963; Goffman, 1969; Lemert, 1967), la déviance constitue un construit social; un phénomène complexe qui révèle des dimensions normatives, éthiques et culturelles (Da Agra, 1986). La déviance, sous ces multiples formes¹³, constitue un écart face aux normes (Cusson, 1989; Erickson, 1966). Ces normes (morales, scientifiques, juridiques ou sociales) vont déterminer, en partie, les actions et les réactions des individus (tant les déviants que le reste de la société) face à ce phénomène. Ainsi, l'étude d'un phénomène déviant, de ses frontières normatives et de la réaction sociale à son égard permet alors de cerner la construction sociale autour d'un phénomène particulier.

¹² Toutefois, certains auteurs adoptent ce point de vue sans nécessairement se réclamer d'une perspective constructiviste. Voir Pirès (1997) pour davantage de détails sur ce débat.

1-1-2 L'usage de substances psychoactives comme construit social

Le phénomène des drogues n'échappe pas à cette construction sociale. L'éventail de cette construction renvoie alors aux enjeux philosophiques (Malherbe, 1994; Moreau, 1994), éthiques et scientifiques (Bibeau, 2000; Khal, 1988), moraux, ethniques et sociaux (Beauchesne, 1992; Dion, 1999), politiques (Lindberg et Haynes, 2000), économiques et géopolitiques (Beauchesne, 1988, 1992, 1994, 2000), légaux (Bertrand, 1988a, 1988b, 1990, 1992 et 1994), ainsi que culturels (Brisson, 1997; Cardinal, 1988) qui définissent ce domaine¹⁴. La définition pénale des drogues et le processus de criminalisation qui l'accompagne, ou encore les interventions préventives et réadaptatives dans le domaine des drogues, traduisent bien cette construction sociale autour des comportements d'usage et d'abus. L'étude des structures et des enjeux qui entourent ce phénomène permet donc de mieux le comprendre et de cerner ses différentes dimensions.

La notion d'objet construit semble donc intéressante pour mettre à jour tous les éléments (acteurs, structures, croyances, etc.) qui tendent à définir un phénomène trop souvent perçu comme une réalité objective et indépendante du regard social que l'on porte dessus. L'étude qualitative des écrits, particulièrement des SCA (1988, 1994, 1998) permet cette lecture et cette interprétation des construits sociaux, d'où le choix d'utiliser l'analyse documentaire comme procédé méthodologique. Par l'analyse documentaire, les acteurs, les structures et les croyances pourront être identifiés pour illustrer l'organisation sociale et comprendre leur participation dans la construction de la problématique à l'étude.

1-2 Les approches du consensus et du conflit social

L'approche structuro-fonctionnaliste est surtout orientée vers la macro-sociologie. Elle insiste sur la manière dont les structures sociales sont organisées dans un but de maintien de la stabilité (Campeau, 1993). Dans cette perspective, la stratification et les inégalités sociales sont des caractéristiques de la société et non des individus (déterminisme social). Cette organisation illustre une structure universelle variable (présente dans toutes les sociétés mais de façons différentes), qui est nécessaire (à l'organisation sociale) et très

¹³ Voir Brunelle (2001), qui présente différentes caractéristiques de la déviance et les auteurs auxquelles elles sont associées.

¹⁴ Les références associées aux enjeux de la construction sociale de la problématique des drogues ne tendent pas à enfermer les auteurs dans le champ d'étude que nous leur avons attribués, puisque bien souvent ils couvrent plusieurs de ces dimensions au sein de leurs écrits, mais plutôt à fournir des exemples de la littérature qui existe concernant ces domaines particuliers.

stable (mobilité sociale possible mais faible), et dont le système est basé sur des valeurs et des croyances acceptées (approche du consensus social) (Campeau, 1993).

Certaines critiques sont venues amoindrir la portée des théories fonctionnalistes, notamment par le reproche d'une trop grande idéalisation du fonctionnement de la société, la sous-estimation des différences liées au sexe, aux classes sociales ou à l'ethnie, ainsi que l'accent davantage axé sur la stabilité plutôt que sur le changement (Campeau, 1993). Les théories du conflit social seront alors souvent perçus comme une réponse à ces critiques. D'orientation macro-sociologique, ces approches étudient le système social sous l'angle des tensions et des classes sociales (Campeau, 1993). Les défenseurs de cette approche (par exemple, Karl Marx) soutiendront que certains modèles sociaux ou structures sociales en favorisent certains et en désavantagent d'autres. Il s'ensuit une lutte entre les différentes classes de la société pour l'obtention ou le contrôle du pouvoir et de la richesse. Ce processus résulte de la façon dont la société produit les biens matériels (lutte entre la bourgeoisie et le prolétariat au sein du système capitalisme) (Campeau, 1993). Selon Campeau (1993), quatre points principaux résument l'approche moderne du conflit social :

« Premièrement, l'inégalité sociale provient de la domination d'un ou plusieurs groupes sociaux par d'autres groupes sociaux. Les classes sociales sont le résultat de la lutte pour la domination dans un monde où les individus entrent en concurrence pour obtenir des biens et des services qui sont en nombre limité. Les personnes qui contrôlent ces biens et services acquièrent du pouvoir et du prestige. La domination peut être aussi le résultat du contrôle de la propriété des moyens de production ; les autres personnes deviennent alors dépendantes des propriétaires de ces moyens, et elles leur offriront leur force de travail. Deuxièmement, les personnes qui sont dominées ont la possibilité d'exprimer leur résistance et leur hostilité face aux personnes qui sont au pouvoir. Cependant, cette possibilité de résistance reste parfois endormie. L'opposition risque de ne pas être organisée si les groupes en question ne sont pas conscients de leurs intérêts communs ou sont divisés à cause des différences de religions ou d'ethnies. Troisièmement, les conflits se cristallisent le plus souvent sur les questions de la distribution de la propriété des moyens de production et du pouvoir politique. La classe dirigeante résistera fortement à toute demande de partage des avantages dans ce domaine. Les pouvoirs politique et économique ont une grande importance quant au maintien d'une position de domination. Quatrièmement parce que le pouvoir s'exerce aux moyens de relations d'exploitation, les groupes dominants doivent trouver des mécanismes de contrôle social pour s'assurer que l'ensemble des personnes exploitées resteront à leur place. Le mécanisme de contrôle social le plus courant est l'utilisation de la force, y compris les châtiments corporels et la privation de certains droits. Toutefois, les groupes dominants préfèrent employer des moyens plus subtils. Un de ces moyens est de permettre qu'une petite partie des personnes de classes inférieures puissent réaliser une mobilité ascendante. L'élite au pouvoir essaie de cette façon de faire accepter les différentes règles du système social existant. Ainsi, les classes dominées croiront qu'en adoptant un comportement conforme aux règles des groupes dominants, elles obtiendront un meilleur sort. On racontera donc que telle personne aux origines pauvres est devenue riche » (Campeau, 1993 : 168).

Les inégalités sociales (ressources, instruction, revenus, au sein de la population) sont la base des tensions sociales et engendrent des conflits susceptibles d'amener des changements sociaux (Campeau, 1993). Ces modèles tentent donc d'identifier les inégalités afin d'engendrer, implicitement ou explicitement, des changements sociaux. Cette approche est donc orientée sur le changement et ses mécanismes plutôt que sur la stabilité et le consensus davantage mis de l'avant dans l'approche fonctionnaliste.

En illustrant la présence de différents mondes qui s'opposent et s'affrontent dans le tissu social, cette perspective demeure importante pour le présent travail car elle ajoute la dimension politique aux phénomènes sociaux. Elle induit notamment la notion d'élite et de masse dans la sphère sociale et le dynamisme entre les deux, comme l'approche structuro-fonctionnaliste d'ailleurs. Toutefois, à la différence de cette dernière, elle permet d'envisager la problématique des drogues sous l'angle des tensions sociales. De manière générale, ces explications soulignent davantage une compétition verticale entre les différents groupes de la stratification sociale, de façon classique entre la masse et l'élite.

1-3 Les théories des élites

1-3-1 La notion classique d'élite

En général, les théories des élites étudient les rapports sociaux sous l'angle du pouvoir et de l'influence afin d'établir une description de la société et de son fonctionnement. Selon Bottomore (1966)¹⁵, les premières théories s'attardaient surtout à la distinction classique entre les classes, soit l'élite et la masse. Il souligne¹⁶ que le premier groupe, l'élite, constitue le groupe le moins nombreux, très organisé et avec une forte cohésion, et occupe les fonctions politiques. Il monopolise le pouvoir et jouit des avantages qui s'y rattachent. Le deuxième groupe, la masse, est le groupe majoritaire qui est contrôlée et dirigée par le premier. La constatation majeure sera que ces classes supérieures sont aussi les plus riches, de sorte de représenter une aristocratie. L'émergence de cette nouvelle science sociale était

¹⁵ L'auteur analyse profondément de nombreux ouvrages classiques (Pareto, Mosca, Weber, Marx, Schumpeter, Mills, etc.) qui traitent directement ou indirectement des élites, en soulignent les limites et suggèrent des alternatives. Le travail synthétique effectué par l'auteur (une monographie au complet) est remarquable et fournit un matériel considérable, tant pour communiquer les notions classiques que les analyser intimement. Ainsi, son oeuvre permettra de fournir un cadre intéressant pour présenter au lecteur les concepts et les polémiques qui se construisent autour de ce sujet d'étude. Malgré qu'il soit risqué d'utiliser une source unique de renseignements, nous avons jugé que l'ouvrage synthétique était crédible et suffisant pour notre travail exploratoire.

¹⁶ En référence aux ouvrages de Mosca (1953).

clairement solidaire d'une doctrine politique perçue comme anti-démocratique et plus encore opposée au socialisme moderne (Bottomore, 1966). Dès lors, la notion d'« élite politique » justifiait la pertinence d'une hiérarchisation sociale où une minorité organisée exerçait un contrôle sur la majorité.

Selon Bottomore (1966), le terme « élite » désignait, au XVII^e siècle, des marchandises de qualité supérieure. Plus tard, le terme fut étendu aux groupes sociaux. Bottomore (1966) rapporte¹⁷ que l'élite correspond à celui qui excelle dans sa profession, celui qui possède un indice élevé dans la branche où il déploie son activité. Il s'agit des élites professionnelles. Ce principe peut se généraliser à d'autres univers, de sorte d'obtenir des élites militaires, économiques, culturelles, morales, politiques, etc. L'appartenance à l'élite, traditionnellement obtenue par la simple succession (monarchie, aristocratie), vint se baser sur le mérite personnel (qui est quantifié à partir des performances des individus dans une sphère visée), la libre compétition et l'égalité des chances, ou encore sur l'arrivisme (Bottomore, 1966). Dès lors, les théoriciens ouvraient la porte à la possibilité d'une « circulation des élites » et tendaient à amoindrir un certain déterminisme social, tel que présenté dans les théories des « classes ».

1-3-2 La compatibilité entre la notion de classe, d'élite et de démocratie

Selon Bottomore (1966), les distinctions classiques entre l'élite et la masse ont amené les concepts d'« élite gouvernementale », ou de « classe politique », qui est constituée de ceux qui exercent directement ou indirectement un rôle important dans le gouvernement, et de « l'élite non-gouvernementale », constituée du reste des individus qui appartiennent à l'élite. La « classe politique » et « l'élite gouvernementale » sont elles-même constituées de groupes sociaux distincts (Bottomore, 1966). Ainsi, les théoriciens ont commencé à parler des divers partis qui se disputent l'électorat (compétition entre les élites) et d'un régime représentatif (démocratie) qui permet à de nombreuses forces sociales différentes de participer au système politique en équilibrant ou en limitant l'influence des autres forces sociales, entre autres celle de l'administration (Bottomore, 1966). Toujours selon Bottomore (1966), la « classe politique » est donc influencée par une grande variété de forces sociales, représentant un grand nombre d'intérêts divers, ainsi que par l'unité morale représentée par la loi.

Ces représentations ont la particularité de concevoir la notion d'élite en terme de classe sociale (le sommet de la pyramide sociale), mais dont la perméabilité souligne la possibilité d'une certaine « circulation des élites » et donc d'« une mobilité sociale » possible. Ainsi, l'élite devient intimement liée à la société à travers une sous-élite, groupe beaucoup plus vaste qui comprend toute la nouvelle bourgeoisie, des fonctionnaires, des cadres, des hommes de bureau, des savants et des ingénieurs, des chercheurs et des intellectuels (une autre classe sociale dans la pyramide). Ce groupe fournit non seulement des recrues à l'élite (classe dirigeante), mais constitue un élément vital du gouvernement de la société puisque de son niveau de moralité, d'intelligence et d'activité dépend la stabilité d'un organe politique (Bottomore, 1966). Dans cette conception, il n'y a non plus simplement domination de la majorité par la minorité dirigeante, mais interaction (verticale) entre l'une et l'autre.

Toutefois, comme le souligne Bottomore (1966), certains voient dans ces représentations (concurrence politique et égalité des chances) des corollaires de la théorie du libéralisme économique, du « laissez-faire ». Bien que ce système se dit ouvert à tous, Mills (1956) rejettera cette doctrine libérale en expliquant que des contingences étroites entre certaines élites maintiennent une élite dominante, un groupe cohérent qui gouverne notre société par des associations serrées. Pour contenir les insatisfactions populaires, l'élite articule la flatterie, le mensonge, la corruption, l'espoir d'une vie meilleure et le divertissement, tout en ventant nos sociétés démocratiques en les comparant à d'autres. Ainsi, Strachey (1956) conclue que le capitalisme tend naturellement vers une inégalité extrême et croissante, et que les changements de système n'ont abouti qu'à un *statu quo*. Aussi, comme le montre Weber (1947), les moyens d'administration peuvent remplacer les moyens de production économique comme fondement du pouvoir politique, particulièrement quand l'économie est contrôlée par les fonctionnaires de l'État (par exemple, le communisme chinois). D'autres critiques concerneront aussi la « circulation des élites » : s'agit-il du passage de la non-élite à l'élite, ou tout simplement du remplacement d'une élite par une autre? Enfin, Bottomore (1966) souligne qu'il serait naïf de sous-estimer la stabilité des élites dans les sociétés démocratiques. Ce qui change réellement, c'est la distance entre les élites et les masses, les nouveaux modes de sélection de l'élite et la prise de conscience de notre influence sur celle-ci. Dès lors, Downs (1957) stipule que les partis sont dans la politique

¹⁷ À partir de l'étude des ouvrages de Pareto (1919).

démocratique ce que les entrepreneurs sont dans l'économie de profit. Pour atteindre leurs objectifs privés, ils formulent des politiques qui vont leur permettre de recueillir le plus grand nombre de voix, de même que les entrepreneurs choisissent un modèle de production et de distribution qui vont leur permettre d'engendrer un profit le plus grand possible. Si les théories des élites ont d'abord constitué une réponse et une alternative aux modèles des classes, certaines versions récentes ont intégré les deux modèles dans une conception à la fois verticale et horizontale des conflits, et ont reconnu les mécanismes de consensus qui s'y greffent : un modèle intégré de la notion d'« élite », de « classe », de « conflit », de « consensus » et de « démocratie ».

Au regard des polémiques, il est possible de représenter la structure sociale en trois groupes, soit la masse, la sous-élite et l'élite. L'élite sera constituée de la classe politique - l'ensemble des groupes sociaux qui exercent ou influencent le pouvoir politique - et de l'élite politique - groupe qui appartient à la classe politique mais qui exerce directement le pouvoir politique à un moment donné en un lieu donné. Hiérarchiquement, il est possible de dire que l'élite politique est le sommet de la pyramide, la classe politique son milieu, tandis que la masse constitue la base de la pyramide. Cette représentation semble moins restrictive que les premières visions de l'élite qui voyaient en elle un groupe homogène, clos et fixe. En effet, la classe politique constitue cette sous-élite à même de constituer la relève ou d'exercer une influence sur l'élite politique. Ainsi, elle peut se constituer de « contre-élites » tels que les syndicats, l'opposition politique, les lobbies environnementalistes, etc. Cette nouvelle représentation laisse donc place à la circulation des élites et évite l'aspect trop déterministe des premières théories. Il s'exerce donc des processus de compétition horizontale (entre les élites), mais aussi verticale (entre l'élite et la masse). Par exemple, l'élite pourra mettre en œuvre des processus de sélection des recrues (futurs élites en compétition) qui favorisent ses aspirations présentes et futures. Dès lors, la circulation des élites, pourtant réelle, n'est pas moins instrumentale et favorable au maintien des élites en place (compétition verticale). La bonne nouvelle est le pouvoir de sanction et d'influence sur les élites politiques qui gouvernent, notamment via le processus électoral (directement ou moins indirectement dépendamment du type de modèle adopté : la représentation, les modes d'élection et le type de scrutin, etc.). La mauvaise nouvelle concerne le peu d'influence de la masse face à certains lobbies très organisés, puisque celle-ci est davantage occupée à faire vivre les familles de façon décente et faire face à

l'insécurité économique, psychologique, physique et sociale vécue, véhiculée par les mécanismes de communication et perçue en fonction d'une certaine réalité.

1-3-3 La compétition des élites dans la sphère politique

Plus récemment, Lindberg et Haynes (2000) présentent les nouvelles représentations des théories de l'élite. Selon eux :

« The process of constructing a social problems and the dominance of certain key groups in influencing the policy strategies of politicians can be understood, in part, by elite theory. This theory suggests that there is a small 'plurality of elites' close to a government, each in competition for power and influence (Bottomore, 1966). While these groups can in some circumstances share common class and cultural characteristics, elite theory is different from Marxist accounts of the ruling classes in that it suggests that competition between elite's sometimes creates competition and irrationalities in government policy management (Ham et Hill 1993) » (Lindberg et Haynes, 2000 : 3-4).

Gray (1994) soutient que cette fragmentation relative des élites en différents lobbies et les conflits occasionnels qui y sont associés sont mieux connus comme du « néo élitisme » :

« The minority that holds power is no longer viewed as a single coherent group; instead it is understood as being made up of a number of separate groups. These groups share certain values and ends in common, but differ in terms of the means that are to be utilised to reach these.....making it difficult, if not impossible, for new groups to break into the communities that exist in different policy areas » (Gray, 1994 : 105).

C'est ainsi que Lindberg et Haynes (2000) concluent que :

« Neo elite theory helps us to understand why certain value consensus survive in government and society for many years, but at critical times of social change, contests between elite groups emerge as significant and important. For example, two major government departments can have quite different perceptions about the management of drug issues. Eventually one of these groups can become more influential on the dominant political elite in government » (Lindberg et Haynes, 2000 : 4).

En fait, ces modèles apportent la dimension politique au processus d'analyse sociale, et particulièrement sa dynamique propre : comment la scène politique fonctionne avec les groupes sociaux d'influence. Ils permettent donc d'analyser et d'interpréter certaines réalités du fonctionnement social en terme de compétition entre des groupes sociaux, et particulièrement entre les élites politiques puisque celles-ci influencent grandement la construction sociale d'un phénomène par la mise en place de politiques et de stratégies (préventives, de traitement ou répressives), et de structures (système social ou pénal) pour contrôler ce phénomène. Ces modèles insistent plutôt sur les processus de compétition horizontale entre des groupes de même nature, d'associations horizontales conjoncturelles entre certains groupes, et suppose aussi qu'au niveau vertical certains consensus peuvent se

dessiner entre les différents niveaux de la stratification sociale (de la masse, à la classe politique jusqu'au élites politiques au pouvoir)¹⁸.

1-4 La criminologie critique et la réaction sociale

Dans une telle perspective, il peut s'agir de se demander en quoi consiste la définition criminelle des drogues (buts et objectifs) par les élites dans le conflit social ? Pour certains, la prison, le système de justice et le système pénal peuvent constituer avant tout des appareils d'exclusion, de marginalisation et de stigmatisation sociale (Pirès, 1995). Pour d'autres, le système social peut être un système de stigmatisation à travers la gestion des risques et des populations à risque (Quirion, 2001) dans un cadre de moralisme ou de paternalisme juridique (Beauchesne, 2000), ainsi qu'un système de pénalisation du social (Mary, 1997). Pour Foucault (1975) le système pénal permet de maintenir les élites en place, appuyé par la mission réadaptative (qui vise à normaliser les individus) de nombreux spécialistes du système social. Au regard de ces propos, peut-on voir dans la compétition interministérielle (théories des élites) et les constructions élitistes des phénomènes sociaux une simple composante consensuelle (plutôt d'appartenance à l'approche structuro-fonctionnaliste) dans le processus de définition sociale du problème des drogues ? En effet, certains acteurs exercent plus de pouvoir (ou imposent davantage leur vision) dans le partage de cette réalité, en définissant, en dénonçant, en conceptualisant ou en concrétisant les rôles que chacun joue, tandis que d'autres adhèrent ou se révoltent contre le rôle social qui leur est attribué, en bénéficient ou en subissent les conséquences ? Ne s'agit-il pas d'instrumentalisation lorsque ces valeurs s'exercent dans le but de maintenir les rôles sociaux, le sens d'une vie et les privilèges qui vont avec ? C'est particulièrement dans cette perspective que certains acteurs ont développé une vision criminologique critique de la problématique des drogues, sous la perspective de la réaction sociale.

Sous l'angle de la criminologie critique, la question fondamentale est de chercher quels intérêts amènent les responsables moraux à définir certains problèmes sociaux en terme de crime tout en ignorant d'autres dangers pour la société (Van Swaaningen, 1997). Si les politiques sont des choix de certains instants, quelles en sont les raisons et les

¹⁸ Les élites politiques s'associent à certains groupes et certains thèmes, selon leur domaine de compétence et leurs valeurs, qui forment un but commun ; une ligne directrice qui traverse verticalement la pyramide sociale.

circonstances? Pour les tenants de cette approche, il est nécessaire de tenir compte du contexte socio-politique pour comprendre et contrer la criminalité. Les analyses de la déviance sont macro-sociologiques ainsi que sur les institutions de contrôle social elles-mêmes (mouvement de la réaction sociale). Toujours sous cet aspect, le chercheur est un sujet impliqué politiquement et socialement. De plus, les thèses de la criminologie critique nous permettent de poser un regard et une démarche critique sur les positions et les actions sociales. Effectivement, dans cette perspective, l'analyse critique contribue elle-même à l'évolution des phénomènes et est donc une source de changement et de construction sociale. Notre analyse critique est à la fois une étude des construits sociaux, tout en étant une redéfinition et une reconstruction de ces phénomènes.

Pendant longtemps, la criminologie a été uniquement l'étude de la production du crime (l'auteur et son acte). Depuis les années 1920-1930, par la contribution sociologique de Sutherland (1934), la criminologie est vue plus largement comme :

« [...] un corpus de connaissance concernant le crime comme phénomène social. Il comprend dans sa portée les processus de production des lois, de transgression des lois et de réaction à l'égard des transgressions des lois » (Sutherland, 1934 : 3).

Ainsi, dans ce présent mémoire, nous adopterons le point de vue de la réaction sociale - en regardant le système de production des lois et la réaction à l'égard de la transgression des lois - comme élément principal de notre vision criminologique.

CHAPITRE II :
MÉTHODOLOGIE

2-1 Les buts et les objectifs du mémoire

2-1-1 Le but et l'objectif général

L'objectif général de ce travail de recherche consiste à *effectuer une évaluation critique des politiques canadiennes actuelles en matière de « réduction des méfaits » (RDM) dans le but d'en mesurer les limites et les enjeux*. Pour y parvenir, le travail sera divisé selon deux fronts particuliers.

2-1-2 Les buts et les objectifs particuliers : deux fronts d'étude

Le premier objectif particulier est *d'effectuer une analyse critique de la littérature (principalement canadienne) concernant le développement et les conceptualisations de l'approche de RDM dans le but de proposer une grille de lecture servant à établir si une politique gouvernementale ou une stratégie peut se prévaloir du terme RDM*. L'étude de cette littérature permettra tout d'abord de (1) connaître et comprendre le développement de l'approche et des stratégies de RDM. Plus précisément et pour ce faire, il s'agit d'identifier le contexte d'émergence et d'émancipation des stratégies de RDM, afin de se familiariser avec l'approche et ses notions. Ensuite, et à partir de la première étape, le présent travail tentera de (2) dégager une grille de lecture qui identifie les éléments clés déterminant l'appartenance conceptuelle et pratique à l'approche de RDM. Cette grille sera utile pour déterminer ultérieurement (second front d'étude) les possibilités d'appartenance conceptuelle de stratégies ou de politiques institutionnelles à l'approche de RDM. Aussi, l'étude de la littérature permettra (3) de souligner *les limites* inhérentes à l'approche et à son cadre de conceptualisation, pour identifier *les enjeux* de son développement passé, présent, et à venir. Enfin, cette recherche fournira (4) une vision contextualisée (une perception canadienne) du développement de l'approche de RDM, qui pourra être mise en relation (comparer et/ou mesurer l'influence) avec la conceptualisation existante des stratégies et de l'approche de RDM au sein de l'agenda politique canadien (étudiée dans le 2ème article). De plus, cette perspective permettra d'obtenir des indices sur le développement propre au Canada (pour illustrer d'éventuelles différences avec le contexte européen par exemple). Toutefois, il ne s'agit pas là d'un but à part entière visé par l'étude, mais plutôt d'une piste de réflexion et d'analyse qui devra être complétée (des propositions, voir une hypothèse pour de futures études). En d'autres mots, cette littérature se rapproche-t-elle ou a-t-elle influencé la vision institutionnelle ?

Le deuxième objectif particulier est *d'effectuer une analyse documentaire des politiques canadiennes* (telles que véhiculées par les *Stratégies canadiennes (ou nationales) antidrogue*) dans le but de connaître et comprendre la conceptualisation de la « réduction des méfaits » au sein de l'agenda politique canadien. Plus précisément, il s'agit d'identifier la présence, la conceptualisation et le contexte d'institutionnalisation des pratiques de RDM (évolution et cristallisation) au sein des priorités et des objectifs politiques de l'État fédéral. L'atteinte de cet objectif permettra de comprendre (1) comment le Canada conçoit la RDM, (2) à partir de cette conception, comment l'intègre-t-il au sein de ses objectifs politiques et (3) quelles sont les limites et les enjeux de cette conceptualisation particulière de la RDM ? Il semble important de préciser que ce travail ne constitue pas une évaluation de l'efficacité empirique (incidence) des stratégies ou des politiques canadiennes en matière de RDM, mais qu'il constitue plutôt une étude théorique sur comment et pourquoi le gouvernement canadien en est venu à adopter une politique de RDM dans son discours, ainsi qu'identifier les *limites* et les *enjeux* de cette conceptualisation particulière au sein de son agenda politique. Il s'agit donc davantage d'une analyse de discours sur des politiques plutôt que d'une évaluation proprement dite des politiques comme telles. L'analyse du discours est une première étape importante dans l'évaluation des politiques dans leur entièreté. Toutefois, le discours ne représente que des mots s'il n'est pas accompagné d'actions, de règlements et de budgets à cet effet, qui eux aussi doivent être finement analysés dans des démarches ultérieures.

2-2 La pertinence sociale

L'analyse critique des politiques assure trois fonctions essentielles. Premièrement, elle garantit la prise de conscience du fonctionnement des systèmes sociaux et de leurs influences. Puisque la structure sociale et son fonctionnement sont au service de la population, et non le contraire, il importe de s'assurer de bien en comprendre les tenants et les aboutissants. Deuxièmement, elle permet de réactualiser constamment les phénomènes et d'éviter l'obsolescence des actions sociales. D'ailleurs, Bertrand (1997) précise que les politiques conditionnent toutes nos interventions sociales, psychothérapeutiques et éducatives. Par conséquent, l'analyse critique des politiques constitue une évaluation importante pour réajuster les interventions aux nouveaux besoins et aux caractéristiques du moment. Enfin, l'analyse critique garantit l'exercice du pouvoir démocratique, qui lui, permet de se prononcer, de conseiller et de prendre part aux décisions qui concernent la population. Parce que l'argent du contribuable permet de mettre en place des politiques et des pratiques qui lui sont destinées, et

parce que le bénéfice de la science doit servir la population, le chercheur s'implique politiquement et socialement dans la communauté au travers de la science et de ses recherches.

2-3 La forme du mémoire

Le présent mémoire est constitué de deux articles qui visent chacun un front particulier. Ainsi, le premier article constitue *une analyse critique de la littérature canadienne concernant le développement international de l'approche de « réduction des méfaits »* (chapitres III), tandis que le deuxième article est une étude de *la conceptualisation particulière de la « réduction des méfaits » au sein de l'agenda politique canadien* (chapitres IV). Chacun des articles est composé aussi d'une étude *des limites et des enjeux* des dimensions qu'il traite (analyse critique). Les deux articles seront suivi d'une discussion (chapitres V) sur les limites et les enjeux des politiques de RDM au Canada.

2-4 Les méthodes de recherche qualitative

Au regard des objectifs poursuivis, les méthodes qualitatives seront privilégiées. Dans ce type de devis de recherche, la nature des informations est qualitative, ce qui signifie qu'elles résistent à la mise en forme statistique en ce qu'elles constituent des *« données d'expérience, les représentations, les définitions de la situation, les opinions, les paroles, le sens de l'action et des phénomènes »* (Deslauriers et Kérésit, 1997 : 130). Ainsi, la perspective qualitative est donc intéressante puisqu'elle permet de recueillir des informations sous formes de significations.

Aussi, le propre de la recherche qualitative consiste en une démarche itérative et rétroactive, où se rencontre simultanément les démarches de cueillette et d'analyse de données, ainsi que l'élaboration de la question de recherche¹⁹ (Deslauriers et Kérésit, 1997). Il s'agit donc d'une démarche progressive et constante de construction de l'objet de recherche et d'élaboration de propositions. Ainsi, pour cette étude, la cueillette et l'analyse des significations découlent de la question de recherche, mais tendent aussi à la redéfinir constamment.

¹⁹ Cette démarche est aussi appelée *modèle d'adaptation continu* (Deslauriers et Kérésit, 1997).

Toujours selon Deslauriers et Kéresit (1997), l'adoption de l'approche qualitative pour l'évaluation des politiques, sociales ou organisationnelles, séduit de plus en plus les chercheurs de part ses vertus. Selon, Majchrzak (1984) :

« la recherche sur les politiques : a un objet multidimensionnel; est d'orientation empirico-inductive; porte sur l'avenir aussi bien que sur le passé; est sensible aux utilisateurs des résultats de recherche; et reconnaît explicitement les valeurs qu'elle véhicule » (Majchrzak, 1984 : 18).

Aussi, Marshall et Rossman (1989) invoquent la supériorité de la méthodologie qualitative pour :

« approfondir des processus et phénomènes complexes, [...] explorer quand et où les politiques, le bon sens populaire et la pratique échouent, [mais aussi lorsque] la recherche porte sur les processus organisationnels, ses liens informels et non structurés [et/ou] sur les buts organisationnels réels, en opposition à ceux qui sont prétendus » (Marshall et Rossman, 1989 : 46).

Au regard de ces propos, la recherche qualitative s'avère toute désignée pour cette étude qui vise à évaluer en partie les politiques de RDM au Canada.

2-4-1 Une démarche descriptive et exploratoire

Selon Deslauriers et Kéresit (1997), *« une recherche descriptive posera la question des mécanismes et des acteurs (le comment et le qui des phénomènes) »* (Deslauriers et Kéresit, 1997 : 88). Ainsi, cette présente étude se veut descriptive puisqu'elle traduit le fonctionnement (politique, administratif, etc.) de certains systèmes, les acteurs qui y interviennent, les croyances qui soutiennent ce fonctionnement ainsi que l'impact de ces systèmes sur la problématique en question et sur la sphère sociale en général.

Aussi, cette démarche de recherche se veut exploratoire puisqu'elle permet de se familiariser avec les différents acteurs qui interviennent en régulation de l'usage psychotrope, avec leurs idées et leurs actions. En effet, Deslauriers et Kéresit (1997) appuient cette idée lorsqu'ils stipulent que :

« Une recherche qualitative de nature exploratoire permet de se familiariser avec les gens et leurs préoccupations. [...] par la précision des détails, elle fournira des informations contextuelles qui pourront servir de base à des recherches explicatives plus poussées. » (Deslauriers et Kéresit, 1997 : 88).

Pour cette étude, cela signifie que les données recueillies, sur différents phénomènes et sous formes de significations, engendreront des propositions théoriques qui pourront être complétées, confirmées ou infirmées ultérieurement dans d'autres démarches de recherche.

La recherche qualitative se distingue aussi par l'attrait particulier quant aux perspectives des acteurs et des participants (Boutin, 1997; Deslauriers et Kéresit, 1997). Dans ce sens, la recherche qualitative s'avère pertinente et utile pour ce qu'elle représente : une démarche pour analyser le point de vue des acteurs. Il reste alors à déterminer ces derniers et les moyens pour recueillir leur vision.

2-4-2 Le point de vue des acteurs

Le point de vue des acteurs peut être recueilli par plusieurs procédés méthodologiques. L'entrevue qualitative est certainement l'un des procédés le plus utilisé et le plus fiable pour recueillir les visions phénoménologiques des acteurs de façon individuelle et personnelle. Toutefois, il peut s'avérer difficile et fastidieux, pour des raisons pratiques, d'avoir accès aux personnes clés susceptibles de fournir l'information requise. Dans notre cas et pour le premier article, une revue de littérature suffisait pour obtenir l'information désirée. Pour le deuxième article, trouver et rencontrer les différents responsables politiques, les fonctionnaires ou les différents partenaires qui ont mis en place ou influencer les politiques de RDM soulevait tout un défi²⁰. Pour contrer cette barrière, une autre avenue se présentait. Pouvions-nous trouver une documentation écrite qui représente ces points de vue et le processus d'adoption des stratégies de RDM au sein de l'agenda politique canadien ?

Lorsque les acteurs expriment des visions institutionnelles et/ou politiques, le point de vue personnel n'est plus aussi intéressant que la perspective institutionnelle et ce pour deux raisons. Premièrement, la définition d'une politique ne traduit pas tant un point de vue personnel que celui qui émerge d'un consensus politique et social où de multiples sources de pression s'exercent. Il faut alors s'assurer de rencontrer les différents acteurs ce qui peut s'avérer très fastidieux. Deuxièmement, ce point de vue communiqué de façon publique et

²⁰ Le temps, l'agenda et la nécessité de cibler les bonnes personnes sont quelques éléments qui constituent ce défi. Celui-ci aurait pu être surmonté dans le cadre d'une thèse de doctorat, mais pour un mémoire de maîtrise nous avons décidé de procéder différemment.

officielle, par des écrits et dans l'exercice de leurs fonctions, assure l'imputabilité des idées aux concepteurs et dirigeants des politiques étudiées. Il devenait aussi pertinent que logique d'analyser leur discours et leurs actions au travers de la documentation publique publiée à cet effet. La partie critique de l'exercice est alors de trouver un procédé méthodologique rigoureux et fiable pour recueillir et analyser les données.

Ainsi, le point de vue des acteurs s'est avéré utile et pertinent pour deux raisons dans ce travail. Tout d'abord, il permet, au sein du premier article et au-delà de la simple description, d'obtenir une analyse critique issue de l'expertise des auteurs qui œuvrent dans le domaine de la toxicomanie. Forts de leur expérience, les auteurs permettent d'illustrer les avancées de recherche déjà acquises dans le milieu. Ensuite, et pour le deuxième article, le point de vue des acteurs est important puisqu'il représente le discours gouvernemental concernant la régulation de l'usage psychotrope et les actions qui en découlent. Dès lors, il s'agit d'un point de vue institutionnel qui traduit les conceptions actuelles sur la problématique des drogues au Canada²¹. Ainsi, pour effectuer une évaluation critique des politiques actuelles de RDM au Canada, le discours gouvernemental et ses conceptions sous-jacentes seront analysés dans une démarche scientifique systématique.

Pour recueillir le point de vue des acteurs et répondre aux objectifs de ce travail, l'analyse documentaire sera le procédé méthodologique privilégié, au travers d'une démarche itérative en deux grandes étapes : soit la recherche et l'analyse documentaire.

2-4-3 Les procédés méthodologiques

Étant désireux d'obtenir de l'information issue d'un corpus de textes et de documents, l'analyse documentaire semble constituer le procédé méthodologique approprié pour obtenir et analyser l'information requise. Selon Cellard (1997), elle permet de recueillir de l'information déjà existante tout en excluant les acteurs du débat en question. Ainsi, le chercheur n'interfère pas avec les acteurs et limite donc les sources d'influence dans l'expression, la mesure et l'analyse du phénomène. De plus, l'analyse documentaire ajoute la dimension du temps à la compréhension des phénomènes sociaux (Cellard, 1997), ce qui

²¹ C'est d'ailleurs un des buts du gouvernement de communiquer les idées et les actions à mener dans ce domaine. Dans ce sens, les productions écrites du gouvernement sont considérées, à juste titre, comme un point de vue institutionnel.

est nécessaire pour comprendre leur émergence ou leur évolution, tel que visé dans les objectifs de cette recherche (développement de la RDM). Comme le souligne Cellard, (1997), ce procédé :

« permet une coupe longitudinale qui favorise l'observation du processus de maturation ou de développement d'individus, de groupes, de concepts, de connaissances, de comportements, de mentalités, de pratiques, etc., et ce, de leur genèse à nos jours » (Cellard, 1997 : 275).

Traditionnellement issue de l'approche historique, il s'agit d'une « *approche événementielle plutôt orientée vers les faits et gestes du politique et des grands de ce monde* » (Cellard, 1997 : 276). L'analyse documentaire est donc constituée d'une démarche de recherche et d'une démarche d'analyse.

La recherche documentaire

Pour le premier article

Cette recherche documentaire concerne davantage les réflexions scientifiques publiées sur le thème du premier article (revue de littérature). Il s'agit donc de trouver les articles scientifiques qui traitent, comme sujet principal, du développement et des conceptualisations de l'approche de RDM.

Principalement, le corpus empirique a été sélectionné en effectuant une recherche informatisée, au sein des bibliothèques et des centres de documentation des universités, des écoles ou des organismes spécialisés (RISQ²², CPLT²³, etc.). La consultation des banques de données « Med-line », « Psych-info », « socio-file » et « Social Works abstracts » a constitué un premier outil de recherche. La consultation des catalogues informatiques (Atrium pour l'Université de Montréal et Manitou pour l'Université du Québec à Montréal) constitue un second outil pour recueillir de l'information.

Cette recherche a été effectuée par auteur ou par mots clés grâce au moteur de recherche. Certains auteurs, découverts ou suggérés, significatifs pour leur contribution à la compréhension du sujet ont été directement ciblés dans la recherche. En effet, l'état des connaissances orientait déjà ce travail vers certaines références clés. Toutefois, afin d'élargir cet horizon, des mots clés ont été entrés dans les moteurs de recherche (en français

²² Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec

²³ Comité permanent de lutte à la toxicomanie

et en anglais²⁴) pour découvrir d'autres ouvrages significatifs dans le domaine visé : « réduction des méfaits », « minimisation des méfaits », « réduction des risques », « minimisation des risques », « réduction des préjudices », « réduction des dommages », « réduction des dangers », « réduction des problèmes », « réduction des conséquences négatives », « limitation des dégâts », « harm reduction », « harm minimization », « risk reduction » « risk minimisation ». À partir de ces mots clés, plus de 700 références ont été recensées. Parmi ce nombre, seulement une centaine ont été conservées puisqu'elles traitaient particulièrement du développement de l'approche et de ses concepts clés, par rapport à d'autres qui illustraient plutôt l'évaluation et l'implantation de ses contextes spécialisés d'intervention. Ce choix est directement lié à l'objet de ce travail et du premier article qui vise à comprendre le contexte (historique et social) d'émergence et de maintien de l'approche, plutôt qu'à évaluer les résultats empiriques de son efficacité. Enfin, certaines références ont été découvertes à la lecture de celles préalablement choisies.

Comme nous l'avons déjà succinctement mentionné, particulièrement la littérature canadienne a été conservée (n=44), malgré quelques articles dont les auteurs sont européens (n=12)²⁵. Cet exercice était facilement exécutable en identifiant les affiliations des auteurs ou encore les indices présents dans le titre ou le texte. D'ailleurs, cet exercice a été confirmé à l'aide d'une *grille d'analyse verticale sur le premier article (GVPA1)* qui sera présentée dans la section sur l'analyse documentaire. Tout d'abord, ce choix de restreindre la littérature offre une vision contextualisée sur la façon dont est pensée et analysée la RDM au Canada par le domaine scientifique. Aussi et deuxièmement, ce choix offre la possibilité ultérieure de mettre en relation les données de cette littérature scientifique avec les conceptualisations adoptées par le gouvernement canadien dans son agenda politique. Ainsi, il devenait possible d'étudier les similarités ou les différences, et éventuellement se prononcer sur l'influence possible de l'un envers l'autre. Enfin, une autre raison concerne aussi la possibilité d'obtenir, en plus des informations sur le développement international de l'approche, des éventuelles analyses ou réflexions sur des différences possibles entre le contexte nord-américain et européen. Ce choix de restreindre la littérature renvoie à une

²⁴ Et dans tous les vocables utilisés au sein de l'approche pour la décrire afin de ne pas limiter notre recherche à partir d'un problème de sémantique souvent illustré dans le domaine (Brisson, 1997; Newcombe, 1992; Velleman et Rigby, 1990).

proposition de départ pressentie par l'état des connaissances et appuyée par des personnes clés sur des différences conceptuelles et sémantiques possibles entre l'Amérique du Nord et l'Europe.

Pour le deuxième article

Pour la deuxième partie de la recherche, soit *la conceptualisation de la « réduction des méfaits » au sein de l'agenda politique canadien* (2^{ème} article), il fallait trouver la documentation officielle susceptible de contenir et de fournir l'information pertinente. Après consultation d'une multitude de rapports gouvernementaux au sein des centres de documentation des différents ministères provinciaux et fédéraux, principalement ceux de la santé et de la justice, le choix s'est arrêté sur les *Stratégies canadiennes (ou nationales) antidrogue* (SCA, 1988, 1994 et 1998²⁶). En effet, il existe trois *Stratégies* de ce type qui représentent les objectifs politiques fédéraux depuis 1987. Ces documents permettent d'étudier la présence, la conceptualisation et l'évolution de la RDM puisqu'elles évoquent l'action gouvernementale en matière de drogues de 1987 jusqu'à aujourd'hui. Les SCA ont été choisies comme corpus empirique car elles étaient les seuls documents qui remplissaient trois conditions principales, soit des documents comparables et de nature identique, des documents qui représentent le discours gouvernemental et, enfin, des documents qui s'échelonnent sur une période de temps suffisamment longue (plus de dix ans) depuis l'explosion des stratégies de RDM (les années 80) jusqu'à maintenant.

La documentation complémentaire

Pour compléter cette recherche, la documentation qui entoure et accompagne les écrits officiels a été consultée. Cette documentation complémentaire est constituée, par exemple, des Rapports de Santé Canada (n=5), de la Gendarmerie Royale du Canada (n=1), du

²⁵ Nous voulions quelques références européennes pour contraster la seule perspective canadienne du développement de l'approche de RDM, et identifier d'éventuelles différences entre les deux perceptions de ce développement.

²⁶ Il existe actuellement trois *Stratégie canadienne antidrogue* (1988, 1994 et 1998). Le nom des documents qui les présentent et que nous avons analysés diffère d'une *Stratégie* à l'autre. Pour faciliter la compréhension des lecteurs, nous utiliserons, volontairement et d'une façon uniforme tout au long de ce présent travail, l'abréviation SCA pour désigner n'importe laquelle des *Stratégies*, tandis que les dates permettront aux lecteurs de les différencier. Pour la référence exacte le lecteur pourra se référer à la bibliographie présente à la fin du document. Aussi, les dates de publication des *Stratégies* (1988, 1994 et 1998) diffèrent de celles de leur mise en place (1987, 1992, 1998). Lorsque nous citons les *Stratégies* en référence aux documents qui les présentent et que nous avons analysés, nous conservons les dates de publication. Lorsque la *Stratégie*, comme action politique en tant que telle est mentionnée, nous citons la date de mise en application.

Bureau du vérificateur général (n=3), les mémoires et les rapports des organismes (Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies – CCLAT; Comité permanent de lutte à la toxicomanie – CPLT; Centre québécois de coordination sur le sida – CQCS) chargés d'informer et de conseiller le gouvernement (n=6), ainsi que les documents présentant les statistiques officielles (n=3). Cette documentation permet d'identifier les écrits, les variables et les acteurs qui participent à la construction et à la mise en place de certaines mesures. En effet, si les documents officiels contiennent de l'information sur la forme ou la nature d'une loi, d'un règlement ou d'une politique, les documents qui ont dirigé le choix rationnel de cette ligne de conduite constituent une source d'information sur le contexte de construction de ces écrits. Il s'agit alors d'identifier quels pourraient avoir été les écrits qui ont inspirés les responsables politiques pour aboutir aux textes officiels. Ainsi, nous pourrions identifier quels ont été les acteurs et les variables en présence dans les débats, leurs rôles respectifs et l'évolution du débat. Compte tenu de l'ampleur de ce travail, qui pourrait constituer à lui tout seul un sujet de thèse, il faut plutôt l'envisager comme une démarche complémentaire (et non à part entière) au processus initial, afin d'améliorer ou de contextualiser la compréhension du phénomène à l'étude. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une démarche exhaustive.

L'analyse documentaire

Pour le premier article

À partir de la revue de littérature sur le développement des stratégies de RDM (1^{er} article), une démarche d'analyse systématique en plusieurs étapes a été développée.

Les grilles verticales

Premièrement, tous les textes ont été analysés individuellement (analyse verticale) afin d'en extraire l'information contenue. L'analyse de cette information permet, plus qu'une simple description, de faire ressortir l'essence du texte et de pouvoir entreprendre des analyses de second degré. Ainsi, l'analyse verticale des textes s'est faite à deux niveaux.

Concernant le premier niveau, nous avons établi une analyse préliminaire qui consiste à comprendre le contexte de production de l'information²⁷, l'identité de l'auteur,

²⁷ Par exemple, certains documents du CCLAT, du CPLT ou du CQCS constituent des recommandations dans l'adoption des stratégies de RDM.

l'authenticité et la fiabilité du document²⁸, la nature du texte et enfin les concepts clés et la logique interne du texte, tel que le suggère Cellard (1997). Cette première analyse verticale sur le texte constitue une étape préalable à toute analyse documentaire. Les cinq dimensions énoncées sont représentées au sein d'une grille d'analyse (GVPA1)²⁹.

Pour le deuxième niveau, soit l'analyse proprement dite, elle a été réalisée au travers d'une deuxième grille de lecture (GVPA2)³⁰. Cette grille est constituée des éléments suivants : la thèse de l'auteur, ses caractéristiques, ses implications et ses conséquences. Cette grille d'analyse permet d'établir des fiches de lecture qui synthétisent l'information recueillie pour les étapes ultérieures d'analyse, et notamment pour l'analyse horizontale. Selon Cellard (1997), la relecture des textes permet de remplir efficacement cette grille afin d'effectuer les premières pistes analytiques par la construction de « mémos ».

« La plupart des méthodologues s'entendent pour dire que c'est la lecture répétée qui permet finalement de prendre conscience des similitudes, des rapports et des différences susceptibles de conduire à une reconstruction admissible et crédible » (Cellard, 1997 : 260).

Dans ce type d'analyse, l'approche est tant inductive que déductive (Cellard, 1997). Les pistes documentaires sont orientées par la question de départ, mais les surprises qu'elles révèlent forcent le chercheur à modifier ou enrichir ce questionnement.

Les grilles horizontales

Suite à cette étape, et toujours pour le premier article, les premiers éléments d'analyse isolés (mémos) ont été réinterprétés dans un tout cohérent, au sein d'une analyse horizontale (entre les textes) illustrée par une grille de lecture (GHPA1)³¹. Dans cette démarche, l'information relative à un même sujet, en l'occurrence le développement de la RDM, a été synthétisée. Il s'agissait de rendre l'information recueillie, à travers les différents textes sur ce sujet, en un tout significatif. Ce procédé permet, à partir d'un niveau limité d'abstraction et d'analyse (verticale) d'aboutir à des degrés supérieurs d'analyse (transversales) (Cellard, 1997). À travers cette démarche, il a été possible, en plus d'établir une description du développement des stratégies de RDM (l'origine, l'évolution, les composantes), de connaître et comprendre *les limites et les enjeux* qui en découlent (les

²⁸ Il s'agit de l'aspect scientifique des documents, ou encore de la crédibilité des auteurs de part leurs fonctions ou compétences.

²⁹ Voir annexe A pour le détail des grilles

³⁰ *ibid.*

implications et les conséquences). Au terme de cet exercice, il était possible de préparer une analyse de *la conceptualisation des stratégies de RDM au sein de l'agenda politique canadien* (objectif du deuxième article) à partir d'une grille de lecture des éléments clés qui déterminent l'appartenance conceptuelle à l'approche de RDM (la grille GVDA4 qui sera présentée plus loin)³².

Pour le deuxième article

Pour le deuxième article, les trois documents que sont les *Stratégies canadiennes (ou nationales) antidrogue* (SCA de 1988, de 1994 et de 1998) ont été analysées. En effet, ces trois documents sont des textes qui reflètent la position officielle du gouvernement sur la problématique des drogues et les interventions qui en découlent. L'analyse de ces documents a donc permis de faire une analyse du discours qui, lui, permet de comprendre les représentations et les conceptualisations théoriques sous-jacentes aux *Stratégies*. Ces analyses ont été effectuées à l'aide de grilles d'analyse verticales (au sein des *Stratégies*) et horizontales (entre les *Stratégies*).

Les grilles verticales

Les grilles d'analyses verticales ont permis de faire l'analyse interne des trois *Stratégies*. Chacune des grilles permet d'atteindre, simultanément, la compréhension des deux buts visés par cette étude (la conceptualisation de la RDM et l'agenda politique canadien). Toutefois, chacune d'elle renferme, par nature et au travers des thèmes utilisés, des dimensions prédominantes et spécifiques dans l'atteinte de cette compréhension.

La première grille verticale (GVDA1)³³ a permis de comprendre *la problématique* (les éléments thématiques sont les causes, les comportements problématiques, les conséquences et l'ampleur) des drogues telle que vue et présentée par le gouvernement fédéral au sein de la *Stratégie*. L'analyse de cette *problématique* permet (1) principalement de comprendre le cadre conceptuel et théorique du problème des drogues dans l'agenda politique auquel se réfère le gouvernement fédéral pour justifier son action, mais aussi (2) d'identifier la

³¹ *ibid.*

³² En fait, les éléments identifiés dans la grille horizontale du premier article (GHPA1) ont constitué le corps de notre grille verticale du deuxième article (GVDA4) pour identifier la conceptualisation de la RDM dans l'agenda politique canadien.

³³ Voir annexe A pour le détail des grilles.

présence et la conceptualisation possible de la RDM au travers des phénomènes qui lui sont familiers, ainsi que (3) d'identifier tout autre élément important de l'agenda politique.

La deuxième grille verticale (GVDA2)³⁴ a permis d'analyser *la stratégie d'action* fédérale (les éléments thématiques sont les principes de base, les buts et les objectifs, les fronts d'action, les priorités et les orientations futures, le contexte). L'analyse de *la stratégie d'action* permet de comprendre 1) l'approche paradigmatique utilisée (système philosophique, scientifique ou religieux), 2) les politiques mises en place, 3) les institutions et les mécanismes institutionnels en jeux, 4) les stratégies utilisées ou encore 5) les actions entreprises. Tous ces éléments permettent de comprendre la présence et la conceptualisation de la RDM et les grandes orientations de l'agenda politique.

Une troisième grille verticale (GVDA3)³⁵ a permis d'identifier *le leadership ministériel* (les éléments thématiques sont le ministère coordinateur, la part relative des budgets selon les agences, l'identification globale de la problématique dans un discours propre à un ministère et l'importance relative d'une politique par rapport à une autre). Cette grille permet de comprendre (1) le poids relatif des différents ministères dans la problématique étudiée et (2) d'identifier comment est vue la problématique des drogues au Canada.

La quatrième grille verticale (GVDA4)³⁶, quant à elle, a permis d'identifier *la conceptualisation de la « réduction des méfaits »* (les éléments thématiques sont la présence d'une définition minimum (Brisson, 1997), la notion de méfait et de risque dans le continuum d'intervention, la rupture face à l'abstinence et à la prohibition, ainsi que des pratiques reconnues liées au phénomène du SIDA) au sein de la *Stratégie* et de l'agenda politique. Il s'agit donc de la grille principale pour identifier la conceptualisation de la RDM puisque les éléments thématiques constituent des critères importants pour identifier la présence de l'approche.

En résumé, l'analyse verticale a permis de comprendre globalement chaque SCA (leur schème conceptuel et leur contexte) et l'agenda politique qui les accompagnent (le contexte

³⁴ *ibid.*

³⁵ *ibid.*

³⁶ *ibid.*

et les motivations des politiques institutionnelles). Elle a permis aussi, et plus spécifiquement, d'identifier la présence et la conceptualisation de la RDM au sein de l'agenda politique canadien.

Les grilles horizontales (transversales)

Les grilles d'analyses horizontales, quant à elles, permettent essentiellement de comparer les analyses verticales dans le temps pour comprendre leur évolution. Ainsi, chaque grille horizontale a permis de faire une comparaison entre les trois SCA sur les dimensions qui lui sont propres (soit *la problématique, la stratégie d'action, le leadership ministériel et la conceptualisation de la RDM*). Il existe donc quatre grilles d'analyses horizontales indépendantes (les grilles horizontales GHDA1, 2, 3 et 4)³⁷.

³⁷ *ibid.*

CHAPITRE III :
LES ENJEUX ET LES LIMITES DU DÉVELOPPEMENT DE L'APPROCHE DE
RÉDUCTION DES MÉFAITS : UNE PERSPECTIVE CANADIENNE

Les enjeux et les limites du développement de l'approche de réduction des méfaits :
une perspective canadienne.

Michaël Gillet, B.Sc., postulant au grade de maîtrise en criminologie à l'Université de Montréal.

Brochu Serge, Ph.D., professeur titulaire à l'école de criminologie de l'Université de Montréal.

Résumé

L'approche de réduction des méfaits (RDM) suscite une attention grandissante ces dernières années dans le champ de la toxicomanie, au point de constituer une politique de régulation de l'usage psychotrope. Un des objectifs de cette étude consistait, à partir d'une revue de littérature, à mieux comprendre le développement de la RDM, ainsi que ses enjeux et ses limites. Les analyses révèlent qu'un processus de définition s'est ainsi développé mais dans l'absence de consensus pour statuer sur les limites propres à l'approche, traduisant ainsi la divergence des acteurs et des mentalités au sein de la RDM. Ainsi, peut-on réellement parler d'approche à part entière ou plutôt de mouvement social ? Un deuxième objectif visait à établir une grille de lecture permettant d'identifier des critères clés pour déterminer l'appartenance conceptuelle de pratiques ou de politiques à l'approche. Les critères retenus, pour construire cette grille, ont été ceux qui démontraient un certain consensus dans la littérature. Bien que certains concepts puissent fournir des orientations pour déterminer l'appartenance conceptuelle à l'approche, les nombreuses questions qui subsistent ne permettent pas de fournir des critères décisifs, ni un cadre explicite et suffisant. Au regard des limites énoncées, il semble que la RDM constitue, à l'heure actuelle, davantage une ébauche de modèle qui s'articule autour de plusieurs stratégies. Le problème réside encore dans l'identification consensuelle des buts de l'approche pour les différents acteurs qui s'en réclame. Les divergences au sein du mouvement et l'absence de certains repères importants (critères déterminants) rendent impossible une telle dénomination. L'absence de consensus, d'éthique et d'approfondissement des limites conceptuelles signalent une certaine incapacité de l'approche à statuer sur de nombreux points. L'approche de RDM fait donc face à un continuum de définition et de conceptualisation, à l'intérieur duquel de nombreux acteurs peuvent récupérer l'approche à leur compte, selon leurs objectifs et leurs perspectives culturelles. Il s'agit d'enjeux importants qu'il serait intéressant d'étudier, particulièrement dans le contexte canadien. Car le danger de certaines zones grises est alors de voir l'approche récupérée ou institutionnalisée dans des mentalités qui ne lui correspondent pas et/ou qui nuisent à son bon fonctionnement.

INTRODUCTION

Le champ de la régulation de la pratique psychotrope a été marqué par un renversement paradigmatique (Quirion, 2001), la RDM a constitué une alternative aux modèles existants (Erickson, 1993; Duncan, Nicholson, Clifford, Hawkins et Petosa, 1994; Marlatt, 1996; Fisher, 1995; Rozier et Vanasse, 2000), « *une force révolutionnaire majeure* » (Marlatt, 1996), « *une rupture épidémiologique majeure* » (Bibeau et Perrault, 1995 : 234), soit une reconfiguration de l'intervention politique à propos des drogues (Berridge, 1993) avec l'apparition et la prolifération des stratégies de réduction des méfaits au cours de la dernière décennie (Heather, Wodak, Nadelmann, et O'Hare, 1993; Erickson, Riley, Cheung et O'Hare, 1997; Marlatt, 1998; Riley, 1994). Ainsi, les stratégies de réduction des méfaits (RDM)³⁸ ont fait l'objet d'une attention particulière et grandissante ces dernières années au Canada puisque des professionnels de la santé (Association des intervenants en toxicomanie du Québec - AITQ, 1995), des organismes nationaux (Comité permanent de lutte à la toxicomanie - CPLT, 1996; Centre québécois de coordination sur le SIDA - CQCS, 1994) ou des centres publics de réadaptation en toxicomanie (Landry, 1995), et même le gouvernement canadien (*Stratégie canadienne antidrogue*, 1998³⁹) les recommanderont dans la gestion sociale des problématiques reliées aux drogues.

Malgré cet engouement généralisé pour la RDM, certains voient dans sa conceptualisation actuelle des risques de stigmatisation. En effet, Beauchesne (2000) soutient que l'institutionnalisation de certaines pratiques au sein des politiques gouvernementales, concernant l'usage de drogues par injection (UDI) et le sida, s'effectue à travers un glissement des mentalités depuis le moralisme juridique (lié à la prohibition) vers un cadre de paternalisme juridique (lié au sida). Ce paternalisme juridique maintient la stigmatisation des usagers, échangeant leur étiquette de délinquant pour celle de malade potentiellement contagieux (Beauchesne, 2000). Beauchesne (2000) stipule qu'il s'agit alors d'une double

³⁸ Nous utiliserons, tout au long du texte, l'abréviation RDM pour représenter le vocable « réduction des méfaits ».

³⁹ Il existe actuellement trois *Stratégie canadienne antidrogue* (1988, 1994 et 1998). Le nom des documents qui les présentent diffère d'une *Stratégie* à l'autre. Pour faciliter la compréhension des lecteurs, nous utiliserons, volontairement et d'une façon uniforme tout au long du texte, l'abréviation SCA pour désigner n'importe laquelle des *Stratégies*, tandis que les dates permettront aux lecteurs de les différencier. Pour la référence exacte le lecteur pourra se référer à la bibliographie présente à la fin du document. Aussi, les dates de publication des *Stratégies* (1988, 1994 et 1998) diffèrent de celles de leur mise en place (1987, 1992, 1998). Lorsque nous citons les *Stratégies* en référence aux documents qui les présentent et que nous avons analysés, nous conservons les dates de publication. Lorsque la *Stratégie*, comme action politique en tant que telle est mentionnée, nous citons la date de mise en application.

stigmatisation sociale. À l'instar de Castel (1991), Quirion (2001) voit ce renversement de la régulation psychotrope comme « *le symptôme de transformations plus globales dans les modalités de la régulation politique des conduites humaines* » (Quirion, 2001 : 1). Dans son analyse, Quirion (2001) soutient que notre société est passée d'une gestion de type providentialiste à une gestion des risques. Ensuite et plus précisément, il montre comment ces transformations ont eu lieu au sein de la RDM, qui constitue une manifestation de ces changements macro sociaux, en constatant un dérapage de la notion de méfait vers celle de risque. Cette notion de risque et de population à risque est susceptible de stigmatiser les usagers et de dérouter la notion d'*humanisme* si chère à l'approche (Quirion, 2001).

Le développement des stratégies de RDM n'est pas sans faire l'objet d'éloges et d'attentions, mais aussi de critiques. Cependant, la littérature critique concernant le développement des stratégies de RDM reste toutefois très isolée au Canada. La lune de miel avec cette approche tant prometteuse⁴⁰ explique peut-être cette carence dans les écrits scientifiques. Le but de cet article est justement d'effectuer une analyse critique de la littérature, principalement canadienne, concernant la RDM afin de mieux saisir les limites et les enjeux de son développement et de sa conceptualisation actuelle sur la scène internationale. Pour ce faire et dans un premier temps, le processus d'émergence de l'approche sera étudié afin de comprendre les origines, les caractéristiques et le contexte qui lui a été favorable. Dans un deuxième temps, nous étudierons son processus d'émancipation afin de comprendre comment, à partir des éléments de départ, cette perspective est venue constituer une approche à part entière de gestion de la toxicomanie. Quelles sont les limites conceptuelles qui définissent la RDM et qui la différencient des approches traditionnelles ? À partir de cet exercice, nous pourrions également dégager une grille de lecture qui identifiera et synthétisera les concepts clés de l'approche, permettant ainsi d'établir des critères déterminants pour juger de l'appartenance conceptuelle d'une stratégie ou d'une politique se réclamant de RDM. Enfin, et troisièmement, nous dégagerons une analyse critique du développement de l'approche de RDM, en soulignant ses enjeux et ses limites, afin de faire des recommandations susceptibles d'améliorer les concepts et l'approche de RDM pour qu'elle ne se dilue pas au profit d'enjeux politiques et institutionnels.

⁴⁰ L'arrivée tardive et encore récente de la RDM au Canada (Brisson, 1997) explique peut-être la lune de miel avec l'approche.

MÉTHODOLOGIE

Les méthodes de recherche

Le corpus empirique a été sélectionné en effectuant une recherche informatisée, au sein des bibliothèques et des centres de documentation des universités, des écoles ou des organismes spécialisés (RISQ⁴¹, CPLT, etc.). La consultation des banques de données⁴² a constitué un premier outil de recherche. La consultation des catalogues informatiques (Atrium pour l'Université de Montréal et Manitou pour l'UQAM⁴³) constitue un second outil pour recueillir de l'information. Cette recherche a été effectuée par auteur ou par mots clés grâce au moteur de recherche. Certains auteurs, découverts ou suggérés, significatifs pour leur contribution à la compréhension du sujet ont été directement ciblés dans la recherche. Toutefois, afin d'élargir cet horizon, des mots clés ont été entrés dans les moteurs de recherche (en français et en anglais⁴⁴) pour découvrir d'autres ouvrages significatifs dans le domaine visé.

À partir des mots clés, plus de 700 références ont été recensées dans un premier temps. Parmi ce nombre, seulement une centaine ont été conservées puisqu'elles traitaient particulièrement du développement de l'approche et de ses concepts clés, par rapport à d'autres qui illustraient plutôt l'évaluation et l'implantation de ses contextes spécialisés d'intervention. Ce choix est directement lié à l'objet de ce travail qui vise à comprendre le contexte (historique et social) d'émergence et de maintien de l'approche, plutôt qu'à évaluer les résultats empiriques de son efficacité. Particulièrement la littérature canadienne a été conservée (n=44) pour l'analyse, avec toutefois certains articles dont les auteurs sont européens (n=12)⁴⁵. Tout d'abord, ce choix de restreindre la littérature offre une vision

⁴¹ Le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) est un groupe de recherche très fécond au Québec et au Canada dans le domaine de la toxicomanie.

⁴² « Med-line », « Psych-info », « socio-file » et « Social Works abstracts »

⁴³ Université du Québec à Montréal

⁴⁴ Et dans tous les vocables utilisés au sein de l'approche (« réduction des méfaits », « minimisation des méfaits », « réduction des risques », « minimisation des risques », « réduction des préjudices », « réduction des dommages », « réduction des dangers », « réduction des problèmes », « réduction des conséquences négatives », « limitation des dégâts », « harm reduction », « harm minimization », « risk reduction » « risk minimisation ») pour la décrire afin de ne pas limiter notre recherche à partir d'un problème de sémantique souvent illustré dans le domaine (Brisson, 1997; Newcombe, 1992; Velleman et Rigby, 1990).

⁴⁵ Nous voulions quelques références européennes pour contraster la seule perspective canadienne du développement de l'approche de RDM, et identifier d'éventuelles différences entre les deux perceptions de ce développement. Cet exercice était facilement exécutable en identifiant les affiliations des auteurs ou encore les indices présents dans le titre ou le texte. D'ailleurs, cet exercice a été confirmé à l'aide d'une *grille d'analyse verticale sur le premier article (GVPAI)* qui sera présentée dans la section sur l'analyse documentaire.

contextualisée sur comment est pensée et analysée la RDM au Canada par le domaine scientifique. Aussi et deuxièmement, ce choix offre la possibilité ultérieure de mettre en relation les données de cette littérature scientifique avec les conceptualisations adoptées par le gouvernement canadien dans son agenda politique. Ainsi, il devenait possible d'étudier les similarités ou les différences, et éventuellement se prononcer sur l'influence possible de l'un envers l'autre. Enfin, une autre raison concerne aussi la possibilité d'obtenir, en plus des informations sur le développement de l'approche, d'éventuelles analyses ou réflexions sur des différences possibles entre le contexte nord-américain et européen.

Les méthodes d'analyse

À partir de la revue de littérature sur le développement des stratégies de RDM, une démarche d'analyse systématique en plusieurs étapes a été développée.

Les grilles verticales

Premièrement, il s'agissait d'analyser tous les textes individuellement (analyse verticale) afin d'en extraire l'information contenue. L'analyse de cette information permet, plus qu'une simple description, de faire ressortir l'essence du texte et de pouvoir entreprendre des analyses de second degré. Ainsi, l'analyse verticale des textes s'est faite à deux niveaux.

Concernant le premier niveau, nous avons établi une analyse préliminaire qui consiste à connaître l'identité de l'auteur (profession, affiliation et provenance) et la nature du texte, à comprendre le contexte de production de l'information, à vérifier l'authenticité et la fiabilité du document, et enfin à identifier les concepts clés et la logique interne du texte, tel que le suggère Cellard (1997). Cette première analyse verticale sur le texte constitue une étape préalable à toute analyse documentaire. Les cinq dimensions énoncées sont représentées au sein d'une grille d'analyse GVPA1⁴⁶.

Pour le deuxième niveau, soit l'analyse proprement dite, elle a été réalisée au travers une deuxième grille de lecture (GVPA2). Cette grille est constituée des éléments suivants : la thèse de l'auteur, ses caractéristiques, ses implications et ses conséquences. Cette grille d'analyse permet d'établir des fiches de lecture qui synthétisent l'information recueillie

pour les étapes ultérieures d'analyse, et notamment pour l'analyse horizontale. Selon Cellard (1997), la relecture des textes permet de remplir efficacement cette grille afin d'effectuer les premières pistes analytiques par la construction de « mémos ». Dans ce type d'analyse, l'approche est tant inductive que déductive (Cellard, 1997). Les pistes documentaires sont orientées par la question de départ, mais les surprises qu'elles révèlent tendent à modifier ou enrichir ce questionnement.

Les grilles horizontales

Suite à cette étape, les premiers éléments d'analyse isolés (mémos) ont été réinterprétés dans un tout cohérent, au sein d'une analyse horizontale (entre les textes) illustrée par une grille de lecture (GHPA1⁴⁷). Dans cette démarche, l'information relative à un même sujet, en l'occurrence le développement de la RDM, a été synthétisée. Il s'agissait de rendre toute l'information recueillie, à travers les différents textes sur ce sujet, en un tout significatif. Ce procédé permet, à partir d'un niveau d'abstraction et d'analyse limité (l'analyse verticale) d'aboutir à des degrés d'analyse supérieurs (les analyses transversales) (Cellard, 1997). À travers cette démarche, il devenait possible, en plus d'établir une description du développement des stratégies de RDM (l'origine, l'évolution, les composantes), de construire une *grille de lecture des éléments clés qui déterminent l'appartenance conceptuelle à l'approche de RDM*. Cette grille de lecture et les différents concepts clés qu'elle renferme seront présentés dans des encadrés grisés à la fin de chaque section. Au terme de cet exercice, nous pouvions mieux connaître et comprendre *les limites et les enjeux* du développement de l'approche (les implications et les conséquences).

LE PROCESSUS D'ÉMERGENCE DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS : UNE DIVERSITÉ DES SOURCES POUR UN BUT COMMUN

Les sources

Selon Brisson (1997)⁴⁸, l'approche de RDM est née de plusieurs sources. Premièrement, un pôle culturel qui renvoie à la domestication des usages, issue des savoirs et savoir-faire traditionnels des cultures, à travers des rituels et des contextes de consommation.

⁴⁶ Voir annexe A pour le détail des grilles

⁴⁷ *ibid.*

⁴⁸ Selon nous, le travail de l'auteur représente une source importante d'informations puisqu'il est, à notre connaissance, le seul à avoir fourni un matériel aussi considérable en un même rapport sur l'origine, les

Deuxièmement, un pôle médical qui se caractérise par le système britannique de prescription médicale (Centre canadien de lutte aux toxicomanies – CCLAT, 1994) et par l'introduction du traitement à la méthadone (Rosenbaum, 1995). Le pôle communautaire, quant à lui, est le reflet de l'esprit libertaire et de l'activisme politique des années 1960-70 qui se caractérise par un front d'action sur la scène communautaire (réseaux téléphoniques, refuges, centres de crise, cliniques libres) concernant la gestion sociale des problèmes de consommation. Enfin le pôle scientifique renvoie davantage à la remise en question des modèles traditionnels de gestion de la toxicomanie (prohibition et abstinence) au profit de nouveaux modèles et de nouvelles méthodes. Ainsi, nous constatons que des acteurs différents (médecins, scientifiques, activistes, intervenants, etc.), avec leurs préoccupations propres, se sont rassemblés autour d'un but commun, afin de donner naissance à une perspective nouvelle dans le domaine de la toxicomanie : l'approche de réduction des méfaits.

Le processus

Face à l'émergence de ce mouvement, une définition de l'approche s'est établie autour des actions menées sur le terrain, mais aussi en réaction face aux modèles existants. En effet, les stratégies de RDM sont vues par plusieurs comme une alternative (Heather et al., 1993; Duncan et al., 1994; Marlatt, 1996; Riley, 1996; Brisson, 1997; Rozier et Vanasse, 2000), une réaction face aux modèles de l'époque, soit les deux registres traditionnels de la régulation psychotrope, la prohibition et le traitement renvoyant tous les deux au concept d'abstinence. Il s'agit dès lors d'un processus d'émancipation face aux approches traditionnelles, reflété par deux notions particulières qui ont donné naissance au modèle : *le pragmatisme* et *l'humanisme*. *Le pragmatisme* reflète la nécessité de se centrer sur les conséquences négatives de l'usage, plutôt que de viser un but idéaliste (et irréaliste) d'abstinence et de diminution de la prévalence de l'usage. Cette notion légitime le bien-fondé d'une approche pragmatique directement axée sur les conséquences les plus urgentes et les plus néfastes de l'usage psychotrope. *L'humanisme* est illustré par des interventions qui respectent l'individu dans ces choix en travaillant avec l'usage (en le tolérant donc) et en tentant de rejoindre les exclus du système social traditionnel dans leur milieu d'origine (outreach). Ainsi, cette rupture face aux approches traditionnelles caractérise certainement

composantes et les enjeux de l'approche de RDM. Il constitue donc un ouvrage de référence qu'on ne peut ignorer, et qui reviendra constamment dans notre démarche d'analyse.

un des élans qui ont conduit le modèle vers un processus de définition et de conceptualisation qui lui sont propre.

Le contexte

Le grand tournant de l'émergence des stratégies de RDM se situe vers les années 80, lors de l'explosion de la double problématique toxicomanie-sida (Brisson, 1997; Riley, 1994). Plusieurs auteurs (Brisson, 1997; Duncan et al., 1994) considèrent que l'approche est née d'un ensemble d'actions locales avant d'être une approche comme telle. C'est à dire, qu'à cette époque, le mot « méfait » n'est pas tant le concept clé qui guide des interventions qu'une forme de savoir et savoir-faire sur les usages et les us autour des drogues. Avec l'explosion du sida et son lien avec la toxicomanie (UDI), les concepts de « méfait » et de « risque » ont commencé à émerger au sein d'un processus de définition. Il s'agit d'une réponse à la crise du sida (Marlatt, 1996) dont les actions les plus connues sont constituées des programmes d'échange de seringues et des programmes de substitution à la méthadone. Ainsi, cette crise sanitaire est l'élément qui est venu rassembler les acteurs autour d'une problématique sociale, et légitimer leurs actions de sauvetage dans un contexte d'urgence (Beauchesne, 2000).

Les enjeux

La RDM, un espace idéologique et social en définition

L'aspect philosophique de la RDM renvoie au cadre fondamental de l'approche : les valeurs véhiculées par les notions telles que *l'humanisme* et *le pragmatisme* (Brisson, 1997). Le statut d'approche illustre plutôt l'application de ces valeurs par un ensemble d'acteurs dans un champ social particulier : la toxicomanie. Lorsque certaines pratiques sont mises en place afin d'atteindre un ou plusieurs buts particuliers, on parle alors de stratégies. Celles-ci s'articulent autour d'un ensemble d'éléments conceptuels et sur un continuum d'intervention : le modèle conceptuel de l'approche. Lorsque ces stratégies sont l'objet d'une intégration au sein des institutions étatiques, par la mise en place de budgets, de structures et de directives, alors on parle de politiques. Selon Brisson (1997), « *d'une approche novatrice, elle [la RDM] aura rapidement acquis le statut de philosophie et de modèle d'intervention* », mais aussi « *d'alternative politique en matière de drogue* » (Brisson, 1997 : 51). Toutefois, l'approche est en construction et « *c'est encore le champ des pratiques qui s'imposent comme tête chercheuse de l'approche* » (Brisson, 1997 :50).

Quirion (2001) soulignent même l'émergence de l'approche comme le signe d'un renversement paradigmatique, qui toutefois constitue le résultat d'un processus plus vaste de régulation politique des conduites humaines.

Pour obtenir le statut d'approche à part entière, la RDM devra s'émanciper des approches traditionnelles afin de constituer une alternative. Il s'agira alors de mieux étudier ses valeurs et leur opérationnalisation pour connaître et comprendre leurs implications et en quoi elles contrastent des approches déjà existantes en toxicomanie. Pour avoir une valeur scientifique, la RDM devra tenir compte des avancées de recherche théoriques et empiriques dans le domaine de la toxicomanie. Aujourd'hui, ce domaine s'illustre par la multidimensionnalité du phénomène de l'usage (Landry, 1995) et par la montée de l'approche psychosociale dans le domaine de la réadaptation. Des dimensions qui devront alors se refléter dans les actions entreprises par la RDM. Il lui faudra donc posséder un cadre théorique et des limites conceptuelles acceptées et reconnues par ses membres (consensus), au sein d'un processus de définition et de conceptualisation qui lui sont propre.

La RDM : une construction culturellement et historiquement déterminée

L'analyse du processus d'émergence des stratégies de RDM signale trois conditions importantes qui affecteront le processus de définition et de conceptualisation de l'approche. Ces trois conditions renvoient au fait que (1) l'approche est née de la réunion d'acteurs différents, aux motivations et aux champs de compétence différents, qui se sont rassemblés autour d'un but commun, afin de donner naissance à des actions locales qui ont d'abord émergées du milieu communautaire et associatif et qui sont issues des savoirs et savoir-faire traditionnels; (2) les intérêts particuliers des acteurs les ont amenés à se distinguer des approches traditionnelles de gestion de la toxicomanie, et constituer, ainsi, une rupture dans le champ de la toxicomanie et de la régulation psychotrope; (3) la crise sanitaire de l'épidémie du sida est venue légitimer les actions locales (et former ainsi des *pratiques reconnues*) et le bien-fondé de l'approche au niveau national et international. Ainsi, le processus de définition et de conceptualisation est directement relié à ces trois conditions, puisqu'elles seront partie prenante de la réalité contextuelle dans laquelle s'est développée l'approche de RDM. Les stratégies de RDM, en tant qu'approche conceptuelle,

commencent donc à naître dès lors qu'un processus de définition et de conceptualisation émerge au sein d'un processus plus vaste d'émancipation de l'approche.

LE PROCESSUS D'ÉMANCIPATION DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS : UN ESSAI DE DÉFINITION ET DE CONCEPTUALISATION POUR L'APPROCHE

La diversité des acteurs et l'absence de consensus au sein du mouvement : un essai de définition de l'approche et de ses concepts

Entre définition minimum et maximum

Au sein de la littérature scientifique, la RDM fait l'objet d'un vocable assez large pour la définir. La prévention secondaire, la minimisation des risques, la réduction des risques (Newcombe, 1992; Velleman et Rigby, 1990) ou encore l'usage responsable (Cormier, 1989) sont des exemples de la terminologie employée dans le domaine. Toutefois, la définition la plus largement acceptée renvoie aux différentes stratégies visant à diminuer les conséquences négatives liées à la consommation et l'abus de substances psychoactives (Marlatt et Tapert, 1993; Riley, 1994). Plusieurs auteurs (Brisson, 1997; CCLAT, 1996) soulignent qu'il existe une grande variété de définition, et que « *l'unanimité est loin d'être acquise* » (Brisson, 1997 : vii). Face à ce dilemme, Brisson (1997) élabore une définition minimale (« *le plus petit dénominateur commun* ») et une définition maximale (« *la plus large définition synthèse* ») de l'approche à partir d'une vingtaine de définitions recueillies auprès d'experts et de praticiens d'Europe et d'Amérique du Nord. Ainsi, dans la définition minimale, la RDM est « *une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage* » (Brisson, 1997 : 7), tandis que dans la définition maximale il s'agit :

« [...] *d'une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social* » (Brisson, 1997 : 9).

La définition maximale ne fait pas l'unanimité puisqu'elle constitue la plus large définition synthèse. Bien qu'elle nous renseigne sur l'étendue possible de l'approche, elle ne nous permet pas de savoir jusqu'à quel point les différentes dimensions sont représentées et acceptées au sein de l'approche. Elle souligne donc la diversité des acteurs et des

motivations au sein du modèle, l'absence de consensus sur la définition même de la RDM (CCLAT, 1996). Une idée appuyée par Brisson (1997) lorsqu'il affirme que :

« Les définitions de la réduction des méfaits forment une partition variable, à la mesure des référents pratiques et philosophiques qui s'y sont accolés, au fil des ans, lesquels reflètent le point de vue et les intérêts des acteurs, nombreux, qui s'approprient l'approche » (Brisson, 1997 : 9)

Pour sa part, la définition minimale est consensuelle mais tellement minime et floue qu'elle ne sert qu'à définir quel est l'objet d'intervention principal, laissant bien des questionnements et des ambiguïtés sur les autres dimensions. Par conséquent, nous constatons que si la diversité des acteurs a été une condition importante de l'émergence du mouvement de RDM, elle implique aussi une absence de consensus sur la définition même de l'approche. Il devient alors pertinent, dans ces conditions, de se demander si nous pouvons réellement parler d'une approche ? À ce sujet, Quirion (2001) utilise constamment le terme de « *stratégies* », qui semble selon nous déterminer davantage un ensemble d'actions qui visent un ou plusieurs buts plutôt que la réelle appartenance à une quelconque approche plus globale. Pour notre part, seule la définition minimum, puisque consensuelle, permettrait de concevoir la RDM comme une approche à part entière. Dès lors, cette définition peut donc constituer un critère clé d'appartenance conceptuelle à l'approche. La définition maximum, quant à elle, renvoie plutôt à l'aspect de mouvement puisqu'il plane l'idée d'une certaine proximité conceptuelle, mais dont les limites ne sont pas consensuelles. Dans un tel cas, le terme de stratégies de RDM semble approprié pour souligner une démarche non consensuelle encore en construction.

Entre le concept de méfait et celui de risque

L'absence de consensus est encore nettement visible dans l'utilisation différente de la terminologie pour définir le concept clé de l'approche. En effet, alors que les Européens francophones favorisent le terme « risque » (dangers) qui illustre davantage la prévention primaire, l'Amérique du Nord et le monde anglo-saxon en général préfère le terme « méfait » (dégâts, dommages, qui provient du mot anglais « harm ») qui désigne principalement la prévention secondaire et tertiaire (Brisson, 1997). Il ne va pas sans dire que ces problèmes de terminologie dépassent les débats linguistiques puisque ces différents vocables sont aussi susceptibles d'engendrer des conceptualisations différentes sur le continuum de prévention, et donc dans l'intervention sociale.

Brisson (1997) suggère d'utiliser le vocable « réduction des méfaits », qui traduit plus fidèlement le terme anglo-saxon « harm reduction », pour désigner l'approche qui couvre l'ensemble du continuum de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) - soit en amont la diminution des risques et en aval la diminution des méfaits de l'usage psychotrope. La particularité de cette réunification étant de créer une approche globale où différents acteurs avec des conceptualisations différentes demeurent au sein d'une seule et même approche. Il s'agit d'un élargissement du cadre conceptuel en une seule définition, qui permet alors de dépasser les divergences au sein du mouvement afin de lui donner le statut d'approche, du moins sur ces dimensions. À l'instar de Brisson (1997), nous suggérons de réunir les deux notions (risques et méfaits) au sein d'une seule et même approche dénommée « réduction des méfaits » (RDM)⁴⁹. Ainsi, la présence de ces deux concepts doit être retenue comme une condition importante de l'appartenance conceptuelle à l'approche.

Grille de lecture des éléments clés

Nous constatons deux éléments importants pour déterminer l'appartenance conceptuelle à l'approche (illustrés dans la figure 1). Premièrement, la définition minimum de Brisson (1997) qui stipule que l'approche vise à diminuer les conséquences négatives de l'usage plutôt que diminuer l'usage lui-même serait un élément pour déterminer l'appartenance conceptuelle à la RDM. Cette définition minimum constitue donc une rupture face aux approches traditionnelles axées sur l'abstinence. Deuxièmement, la notion de « risque » et celle de « méfait », deux concepts centraux qui renvoient à l'ensemble du continuum d'intervention (de primaire à tertiaire), constitueraient un autre élément décisif d'appartenance à l'approche.

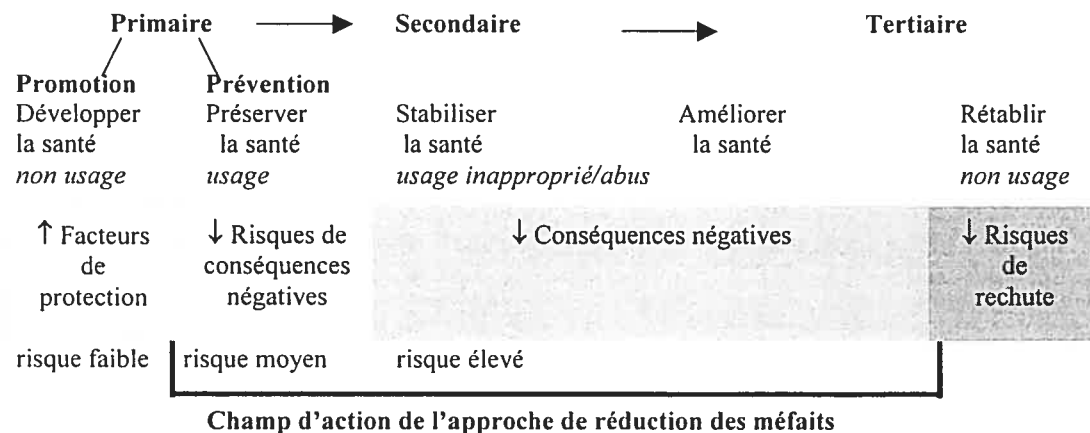


Figure 1 : Champ d'action de la réduction des méfaits sur le continuum de l'intervention préventive (selon Brisson, 1997)

⁴⁹ Nous avons décidé de retenir ce critère malgré les différentes positions au sein du mouvement car cette réunification semble être une position plus consensuelle et plus largement reconnue aujourd'hui (Brisson, 1997), mais aussi et surtout parce que Brisson (1997) offre un consensus en intégrant les deux notions et l'ensemble du continuum d'intervention au sein d'une même approche.

La coupure face aux modèles traditionnels de l'abstinence : un essai de conceptualisation

Tout d'abord, mentionnons que le concept d'abstinence renvoie à deux principes distincts, malgré leur grande proximité, soit l'abstinence thérapeutique (par exemple véhiculée par le modèle des *Alcooliques Anonymes*) et l'abstinence légale (telle qu'illustrée par la prohibition). Il est important de bien distinguer les deux notions car, comme nous le verrons plus loin, elles constituent des enjeux différents pour les acteurs en RDM. Toutefois, et bien souvent même, ces deux principes d'abstinence apparaîtront sous le même vocable de modèle d'abstinence puisqu'ils se renforcent mutuellement dans l'atteinte de leur objectif commun : la diminution de la prévalence ou l'éradication de l'usage de drogue.

Entre l'idéalisme d'abstinence et le pragmatisme

Riley (1996) suggère que le but de la RDM soit différent de l'abstinence qui vise surtout la diminution de la prévalence de l'usage. L'approche de RDM considère que les drogues ont toujours existé et que, pour cette raison, « *l'abstinence n'est pas une option réaliste et un objectif réalisable pour tout le monde* » (Riley, 1996 : 130). Cette approche se distingue donc de l'idéalisme en écartant l'idée d'une société sans drogue et prône donc une vision pragmatique de la régulation de l'usage psychotrope. *Le pragmatisme* constitue donc une réaction à la priorité (diminution de la prévalence) et à l'idéal (aucune consommation) institués par le modèle traditionnel d'abstinence. L'implication majeure de cette distanciation face au modèle de l'abstinence est donc une intervention 1) sans exigence préalable de non consommation (conditions d'admission) pour obtenir des soins de traitement et 2) qui ne vise pas l'abstinence comme but prioritaire d'intervention. Dans une intervention pragmatique, l'usage est donc toléré (Brisson, 1997). Ainsi, c'est la diminution des répercussions négatives de la consommation qui constitue la cible d'intervention plutôt que la diminution de l'usage lui-même; une intervention sur les conséquences d'un comportement plutôt que l'éradication de celui-ci. Certains parlent alors de boire réfléchi (Cormier, 1989) ou d'usage responsable de drogues, ce qui suppose qu'on reconnaisse que le fait de consommer n'est pas forcément « le problème ». Il s'agit plutôt de concevoir que la manière (ex : injection) et les contextes de consommation puissent constituer le problème principal, ou du moins le plus urgent, et donc faire l'objet d'une priorisation dans une démarche thérapeutique ou d'intervention sociale.

Il semble donc évident, à partir de ce discours, que l'approche de RDM effectue une rupture face au modèle traditionnel d'abstinence qui remet en cause toute consommation. Cette réaction au modèle d'abstinence thérapeutique a permis à l'approche de RDM de préciser ses propres buts (réduire les conséquences négatives), autour de notions clés (*le pragmatisme*), afin de se distancer du modèle traditionnel de l'abstinence et de constituer ainsi une approche alternative.

La compatibilité conceptuelle entre la RDM et le modèle d'abstinence

L'abstinence comme but ultime de l'intervention

Bien que l'arrêt absolu de consommation ne soit pas un objectif en soi, ceci ne signifie pas que la RDM et le modèle d'abstinence soient antagonistes, mais plutôt que l'abstinence n'est pas le seul objectif acceptable (Riley, 1996). Ainsi, la RDM suppose une hiérarchie d'objectifs, des plus réalistes et des plus urgents à court terme et devant mener à un usage plus sécuritaire, où éventuellement l'abstinence serait l'objectif ultime si les circonstances s'y prêtent. D'ailleurs Brisson (1997) appuie cette idée lorsqu'il précise que :

« la réduction des méfaits se distingue donc pour 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 » (Brisson, 1997 : 46).

Par exemple, le support offert par la prescription de méthadone peut viser la diminution des répercussions négatives de l'usage de drogues par injection (hépatite, sida, criminalité lucrative, etc.), mais aussi constituer une phase transitoire pour faciliter l'arrêt total de consommation. Ainsi, le modèle d'abstinence (et ses partisans), sans être mis de l'avant et constituer la priorité de l'intervention, pourraient pénétrer et accompagner les stratégies de RDM comme but ultime d'intervention.

Les stratégies de RDM comme moyen de soutenir l'abstinence

À l'occasion, les modèles traditionnels d'abstinence et leurs acteurs utiliseront des stratégies de RDM. En effet, les programmes de substitution à la méthadone, un pilier de l'approche depuis l'exemple de Mersey-side (Brisson, 1997; Riley, 1994), correspondent très bien au schème d'abstinence qui ne néglige pas le soutien médical dans l'atteinte des objectifs d'abstinence. Dans ce cas, l'absence de substance pathogène et illicite (remplacée par un produit médical et légal) signale la conformité au modèle d'abstinence. Ainsi, des

stratégies de RDM pourraient accompagner le modèle d'abstinence comme moyen d'intervention.

Si nous percevions, naïvement, dans l'idée d'une rupture face à l'abstinence une exclusivité mutuelle entre les buts et les moyens d'intervention de chaque approche, une opposition conceptuelle et pratique entre les deux modèles, il semble qu'il n'en n'est rien. Par conséquent, les deux modèles ne sont pas antagonistes (Riley, 1994), et partagent même une certaine proximité conceptuelle. Ainsi, certaines pratiques, comme la prescription de méthadone, soutiennent des objectifs différents selon les acteurs qui se les approprient⁵⁰. L'articulation stratégique entre buts et moyens est différente entre les deux types de modèles bien qu'ils utilisent des modalités semblables, d'où la pertinence dans ce cas de parler de stratégies de RDM plutôt que de l'approche de RDM.

Grille de lecture des éléments clés

Nous constatons, à l'analyse de la rupture face au modèle d'abstinence thérapeutique, que l'appartenance possible à une approche de RDM s'envisage donc dans un contexte où l'abstinence ne constitue pas un préalable à l'intervention (pour obtenir des soins), ni un objectif prioritaire de l'intervention. En revanche, l'abstinence peut constituer un but ultime et à long terme dans l'intervention.

Du moralisme à l'humanisme

Le modèle prohibitionniste vise, par l'interdit légal et la sanction pénale, l'éradication des comportements d'usage des drogues classées illicites. Puisque l'approche de RDM ne vise pas l'abstinence ni l'élimination de l'usage, et travaille avec les comportements de consommation, elle effectue une rupture face aux buts visés par ce modèle. En effet, les stratégies de RDM sont nées aussi en réaction aux attitudes prohibitionnistes (Brisson, 1997; Riley, 1994), puisque les méfaits qui découlent de ces mesures sont venus dépasser les torts causés par les drogues elles-mêmes (Erickson, 1992; Nadelmann, 1992; O'Hare, 1992). Parmi les torts de la prohibition, Beauchesne (1992) note la marginalisation des usagers qui se cachent pour consommer, se résignant du même coup à demander des soins de peur d'être identifiés, stigmatisés et arrêtés. Ainsi, l'approche de RDM prône *l'humanisme* en tentant de rejoindre tous les usagers. Il s'agit donc d'actions qui visent à diminuer les méfaits instaurés par le modèle prohibitionniste. Il peut donc s'agir

d'intervention dans le milieu du toxicomane (outreach) et à l'intérieur de ses comportements de consommation, pour tenter de rejoindre les exclus du système de santé qui par le caractère illégal de leur comportement de consommation sont supposés être pris en charge par le système pénal (Kaminski et Mary, 1999).

Entre prohibition et légalisation des drogues

Si de nombreux auteurs s'entendent pour condamner le contexte actuel de la prohibition, tous ne s'entendent pas sur les mesures législatives à prendre pour y remédier. Selon Beauchesne (2000), les stratégies de RDM attirent des acteurs aux motivations différentes. Brisson (1997) appuie cette idée lorsqu'il précise qu'il existe deux positions au sein du mouvement de RDM. Une première qui implique de progresser vers le libéralisme juridique; des acteurs issus d'un mouvement identifié comme libéralisme (Erickson et al., 1997) ou libertarisme (Newcombe, 1992; Nadelmann, 1993). L'autre considère qu'il s'agit d'une démarche à part entière qui permet de travailler avec des acteurs aux motivations et aux philosophies différentes, renvoyant dos à dos la prohibition et la légalisation des drogues, en autant que les actions visent la réduction des méfaits dans des stratégies reconnues comme telles (CCLAT, 1996; Hankins, 1997; Strang, 1993). Toutefois, Brisson (1997) se questionne à savoir si les acteurs en RDM pourront continuer de ne pas se prononcer entre ces deux extrêmes sous le couvert de la neutralité scientifique. Ainsi, tandis que certains pensent que la criminalisation reste la meilleure voie actuellement ou ne se prononcent pas, d'autres affirment que la légalisation des drogues demeure le meilleur moyen de respecter les libertés individuelles et de diminuer la violence institutionnelle (Bertrand, 1988a), ainsi que de diminuer les méfaits reliés au marché noir (Beauchesne, 1992 et 1994). Encore une fois, nous constatons que l'absence de consensus demeure, induite par la diversité des acteurs au sein du mouvement.

Grille de lecture des éléments clés

Puisqu'il nait pas de consensus sur des actions politico-légales, la seule certitude pour déterminer l'appartenance conceptuelle au mouvement de la RDM est de concevoir des actions qui interviennent dans l'usage, qui le tolèrent donc, afin de rejoindre le maximum d'individus et de diminuer les conséquences négatives de leur consommation⁵¹.

⁵⁰ Toutefois, nous verrons plus loin si certaines différences dans l'application des pratiques ne sont pas susceptibles de différencier ces deux modèles.

⁵¹ C'est dans ce contexte qu'est apparu, par exemple, la distribution de matériel sécuritaire (échange de seringues) qui vise à diminuer les conséquences négatives de l'usage de matériel souillé (hépatite et SIDA). Cette stratégie sera alors le symbole de cette tolérance de la consommation et d'une intervention qui se situe

La réaction à la crise du sida : l'orientation des priorités

Les préoccupations sanitaires

La « réduction des méfaits », dans le domaine des drogues, s'est avérée un voie pour répondre à la crise du sida des années 80 puisque l'usage de drogue en est un facteur de risque important (Riley, 1994). En effet, selon Riley (1994) l'administration par usage intraveineux est reconnue comme le facteur principal d'infection au VIH et à l'hépatite, et constitue donc la cause principale de l'augmentation du taux de mortalité chez les UDI. Cette infection touche non seulement les toxicomanes mais aussi leurs partenaires sexuels. Ainsi, l'action sur les modes de consommation (par exemple la distribution de matériel stérile) ou les produits de substitution (distribution de méthadone) deviendront des moyens de réduire les risques et les méfaits associés à ce type d'usage, *des pratiques reconnues* en RDM. D'ailleurs, plusieurs auteurs pensent que l'épidémie du sida et les préoccupations sanitaires constituent les principales raisons qui ont milité en faveur de l'adoption politique des stratégies de RDM (Beauchesne, 2000; Riley, 1994).

L'émergence de *pratiques reconnues*

Certains auteurs (Brisson, 1997; CCLAT, 1996; Hankins, 1997; Strang, 1993) précisent que toutes les approches visent à réduire les méfaits de l'usage (comme but) mais que seulement certaines utilisent des stratégies de RDM pour y parvenir (comme moyen). Ainsi, un policier qui procède à une arrestation vise à réduire les méfaits de l'usage (but) mais sans utiliser une stratégie de RDM (comme moyen). De la même façon, les modèles traditionnels de l'abstinence visent à réduire les méfaits de l'usage mais n'utilisent pas des stratégies de RDM. Cette nuance entre but et moyen semble donc permettre de séparer ce qui constitue une vraie démarche de RDM des autres dites traditionnelles. Il ne suffit pas de viser la réduction des méfaits de l'usage, il faut le faire à l'intérieur de *stratégies reconnues*.

Pour identifier ces stratégies, certains auteurs proposeront des typologies d'actions. Mais, là encore, le consensus n'est pas établi (Brisson, 1997) :

« Les actions en réduction des méfaits sont le plus souvent répertoriées dans quelques grandes catégories de pratiques, tantôt en fonction des moyens utilisés (échanges de seringues, prescription de drogues), des drogues concernées (drogues injectables, cannabis, alcool,

dans l'usage de produits prohibés, et qui vise ses conséquences associées plutôt que l'éradication de ce comportement.

tabac) ou encore des stratégies sous-jacentes (éducation, travail de rue, action politique). Force est de constater qu'il existe peu de typologies des actions en fonction des paramètres méthodologiques plutôt que descriptifs, par exemple à partir des notions de risques et de conséquences, ou encore des cibles touchées (individus, groupes, société) ou des changements escomptés (savoir, savoir-être, savoir-faire) » (Brisson, 1997 : 51).

Ainsi, certaines typologies se présentent selon un schéma d'avantage descriptif (CCLAT, 1996; Mino, 1993; Nadelmann et al. 1994), tandis que d'autres représentent des typologies davantage conceptuelles. Le modèle de Springer (1996) constitue une telle tentative qui se rapproche d'une typologie suivant les axes primaire, secondaire et tertiaire de l'intervention (Brisson, 1997). Pour sa part, Brisson (1997) proposera une typologie en fonction du caractère licite ou illicite des substances auxquelles les actions s'appliquent.

De la notion de méfaits individuels à celle de méfaits collectifs

Au début des années 80, l'épidémie du sida et l'augmentation des cas d'hépatite chez les UDI constitueront les motivations premières dans la mise en place des sites de distribution de matériel sécuritaire et de produits de substitution (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997; Quirion, 2001; Riley, 1994). Le *pragmatisme* et l'*humanisme* seront alors représentés à leur comble dans ce désir de réduire les méfaits individuels de l'usage de drogues chez une population marginalisée et dépourvue de soins. Toutefois, les acteurs en santé publique constateront rapidement le risque de transmission du virus du sida et son expansion au sein de la population générale (hétérosexuelle et non toxicomane) (Riley, 1994). Dès lors, la définition de la RDM se transforme à cette nouvelle réalité, en ce qu'elle intègre la dimension de « méfait » et de « risque » au niveau collectif (Quirion, 2001). La définition maximum de Brisson (1997) traduit cette idée puisque elle explique que la RDM est vue comme « *une démarche de santé publique, qui vise la réduction des conséquences négatives, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et sociale* » (Brisson, 1997 : 9). Par conséquent, les actions en RDM ne sont plus des actions locales pour le bénéfice de certains, mais des actions collectives et à l'échelle sociale pour le bénéfice de tous.

Grille de lecture des éléments clés

Les préoccupations sanitaires constituent des priorités contextuelles plutôt que des critères d'appartenance conceptuelle à l'approche⁵². Les notions de méfaits et de risques au niveau collectif appartiennent à la partie non consensuelle de la définition de Brisson (1997), et donc ne devraient pas être retenus comme critères déterminants lorsqu'on veut parler d'approche. Toutefois, ces deux éléments constituent les principaux motifs d'institutionnalisation des pratiques de RDM, et ont même engendrés des définitions sur ces aspects. Il serait donc intéressant de regarder l'impact de l'intégration de ces notions dans le développement de l'approche et pour les acteurs à qui elle s'adresse, soit les usagers. Au bout du compte, ces dimensions fournissent plutôt des indices concernant certaines pratiques reconnues, particulièrement celles liées à l'épidémie du sida, qui peuvent alors constituer des critères déterminants de l'appartenance conceptuelle à l'approche de RDM. Ces pratiques, bien que reconnues, ne peuvent être représentées dans une typologie conceptuelle ou descriptive puisqu'il n'aît pas de consensus. Aucune typologie ne peut donc constituer un critère déterminant.

LES LIMITES ET LES ENJEUX DU DÉVELOPPEMENT DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Une synthèse des critères déterminants pour délimiter l'appartenance conceptuelle à l'approche de RDM : une configuration et déjà quelques limites!

Dans l'étude des dimensions conceptuelles qui permettent de délimiter l'appartenance à l'approche de RDM, nous retenons trois critères déterminants⁵³. Le premier critère renvoie à l'idée de **diminuer les conséquences négatives (les méfaits) et les risques de conséquences négatives de l'usage de drogues**. Il correspond à l'intégration de l'ensemble du continuum de prévention dans la conceptualisation de l'approche (Brisson, 1997). Toutefois, de nombreuses questions demeurent. Qui détermine ce qui constitue un méfait ou un risque (l'intervenant, l'usager, les pouvoirs publics)? Riley (1994) suggère une hiérarchisation des méfaits prioritaires et réalistes. Là encore, pour qui (l'usager, la famille, la société) et en quel terme (santé, sécurité, emploi, etc.) doit-on effectuer cette hiérarchie? De plus, est-ce que cette définition et les acteurs qui en décident varient selon les contextes? Dans les interventions individuelles, la relation thérapeutique (lien de confiance, écoute de l'intervenant et participation active de l'usager) permet certainement de guider ce processus au cas par cas. En revanche, comment s'assurer dans les contextes d'institutionnalisation de certaines pratiques que les intérêts et la voix des principaux

⁵² Le critère sous-jacent est la notion de méfait ou de risque, dont les préoccupations sanitaires en sont des exemples.

⁵³ Les différents critères relevés sont synthétisés en trois propositions distinctes.

concernés soient pris en compte dans les décisions politiques qui vont guider les interventions, plutôt que les enjeux contextuels, politiques et électoralistes du moment?

Le deuxième critère déterminant renvoie au fait qu'une stratégie de RDM vise la réduction des conséquences négatives de l'usage **plutôt que la diminution de l'usage lui-même**. Il s'agit d'une rupture face à la notion d'abstinence et aux modèles qui lui sont associés (abstinence thérapeutique et prohibition). La RDM agit dans un contexte où l'abstinence n'est pas un préalable à l'intervention, ni un objectif prioritaire. Les actions interviennent dans l'usage, et donc le tolèrent. Il s'agit là d'une conduite éthique : un principe qui doit guider l'intervention. Ce critère reflète donc l'idée (ou l'existence) d'un code d'éthique propre à l'approche, qui permettrait d'encadrer les interventions et les pratiques selon certaines valeurs, et donc d'articuler des stratégies qui ne visent pas l'abstinence. Dès lors, peut-on y découvrir d'autres principes ? S'agit-il d'une démarche achevée ou d'un processus en construction au sein duquel d'autres notions pourraient s'ajouter à fin de le compléter davantage?

Le troisième critère est constitué par **certaines stratégies reconnues**, particulièrement celles reliées au sida et à l'UDI (distribution de seringue, méthadone, etc.) qui sont les plus populaires. Elles seraient donc des éléments déterminants de l'appartenance conceptuelle à l'approche. Il ne suffit pas de vouloir réduire les méfaits des drogues, il faut le faire à l'intérieur de *stratégies reconnues* (Brisson, 1997; CCLAT, 1996; Hankins, 1997; Strang, 1993). Toutefois, comment identifier l'éventail des pratiques appartenant à la RDM puisqu'aucune typologie ne peut fournir un cadre de référence? Ces pratiques suffisent-elles à elles-mêmes pour déterminer leur appartenance à l'approche? Par exemple, puisque certaines pratiques similaires (prescription de méthadone) illustrent des objectifs différents (abstinence ou diminution des conséquences négatives), comment les différencier et reconnaître leur cadre d'appartenance conceptuelle? Se définissent-elles selon certaines valeurs morales ou davantage par la mesure empirique de leur efficacité? De plus, ce critère de notoriété des actions n'a que peu d'utilité pour déterminer si une nouvelle stratégie appartient conceptuellement ou non à l'approche. Encore une fois, qui en décidera et comment?

Les trois critères énumérés ont constitué une tentative d'établir une grille permettant d'évaluer l'appartenance conceptuelle possible d'une stratégie ou d'une politique à l'approche de RDM. Toutefois, certaines limites identifiées au sein de la grille soulignent une certaine incapacité pour l'approche de RDM à fournir un cadre suffisamment clair et explicite pour déterminer ce qui lui appartient ou non conceptuellement. Ainsi, cette présente grille constitue davantage un guide de référence pour reconnaître la présence possible d'une stratégie de RDM, plutôt qu'une réelle grille d'évaluation conceptuelle de l'appartenance à une approche bien identifiée et établie.

L'absence de consensus et l'incapacité à statuer

L'analyse du développement de l'approche et la configuration d'une grille des critères clés qui déterminent l'appartenance conceptuelle à la RDM signalent, à l'instar de Brisson (1997), une absence de consensus sur la définition de l'approche, sur la dénomination même des concepts centraux de « risque » et de « méfait », sur les mesures législatives à adopter pour un cadre idéal de pratique de l'approche, sur les réels bénéficiaires de l'intervention, ou encore sur l'adoption d'une typologie des actions de RDM. Il en résulte une incapacité à statuer sur de nombreuses positions, qui reflète alors la diversité des acteurs et de leurs intérêts au sein du mouvement. La conséquence : quiconque peut déterminer ce qui constitue un méfait et son caractère prioritaire selon ses propres objectifs. Ne risque-t-on pas alors de voir les stratégies de RDM récupérées pour d'autres motifs que ceux visés initialement, et pour d'autres intérêts que ceux des principaux concernés que sont les usagers? Cette hypothèse est particulièrement possible dans un contexte où aucune conduite éthique garantit que les intérêts des usagers soient respectés.

L'absence d'éthique

L'adoption d'une éthique permet aux acteurs de déposer un moratoire sur différentes notions (par exemple, le respect des choix de l'individu et l'intervention dans l'usage) qui garantit le respect profond de certaines valeurs et la dénonciation des écarts à celles-ci. Il permet aussi de fournir un cadre et des conditions sur l'appartenance conceptuelle possible de pratiques ou de politiques institutionnelles présentées comme étant une stratégie de RDM. Si certaines lignes en sont tracées (*humanisme* et *pragmatisme*), d'autres voies devront être explorées. Par exemple, un processus de construction ou d'adoption d'une éthique pourrait statuer sur la non implication politique de l'approche ou, au contraire,

profiter de sa connaissance du terrain et selon ses valeurs pour adjoindre à l'intervention des représentations sociales et des recommandations favorables au cadre idéal (politico-légal) de pratique de l'approche⁵⁴. Quoi qu'il en soit, l'approche en construction devra statuer sur de telles propositions afin d'établir un cadre pour les actions à mener dans un sens ou dans l'autre. Ce cadre pourrait donner naissance à un code éthique construit par les acteurs en RDM, ainsi que par des comités d'usagers qui sont les premiers concernés par ces mesures, afin d'éviter les définitions qui ne serviraient pas leurs intérêts. Ainsi, cette démarche éthique garantirait un respect de la philosophie et des buts visés par l'approche, dans laquelle toute conceptualisation ou pratique particulière devrait s'inscrire pour s'en réclamer. Toutefois, le défi demeure alors d'arriver à un consensus sur ce code d'éthique alors qu'il n'en est pas sur la définition même de l'approche.

La définition et la conceptualisation de l'approche : un processus réactif

La définition de l'approche et la rupture face aux modèles de l'abstinence ont constitué, jusqu'à maintenant, davantage une tentative de justification des actions et de la philosophie menée sur le terrain (dans un contexte de crise sanitaire), une réaction à, plutôt qu'un processus proactif de définition et de conceptualisation. Dans ce sens, l'approche est venue définir ses priorités en présentant surtout celles qui ne le sont pas (abstinence), ainsi que définir des concepts et des actions selon certaines réalités contextuelles en période de crise (sida et UDI). Un processus, à la fois par la négative et ancré dans l'empirisme relié au contexte du moment, qui n'est pas sans conséquence dans l'approfondissement des limites conceptuelles et de la philosophie de l'approche qui s'en trouve bâclé. Les limites de ce développement ancré paraissent normales pour une approche qui émerge. Toutefois, la maturité acquise 20 ans plus tard sera-t-elle suffisante pour faire émerger un processus plus proactif, qui induit des consensus, établit des conduites éthiques et instaure de nouvelles pratiques dans un cadre délimité pour prétendre au statut d'approche à part entière ? Dès lors, ce model pourra-t-il offrir un cadre universel dans un contexte de diversité culturelle?

⁵⁴ Le Comité international de la Croix-Rouge a adopté cette conduite de non implication politique afin de ne pas compromettre sa capacité d'action à travers le monde pour maintenir ces actions de sauvetage. Il se contente de négocier l'accès et la capacité d'intervention pour gérer la crise sur les territoires nationaux; au contraire, *Amnistie internationale* dénonce politiquement le non respect des droits humains et entretient des actions pour y remédier.

De la philosophie aux actions de RDM : une affaire de contexte

Une autre limite du développement de l'approche de RDM et de ses conceptualisations concerne l'impossibilité d'offrir une position universelle de par les différents contextes⁵⁵ et mentalités⁵⁶ auxquels elle doit faire face. D'ailleurs, plusieurs auteurs (Brisson, 1997; Riley, 1994) ont souligné la nécessité d'adapter les pratiques au contexte culturel. Toutefois, peu d'entre eux s'interrogent sur l'adoption culturelle et contemporaine de la philosophie même de l'approche. Par exemple, peut-on soutenir que les sources qui ont guidé l'émergence de l'approche et son émancipation soient les mêmes que celles qui déterminent sa cristallisation actuelle? Aussi, se pourrait-il que les sources qui guident la RDM en Europe soient différentes de celles qui orientent l'approche en Amérique du Nord? Dès lors, il serait intéressant d'identifier les influences principales qui guident l'adoption culturelle et actuelle de la RDM au Canada et d'en déterminer l'impact sur la conceptualisation de l'approche dans ce contexte.

CONCLUSION

Un des objectifs de cette étude consistait à mieux comprendre le développement de la RDM, ainsi que ses enjeux et ses limites. Les analyses révèlent qu'un processus de définition s'est ainsi développé mais dans l'absence de consensus pour statuer sur les limites propres à l'approche. Aussi, la RDM a émergé et s'est émancipée à partir de différents concepts, en réaction aux modèles traditionnels d'abstinence et dans un contexte de crise sanitaire (sida), au point de devenir une politique en régulation psychotrope. Mais là encore, de nombreuses positions non consensuelles demeurent, traduisant ainsi la divergence des acteurs et des mentalités au sein de l'approche. Ainsi, peut-on réellement parler d'approche à part entière ou doit-on concevoir la RDM comme un mouvement social inachevé ou encore comme un outil à de multiples fins ?

Un deuxième objectif visait à établir une grille de lecture permettant d'identifier des critères clés pour déterminer l'appartenance conceptuelle de pratiques ou de politiques à l'approche de RDM. Les critères retenus, pour construire cette grille, ont été ceux qui démontraient un certain consensus dans la littérature. Un choix de notre part pour

⁵⁵ Certains pays sont fortement inscrits dans la prohibition et dans un schème d'abstinence comparés à d'autres, ce qui peut limiter l'intégration de la RDM et en faire varier ses conceptualisations (Brisson, 1997).

⁵⁶ Plusieurs acteurs pratiquent la RDM dans des mentalités différentes (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997; CCLAT, 1996; Hankins, 1997; Strang, 1993).

déterminer les seules dimensions qui autorisent le statut d'approche⁵⁷. Bien que certains concepts puissent fournir des orientations pour déterminer l'appartenance conceptuelle à l'approche, les nombreuses questions qui subsistent ne permettent pas de fournir des critères décisifs, ni un cadre explicite et suffisant.

Au regard des limites énoncées, il semble que la RDM constitue, à l'heure actuelle, davantage un outil aux fonctions variées (diminution des risques ou abstinence) ou encore un ensemble de pratiques reconnues (des stratégies) plutôt qu'une véritable approche à part entière. Les divergences au sein du mouvement et l'absence de certains repères importants (critères déterminants) rendent impossible une telle dénomination. Les acteurs en RDM doivent donc encore fournir du travail pour combler certaines carences et arriver à ce statut, notamment par un processus proactif de définition et de conceptualisation, qui met de l'avant de nouveaux fronts d'action et de nouvelles pratiques, ancrés dans des typologies et à l'intérieur d'un processus éthique. Toutefois, les avancées acquises lors des vingt dernières années signalent une approche en construction dont certains contours sont identifiés (éléments conceptuels) et qui peuvent donc servir de référent pour postuler sur l'appartenance ou non au modèle.

L'absence de consensus, d'éthique et d'approfondissement des limites conceptuelles signalent une certaine incapacité de l'approche à statuer sur de nombreux points. L'approche de RDM fait donc face à un continuum de définition et de conceptualisation, à l'intérieur duquel de nombreux acteurs peuvent récupérer l'approche à leur compte, selon leurs objectifs et leurs perspectives culturelles. Il s'agit d'enjeux importants qu'il serait intéressant d'étudier, particulièrement dans le contexte canadien. Car le danger de certaines zones grises est alors de voir l'approche récupérée ou institutionnalisée dans des mentalités qui ne lui correspondent pas et/ou qui nuisent à son bon fonctionnement.

⁵⁷ Toutefois, pour des raisons pratiques et d'analyse, les autres éléments non consensuels pourraient apparaître dans cette présente grille pourvu qu'ils soient identifiés comme tels. Cela permettrait de départager les éléments qui sont consensuels de ceux qui ne le sont pas, et ainsi de mieux comprendre les conceptualisations réelles d'une stratégie ou d'une politique dans une démarche d'analyse.

RÉFÉRENCES

- Association des intervenants en toxicomanie du Québec – AITQ, (1995). *L'association des intervenants en toxicomanie du Québec Inc. donne son appui aux stratégies de réduction des méfaits en matière de drogues qui s'inscrivent dans une politique globale de promotion de la santé*. Proposition soumise et adoptée par l'Assemblée générale, 31 mai.
- Beauchesne, L. (1992). *La légalisation des drogues pour mieux en prévenir les abus*. Montréal : Éditions du Méridien. 383 pages.
- Beauchesne, L. (1994). Légalisation des drogues et promotion de la santé. In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. II, 105-127. Montréal : Gaëtan Morin.
- Beauchesne, L. (2000). Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. III (73-99). Montréal : Gaëtan Morin.
- Berridge, V. (1993). Harm Minimization and Public Health : An Historical Perspective. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to Science*, 55-64. London : Whurr Publishers.
- Bertrand, M.A. (1988a). Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, 139-155. Montréal : Gaëtan Morin.
- Bibeau, G. et Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises à travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal : Boréal.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT). 109 pages.
- Castel, R. (1991). From Dangerousness to Risk. In G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (Éd.), *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*, 281-298. University of Chicago Press.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies – CCLAT, (1994). *Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues*. Actes. Edmonton, Alb.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies – CCLAT, (1996). *Harm Reduction : Concepts and Practice*. A Policy Discussion Paper : CCSA National Working Group on Policy.
- Centre québécois de coordination sur le sida – 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 (MSSS).

- Cellard, (1997). L'analyse documentaire, In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin, 275-296.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie – CPLT, (1996). *La toxicomanie au Québec : Des inquiétudes à l'action*. Montréal.
- Cormier, D. (1989). *Alcoolisme. Abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal : Éditions du Méridien.
- Duncan, D., Nicholson, T., Clifford, P., Hawking, W. et Petosa, R. (1994). Harm Reduction : An emerging New Paradigm for Drug Education. *Journal of Drug Education*, 24(4), 281-290.
- Erickson, P. G. (1992). *Political Pharmacology : Thinking about drugs*. Daedalus, été, 239-267.
- Erickson, P. (1993). The law, social control, and drug policy : models, factors, and processes. *International Journal of the Addictions*, 28(12), 1155-1176.
- Erickson, P. G.; Riley, D., Cheung, Y. W. et O'Hare, P. (1997). *Harm reduction : a new direction for drug policies and programmes*. University of Toronto Press.
- Fischer, B. (1995). Drugs, communities, and harm reduction in Germany : the new relevance of public health principles in local responses. *Journal of Public Health Policy*, 16(4), 389-411.
- Hankins, C. (1997). *Promoting Harm Reduction Ideas in the International Community*. Texte de la présentation à la 8ème conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Paris, 23-27 mars.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. et O'Hare, P. (1993). *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : from Faith to Science*. London : Whurr Publishers.
- Kaminski, D et Mary, P. (1999). Politiques (criminelles) en matière de drogues : évolutions et tendances en Belgique. *Déviance et Société*, 23(2), 205-220.
- Landry, M. (1995). *Conception de la toxicomanie et choix des approches de réadaptation, Version III*. Direction des services professionnels, Le regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm Reduction : Come as You Are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.
- Marlatt, G. A. (1998). Basic Principles and Strategies of Harm reduction. In G. A., Marlatt, (Eds), *Harm Reduction : Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, 49-66. New York : Guilford Press.

- Marlatt, G.A. et Tapert, S.F. (1993). Harm reduction : Reducing the Risks of Addictive Behaviors. In J.S. Baer, G.A. Marlatt et R.J. McMahon (Eds), *Addictive Behaviors Across the Life Span*. Sage Publications.
- Mino, A. (1993). Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques. *Psychotropes*, 8 (3) : 9-23.
- Nadelmann, E. (1992). *Impasse in drug policy: What are the Options?* Third International Conference on the Reduction on Drug Related Harm, mars, Melbourne.
- Nadelmann, E. (1993). Progressive Legalizers, Progressive Prohibitionists and the reduction of drug-related harm. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds). *Psychoactive drugs and harm reduction, from faith to science* (34-48). London : Whurr Publishers.
- Nadelmann, E., Cohen, P., Drucker, E., Locher, U., Stimson, G. Et Wodack, A. (1994). The harm reduction approach to drug control : International progress. [Http://www.drcnet.org](http://www.drcnet.org).
- Newcombe, R. (1992). The Reduction of drug-related Harm : A conceptual framework for Theory, Practice and research. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (Eds.), *The Reduction of Drug-Related harm*. London : Routledge. 1-14
- O'Hare, P.A. (1992). Preface : A Note on the Concept of Harm reduction. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (Eds.), *The Reduction of Drug-Related harm*. London : Routledge, xiii-xvii.
- Quirion, B. (2001). 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), 479-495.
- Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques. In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol II, 129-145. Montréal : Gaëtan Morin.
- Riley, D. (1996). *The Harm Reduction Model*. Toronto : Harm Reduction Network.
- Rosenbaum, M. (1995). The demedicalization of methadone maintenance. *Journal of psychoactive drugs*, 27 (2) : 145-149.
- Rozier, M. et Vanasse, V. (2000). Les mesures de réduction des méfaits : entre cadre pénal et pratiques d'intervention. In D. Laberge (Éd.), *L'errance urbaine*, 417-432. Sainte-Foy : Éditions MultiMondes.
- Springer, E. (1996). The spectrum of harm reduction. *Harm reduction communication*, 3, winter : 20-21.

- Strang, J. (1993). Drug Use and Harm Reduction : Responding to the Challenge. In N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to science*, 3-20. London : Whurr Publishers.
- Stratégie nationale antidrogue (1988). Action contre les drogues : Bilan et perspectives nouvelles. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Stratégie nationale antidrogue (1994). Phase II Situation actuelle : Relevons le défi. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Stratégie nationale antidrogue (1998). La stratégie canadienne antidrogue. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Velleman, R. et Rigby, J. (1990). Harm-Minimisation : Old Wine in New Bottles? *International Journal on Drug Policy*, 1(6), 24-27.

CHAPITRE IV :
INSTITUTIONNALISATION DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES
MÉFAITS AU SEIN DE L'AGENDA POLITIQUE CANADIEN : LES ENJEUX ET
LES LIMITES DE LA CONCEPTUALISATION ACTUELLE

Institutionnalisation des stratégies de RDM au sein de l'agenda politique canadien :
les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle

Michaël Gillet, B.Sc., postulant au grade de maîtrise en criminologie à l'Université de Montréal.

Brochu Serge, Ph.D., professeur titulaire à l'école de criminologie de l'Université de Montréal.

Résumé

Le but de cette étude consiste à connaître et à comprendre la conceptualisation de l'approche de « réduction des méfaits » (RDM) au sein des objectifs et des priorités de l'État canadien (agenda politique). Pour ce faire, nous avons effectué une analyse verticale et horizontale des *Stratégies canadiennes (ou nationales) antidrogue*. Ces documents présentent l'approche de RDM comme un but général où le gouvernement utilise des stratégies de RDM reconnues, mais aussi des stratégies de réduction de l'offre et de la demande. Un imbroglio sémantique et conceptuel se dessine alors entre le modèle de RDM comme stratégie (associé à des pratiques particulières telles que la méthadone, la distribution de seringues, etc., qui visent certains buts) et la RDM comme but général (traditionnellement axé sur les modèles de réduction de l'offre et de la demande). Il s'agit d'une erreur conceptuelle et idéologique car la RDM, avec ses objectifs et ses actions propres, peut s'inscrire dans un cadre général d'abstinence et non l'inverse. Une telle conceptualisation se détourne du développement et des fondements de l'approche (*humanisme* et *pragmatisme*) pour des raisons qui appellent à la méfiance et qui comportent un potentiel de risque pour les acteurs et les bénéficiaires de l'approche. Parmi ces dangers, le risque de voir l'approche récupérée à d'autres fins que celles visées initialement, et notamment la possibilité qu'elle constitue un vecteur de maintien et de soutien pour les modèles traditionnels (abstinence et prohibition) desquels elles tentent de s'émanciper. Les usagers se verraient alors privés d'une alternative, et les intervenants en RDM devenir des soldats de l'abstinence et de la prohibition déguisés en « médecins sans frontières ». Si l'approche s'est développée, au nom de *l'humanisme* et du *pragmatisme*, à l'intérieur d'une rupture face à l'abstinence (thérapeutique et légale), une conceptualisation qui en reprend les fondements dans le discours mais dans le but de réduire l'offre et la demande dans la pratique constitue une utilisation abusive du modèle, même si celui-ci est en construction. D'ailleurs, ce problème traduit certainement la conséquence possible de l'absence de consensus au sein de l'approche et des vides conceptuels qui y règnent : une récupération de l'approche dans des conceptualisations qui ne lui ressemblent pas ou qui nuisent à son bon fonctionnement.

INTRODUCTION

L'approche de « réduction des méfaits » (RDM)⁵⁸ est née de pratiques locales au sein des groupes communautaires (Brisson, 1997) avant de devenir une approche comme telle et d'être institutionnalisée au sein des politiques de régulation de l'usage des substances psychoactives. Ces pratiques locales sont issues de multiples sources et d'acteurs différents aux intérêts divers qui partagent, toutefois, un intérêt commun : réduire les conséquences négatives de l'usage psychotrope (Brisson, 1997). À l'heure actuelle, l'approche de RDM est vue comme un bouleversement paradigmatique dans le champ de la régulation de la pratique psychotrope (Quirion, 2001), une alternative aux modèles existants (Erickson, 1993; Duncan, Nicholson, Clifford, Hawkins et Petosa, 1994; Marlatt, 1996; Fisher, 1995; Rozier et Vanasse, 2000), « *une force révolutionnaire majeure* » (Marlatt, 1996), « *une rupture épidémiologique majeure* » (Bibeau et Perrault, 1995 : 234), soit une reconfiguration de l'intervention politique à propos des drogues (Berridge, 1993) qui aboutira à l'apparition et la prolifération des stratégies de RDM sur la scène internationale au cours de la dernière décennie (Erickson, Riley, Cheung et O'Hare, 1997; Heather, Wodak, Nadelmann, et O'Hare, 1993; Marlatt, 1998; Riley, 1994).

En 1998, la politique fédérale de régulation de l'usage psychotrope se réclame d'être une approche de RDM (*Stratégie canadienne antidrogue*, 1998). Les stratégies de RDM trouvent donc un ancrage dans les décisions politiques concernant les drogues au Canada. Toutefois, certains auteurs relatent des problèmes inhérents à la conceptualisation propre de l'approche, ainsi qu'à l'institutionnalisation de ses pratiques. Par exemple, Brisson (1997) souligne un processus de définition et de conceptualisation qui ne fait pas l'unanimité au sein des partisans, signalant l'absence de consensus sur certaines dimensions au sein de l'approche. Les définitions minimales et maximales de Brisson (1997), les terminologies différentes utilisées entre l'Europe et l'Amérique du Nord (Brisson, 1997) et les divergences sur les mesures légales à entreprendre pour réduire les méfaits de la prohibition (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997; Riley, 1996) en sont des exemples. Ce phénomène souligne alors la présence d'un continuum de définition et de conceptualisation qui permet la récupération de l'approche en construction, par certains acteurs ou certaines institutions, dans des mesures variables (Gillet et Brochu, document non publié). Ces problèmes

⁵⁸ Nous utiliserons, tout au long du document, cette abréviation (RDM) pour renvoyer au vocable et à l'approche de « réduction des méfaits ».

soulèvent alors un questionnement sur le type de définition et de conceptualisation choisies et utilisées par le gouvernement fédéral dans son approche pour réduire les méfaits des drogues au Canada.

Selon plusieurs auteurs (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997; Riley 1994), l'apparition du phénomène du sida (et son lien avec l'usage de drogue par injection) a été sans aucun doute le phénomène principal qui aura milité en faveur de l'approche et de son adoption politique, qui lui aura permis de s'émanciper et de devenir une approche reconnue et légitime dans le champ de la toxicomanie. Ce contexte a permis l'émergence de pratiques reconnues (programmes de méthadone et de distribution de seringues). Toutefois, lors de l'institutionnalisation de ces pratiques, Quirion (2001) relate un glissement conceptuel de la notion de méfait au profit de celle de risque. Ce glissement conceptuel induit alors une approche qui vise à contrer les risques (transmission du sida) que constituent certaines populations plutôt qu'à réduire les méfaits, pour leur propre compte, de leurs comportements de consommation. Cette stigmatisation des usagers n'est pas sans rapport avec l'adoption croissante de la notion de méfait collectif, au détriment de celle de méfait individuel initialement instituée (Quirion, 2001). Il s'agit d'un lourd prix à payer pour les usagers qui deviennent alors responsables des problèmes sanitaires et sociaux (Quirion, 2001).

Selon Beauchesne (2000), l'exercice de la RDM à l'intérieur du cadre actuel prohibitionniste institue une « *médecine de guerre* », un traitement des symptômes qui ont pour origine le cadre actuel prohibitionniste. Dès lors, certains auteurs en sont venus à se demander si les lois actuelles n'engendrent pas plus de méfaits que les drogues elles-mêmes (Erickson, 1992; Nadelmann, 1992; O'Hare, 1992), et si le statu quo juridique ne favorise pas le travail de sauvetage que constitue l'approche de RDM (Beauchesne, 2000). L'exercice de la prohibition n'est pas sans créer une double stigmatisation des clientèles toxicomanes (malades et criminels) et continue d'instituer une méfiance et un mépris envers les usagers, tant chez la population générale que chez les intervenants (Beauchesne, 2000).

Ainsi, des stratégies tant prometteuses ne sont pas sans susciter des questionnements quand vient le temps de les institutionnaliser au sein d'une approche de régulation de l'usage

psychotrope. Au regard de ces critiques, il devient pertinent de mieux étudier le contexte canadien pour évaluer la situation qui est la nôtre. Il s'agit alors de découvrir comment l'approche en construction (ou du moins ses stratégies) se conceptualise, par quels mécanismes institutionnels et depuis quand, ainsi qu'identifier les dangers et les limites de cette conceptualisation particulière. Puisque l'adoption politique et organisationnelle de certaines pratiques détermine les interventions sociales, psychothérapeutiques et éducatives (Bertrand, 1997), il devient pertinent d'évaluer leur implantation et leur conceptualisation afin (1) d'avoir une vision éclairée du fonctionnement des systèmes sociaux et de leurs influences (construits sociaux), (2) de participer à la construction sociale de cette problématique au regard de notre savoir et savoir-faire, (3) de réactualiser les pratiques sociales pour éviter leur obsolescence et enfin (4) de s'assurer qu'elles répondent bien aux principaux concernés, soit les usagers.

MÉTHODOLOGIE

Les buts et les objectifs

Le but de cette étude consiste à connaître et à comprendre la conceptualisation de la RDM au sein des objectifs et des priorités de l'État canadien (agenda politique). Pour ce faire, deux aspects seront étudiés, soit celui de la RDM et celui de l'agenda politique canadien. Les objectifs suivants seront visés : (1) identifier la présence et la conceptualisation de la RDM au sein de l'agenda politique, (2) identifier le contexte d'institutionnalisation des pratiques de RDM au sein de l'État, (3) identifier la place qu'occupe la RDM (et plus largement la santé) au sein des priorités gouvernementales et (4) identifier les limites et les enjeux de cette conceptualisation (analyse critique). Ainsi, il ne s'agit pas tant d'évaluer l'efficacité des premières pratiques reconnues comme telles que d'analyser les mécanismes (théoriques et pratiques) d'institutionnalisation de ces actions au sein de l'agenda politique. Ce procédé constitue un moyen efficace pour comprendre le contexte favorable ou non à cette apparition, la conceptualisation qui en ressort, ainsi que les enjeux qui en découlent.

Le matériel empirique

Le matériel analysé est constitué des trois documents que sont les *Stratégies canadiennes (ou nationales) antidrogue*⁵⁹ (SCA, 1988, 1994 et 1998). Ces documents sont des textes qui

⁵⁹ Il existe actuellement trois *Stratégies canadiennes antidrogue* (1988, 1994 et 1998). Le nom des documents qui les présentent diffère d'une *Stratégie* à l'autre. Pour faciliter la compréhension des lecteurs, nos

reflètent la position officielle du gouvernement sur la problématique des drogues et les interventions qui en découlent. L'étude de ce matériel constitue une analyse du discours fédéral qui permettra de comprendre les représentations et les conceptualisations théoriques sous-jacentes aux SCA. Cette démarche s'effectuera à l'aide de grilles d'analyse verticale (au sein des stratégies) et horizontale (entre les stratégies).

Les SCA ont été choisies comme corpus empirique car elles étaient les seuls documents qui remplissaient trois conditions principales, soit (1) des documents comparables et de nature identique, (2) qui représentent le discours gouvernemental et (3) qui s'échelonnent sur une période de temps suffisamment longue (plus de dix ans) depuis l'explosion des stratégies de RDM (les années 80) jusqu'à maintenant.

Les grilles d'analyses

Les grilles d'analyses verticales permettent de faire une analyse interne des trois stratégies. Chacune d'elle permet d'atteindre simultanément la compréhension des deux aspects visés par cette étude (conceptualisation de la RDM et agenda politique) et de leurs objectifs inhérents. Toutefois, chacune d'elle renferme, par nature et au travers des thèmes utilisés, des dimensions prédominantes et spécifiques dans l'atteinte de cette compréhension.

La première grille verticale (GVDA1)⁶⁰ permettra d'analyser *la problématique* (les causes, les comportements problématiques, les conséquences et l'ampleur) des drogues telle que vue et présentée par le gouvernement au sein des SCA. L'analyse de cette *problématique* permet de comprendre le cadre conceptuel et théorique de l'agenda politique auquel se réfère le gouvernement pour justifier son action, mais aussi d'identifier *la présence et la conceptualisation possible de la RDM* via des problématiques qui lui sont familières.

utiliserons, volontairement et d'une façon uniforme tout au long du texte, l'abréviation SCA pour désigner n'importe laquelle des *Stratégies*, tandis que les dates permettront aux lecteurs de les différencier. Pour la référence exacte le lecteur pourra se référer à la bibliographie présente à la fin du document. Aussi, les dates de publication des *Stratégies* (1988, 1994 et 1998) diffèrent de celles de leur mise en place (1987, 1992, 1998). Lorsque nous citons les *Stratégies* en référence aux documents qui les présentent et que nous avons analysés, nous conservons les dates de publication. Lorsque la *Stratégie*, comme action politique en tant que telle est mentionnée, nous citons la date de mise en application.

⁶⁰ Voir annexe A pour le détails des grilles.

La deuxième grille verticale (GVDA2)⁶¹ permet d'analyser la *stratégie d'action fédérale* (le contexte, les buts et les objectifs, les principes de base, les fronts d'action, les priorités et les orientations futures). Il s'agit d'identifier l'approche paradigmatique utilisée (système philosophique, scientifique, moral, etc.), les politiques mises en place, les institutions et les mécanismes institutionnels en jeux, les stratégies utilisées et les actions entreprises, ainsi que le contexte de conception et d'adoption des SCA (situations et motivations politiques face au problème perçu). Tous ces éléments permettront d'identifier la présence éventuelle de la RDM et de comprendre sa conceptualisation, ainsi que l'agenda politique dans laquelle elle s'inscrit.

Une troisième grille verticale (GVDA3)⁶² analyse le *leadership ministériel* (le ministère coordinateur, la part relative des budgets selon les agences, l'identification globale de la problématique dans un discours propre à un ministère et l'importance relative d'une politique par rapport à une autre). Cette grille permet de comprendre le poids relatif des différents ministères dans la problématique étudiée et identifie comment est vue la problématique des drogues au Canada (en terme de santé, de sécurité, etc.).

La quatrième grille verticale (GVDA4)⁶³ vise à identifier la *présence et la conceptualisation de la RDM* (la *définition minimum* de Brisson (1997), la notion de *risque* et de *méfait*, la rupture face aux modèles de l'abstinence, les *pratiques reconnues* et liées au phénomène du sida). Il s'agit donc de notre grille principale pour analyser l'existence de l'approche, puisque ces éléments sont des critères déterminants de l'appartenance conceptuelle au modèle de RDM (Gillet et Brochu, document non publié).

En résumé, l'analyse verticale permet de comprendre globalement chaque SCA (leur schème conceptuel et leur contexte) et l'agenda politique qui les accompagnent (les motivations des politiques institutionnelles). Les grilles d'analyse horizontale⁶⁴, quant à elles, permettent essentiellement de comparer les analyses verticales dans le temps pour comprendre leur évolution. Ainsi, chaque grille horizontale offre la possibilité d'une comparaison entre les trois SCA, et sur leurs dimensions propres (*la problématique, la*

⁶¹ *ibid.*

⁶² *ibid.*

⁶³ *ibid.*

⁶⁴ *ibid.*

stratégie d'action fédérale, le leadership ministériel, ainsi que la présence et la conceptualisation de la RDM).

Les politiques ont un impact sur les pratiques destinées aux bénéficiaires des interventions puisqu'elles induisent des directions conceptuelles et allouent des budgets aux organismes en charge de les appliquer. Il est donc intéressant d'identifier cet impact des décisions politiques et de mesurer si ces interventions servent efficacement l'ensemble de la population, ainsi que les premiers intéressés que sont les usagers. L'analyse du discours gouvernemental est un premier pas pour évaluer adéquatement les politiques fédérales en matière de régulation psychotrope, et plus particulièrement en RDM.

ANALYSE

Dans cette démarche, dans un but descriptif et pour la compréhension des lecteurs, il a été décidé de respecter la chronologie des *Stratégies*, de présenter les différentes composantes identifiées des SCA dans une forme la plus proche du discours gouvernemental, et de présenter les résultats de cette étude de manière à refléter la démarche d'analyse⁶⁵.

1- Analyse verticale

Cette section vise à présenter l'analyse de *la problématique, de la stratégie d'action fédérale, du leadership ministériel, de la présence et de la conceptualisation de la RDM* dans chacune des SCA.

1-1 La SCA de 1987 : l'absence des stratégies de RDM

1-1-1 La problématique des drogues au Canada en 1987

La problématique constitue la vision globale du gouvernement fédéral concernant le problème des drogues au Canada. Il s'agit en quelque sorte du rationnel qui justifie l'action gouvernementale. Le gouvernement y expose donc *les causes, les représentations comportementales, les conséquences et l'ampleur* du problème des drogues au Canada. Ainsi, l'analyse de cette composante est importante tant pour identifier la présence et comprendre la conceptualisation de la RDM que pour identifier les bases théoriques et le rationnel derrière l'agenda politique.

⁶⁵ Ces choix fournissent un portrait descriptif qui aide à la compréhension (raisonnement et entonnoir analytique), mais qui en revanche impliquent de nombreuses répétitions.

Selon la SCA (1988), *des causes* – se divertir, réduire le niveau de stress ou d’anxiété ou encore échapper aux frustrations et aux défis que présente l’existence - entraînent un abus de drogues licites et illicites (*comportements problématiques*) qui constitue une réponse illégitime et non-souhaitable quelles que soient les raisons ou les besoins à satisfaire. Il s’agit d’un problème grave et grandissant (*ampleur*) qui entraîne des torts personnels et sociaux (*conséquences*); ce sont les coûts des toxicomanies :

« Cause de blessures et de décès survenus dans les accidents de la route, il [l’abus] entraîne une baisse de productivité au travail et il représente un fardeau de plus en plus lourd pour nos services médicaux et juridiques, ainsi que pour les organismes chargés d’appliquer la loi. [...] Qu’il s’agisse de la perte de potentiel humain, de la destruction de la santé physique et mentale, de la rupture des mariages et de l’éclatement des familles, ou de l’érosion de l’ordre social et de la paix dans les collectivités, ces pertes, directement ou indirectement, n’épargnent personne. L’abus des drogues est un problème de société dont les coûts humains et économiques sont inacceptables. » (SCA, 1988 : 5).

Ainsi, l’analyse du discours institutionnel peut être représenté à l’intérieur d’une chaîne causale (figure 1) qui illustre le problème des drogues au Canada.

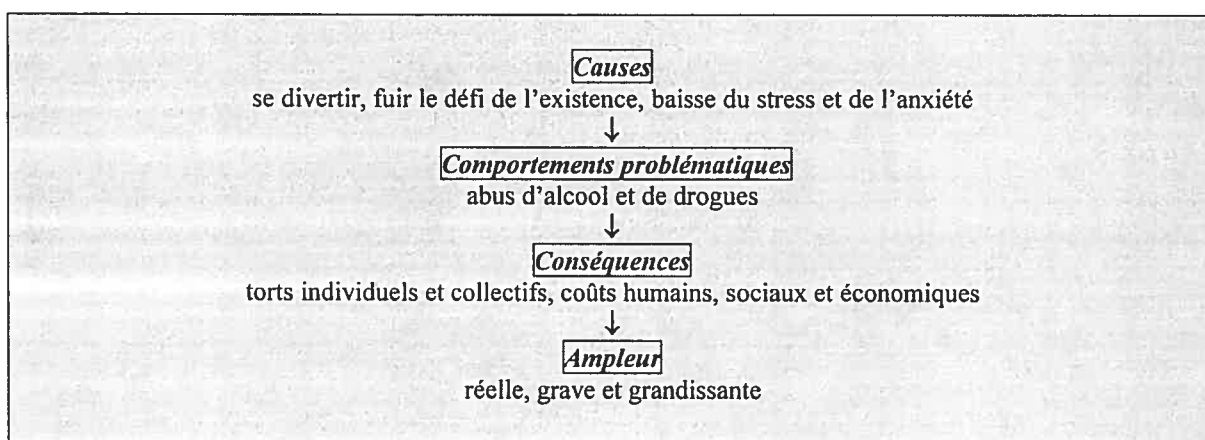


Figure 1 : *La problématique des drogues au Canada en 1987*

1-1-2 La stratégie d’action fédérale de 1987

Concernant *la stratégie d’action fédérale*, elle représente le plan gouvernemental et les actions assujetties pour enrayer *la problématique* illustrée. L’analyse de cette composante va donc permettre d’illustrer la présence et la forme propre de la RDM comme stratégie d’action gouvernementale, mais aussi l’ensemble de la perspective fédérale et le contexte dans lequel elle se construit. *Les buts et les objectifs, les principes de base, les fronts d’action, les priorités et les orientations futures*, ainsi que *le contexte* général qui entoure ce plan seront présentés.

La *problématique* illustrée incite le gouvernement fédéral à « réprimer l'abus de l'alcool et des drogues »⁶⁶ afin que tous les Canadiens « vivent et travaillent dans un environnement sûr et sain »⁶⁷ (SCA, 1988 : 2⁶⁸). Avec le lancement de la SCA, « les Canadiens ont résolument fait un pas important en vue de préparer un avenir sans drogue⁶⁹ » (SCA, 1988 : 26). En l'occurrence, l'objectif général de la *stratégie d'action fédérale* est de « réduire, par une action équilibrée acceptable aux yeux des Canadiens, le tort fait aux individus, aux familles et aux collectivités par l'abus d'alcool et d'autres drogues » (SCA, 1988, 7).

Les principes de base renvoient à (1) une approche équilibrée de réduction de l'offre et de la demande, (2) axée sur le partenariat entre tous les secteurs impliqués (partage des expertises de chacun), (3) au sein d'une coordination nationale (leadership fédéral) qui a pour but de fournir un instrument de coopération (coordonner et renforcer l'expertise) car « seule la mobilisation d'une stratégie nationale coordonnée permettra d'apporter des solutions durables au problème d'alcool et de drogues » (SCA, 1988 : 8). Le paradigme central, qui représente et soutient l'efficacité de l'intervention, est représenté par l'apprentissage social et l'approche cognitivo-comportementale puisque le pré-supposé fondamental (postulat) stipule que :

« les connaissances, les attitudes et les perceptions sociales sont les éléments clés pouvant permettre de modifier les comportements. Tous les Canadiens ont un rôle à jouer pour créer un climat général où l'abus de l'alcool et des drogues n'est plus acceptable : notre action peut faire changer les choses. » (SCA, 1988 : 2).

Les fronts d'action sont ceux de (1) l'éducation et de la prévention, (2) de l'application de la loi et du contrôle, (3) du traitement et de la réadaptation, (4) de l'information et de la recherche, (5) de la coopération internationale et de (6) la perspective nationale.

Les orientations futures ou *priorités* sont, au niveau des substances :

- L'alcool qui est la substance la plus en cause dans les toxicomanies;
- Les tranquillisants et les sédatifs qui sont en 2^{ème} position parmi les substances les plus en cause dans les toxicomanies;

⁶⁶ Ce discours semble souligner l'objectif de la SCA.

⁶⁷ Ce discours semble souligner le but de la SCA.

⁶⁸ Message du Premier ministre de l'époque dans son éditorial, qui illustre une orientation générale de la *Stratégie*. Pour nous, « réprimer » constitue un jargon de type moraliste et paternaliste, à connotation juridique, et aux visées sécuritaires et sanitaires.

⁶⁹ Ce discours semble souligner un autre but (ou sensiblement le même) de la SCA.

- Le cannabis qui est la drogue illicite la plus en usage;
- L'escalade du trafic de drogues illicites;
- L'abus de cocaïne à cause de sa production excessive dans les pays d'origine, du déclin de son prix et donc de l'augmentation de sa disponibilité;
- Les jeunes qui consomment moins de drogues de rue, mais qui font face à : une surconsommation d'alcool les fins de semaines, une consommation de solvants, une consommation plus précoce, une polytoxicomanie, au potentiel d'action des drogues licites et illicites qui augmente.

Au niveau des populations, les priorités concernent les jeunes, leurs parents, les peuples autochtones, les détenus et les professionnels de la santé.

Le contexte de la stratégie est de répondre « au besoin clairement perçu d'une action stratégique coordonnée » et à la nécessité d'équilibrer l'action fédérale de réduction de l'offre par une action sur « les problèmes fondamentaux qui déterminent la demande d'alcool et d'autres drogues (réduction de la demande) » (SCA, 1988 : 7). Ainsi, le discours institutionnel peut être représenté à l'intérieur d'un schéma récapitulatif, tel que présenté dans la figure 2.

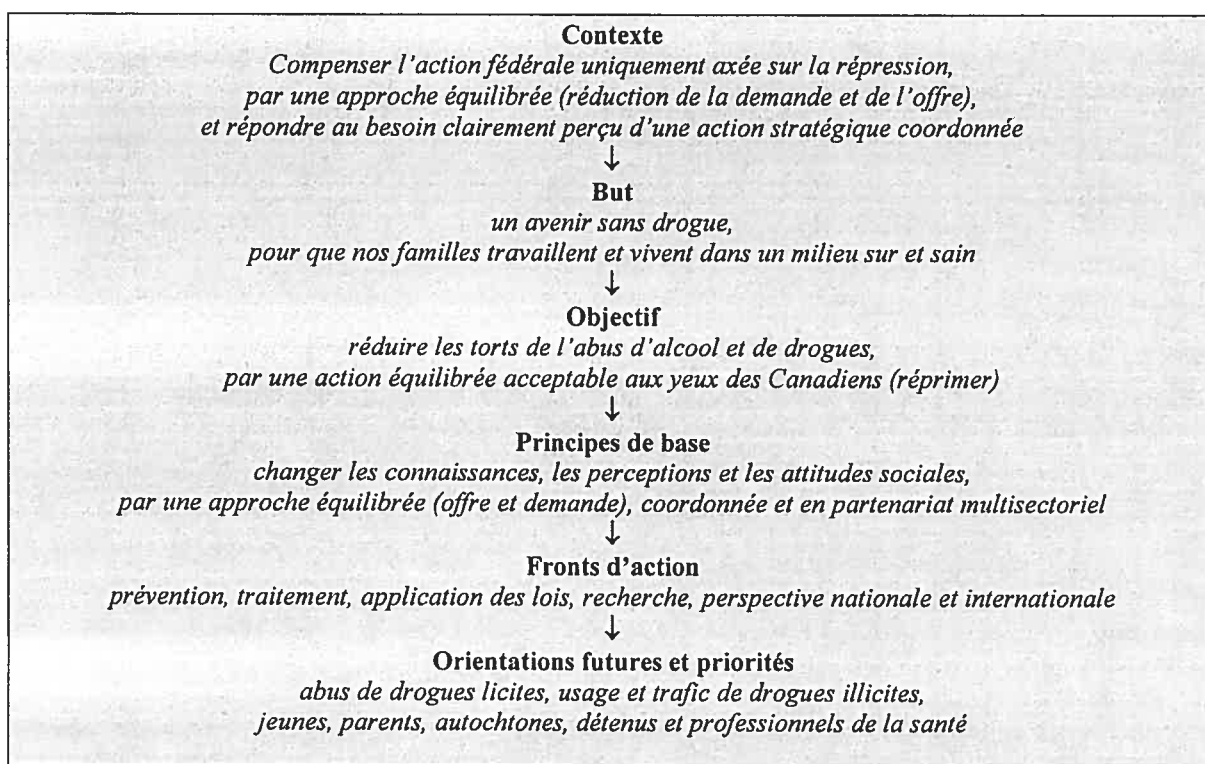


Figure 2 : La stratégie d'action fédérale de 1987

1-1-3 Le leadership ministériel en 1987

« *Le ministère de la Santé nationale et du bien-être social est responsable de la Stratégie* » (SCA, 1988 : 7), il occupe donc une position de leadership ministériel au sein de la SCA par rapport aux autres ministères. Selon le gouvernement, 70 % des budgets de la SCA (1988) sont alloués à la prévention et au traitement afin d'attaquer les problèmes fondamentaux qui déterminent la demande. Ce discours semble donc suggérer une vision davantage sanitaire et sociale, plutôt que légale et répressive, dans l'approche du gouvernement central. Toutefois, la répartition financière ne peut se baser que sur l'allocation financière dans le cadre de la *Stratégie*; des sommes considérables étaient déjà fournies précédemment dans les différents ministères et ont été renouvelées. Il faut donc évaluer l'ensemble des budgets pour l'année en cours, et non les seuls budgets de la SCA pour statuer sur cette dimension. Le discours n'en est pas moins important pour autant : il fournit un message sur la vision adoptée (importance de la santé) dans le cadre de la *Stratégie*. En effet, un autre indice semble appuyer cette proposition :

« *Jusqu'à présent, le gouvernement central a surtout axé son action dans ce domaine [toxicomanie] sur le contrôle de l'offre, par la surveillance, l'action policière, la saisie et la prévention du crime relié au trafic de drogues à titre d'exemples* » (SCA, 1998 : 8).

Le gouvernement décide donc de compenser l'accent sur la réduction de l'offre, par une démarche plus équilibrée qui porte aussi attention à la réduction de la demande.

1-1-4 Présence et conceptualisation de la RDM en 1987

La présence d'une définition minimum (Brisson, 1997), de la notion de *méfait* et de *risque*, d'une rupture face aux modèles traditionnels (abstinence et prohibition), ainsi que des *pratiques reconnues* liées au phénomène du sida sont autant de mesure de la présence ou non de l'approche de RDM (Gillet et Brochu, document non publié).

La définition minimum et les notions de méfaits et de risques

Aucun processus de définition ou d'éléments conceptuels (risque et méfait) appartenant à l'approche n'a été identifié de façon explicite. Toutefois, un vocable apparent dans l'objectif de l'action gouvernementale, « la diminution des torts », pourrait s'apparenter, sémantiquement et conceptuellement, à la RDM. Il faut donc approfondir l'analyse.

Le processus de rupture face aux modèles d'abstinence

Ce vocable apparent à la RDM n'est nullement accompagné d'une rupture concernant l'abstinence (*pragmatisme*). En effet, aucun discours explicite effectue cette rupture et, au contraire, l'abstinence est encore de mise et même largement présente dans le discours : « *une vie productive sans drogue* », « *les drogues, pas besoin* », « *solution de rechange à la consommation* », « *non à l'alcool et aux drogues* », « *sport sans drogue* », « *vivre sans drogue* », « *résister à la consommation* », « *détourner des drogues* » ou encore « *un avenir sans drogue* » sont autant de messages qui soulignent l'abstinence et l'idéal d'une société sans drogue (absence *du pragmatisme*) au sein de la SCA (1988 : 1-26). Cela est d'autant plus vrai pour les drogues illicites dont les problématiques sont illustrées au niveau du simple usage alors qu'on parle de « *surconsommation pour l'alcool* » et de « *mésusage ou de consommation immodérée* » pour les médicaments (SCA, 1988 : 6 et 15). Si le simple usage est contesté, alors seule l'abstinence est envisageable. Ce message est uniforme, tant dans le domaine de la santé que dans celui de l'application de la loi. Si la SCA veut diminuer les coûts de l'abus, il est clair que l'abstinence est la solution. De plus, une stratégie qui s'appelle *Stratégie antidrogue*, et dont les deux mécanismes principaux ont pour but de diminuer la prévalence de l'usage (réduction de l'offre et de la demande) et le message semble clair.

Aussi, aucune rupture quant à la prohibition et à la répression n'est effectuée. En effet, le texte ne traite nullement des méfaits de la prohibition, ni d'actions pour y remédier (*humanisme*). Au contraire, il semble plutôt que les organismes répressifs chargés d'appliquer les principes prohibitifs constituent des mécanismes légitimes (des moyens) de diminution des torts (l'objectif général) au sein d'une stratégie équilibrée :

« L'objectif général de Stratégie est de réduire, par une action équilibrée acceptable aux yeux des Canadiens, le tort fait aux individus, aux familles et aux collectivités par l'abus d'alcool et d'autres drogues. [...] Bien qu'une importante part (70% de ses ressources doit être consacrée à l'éducation, à la prévention et au traitement, la stratégie nationale antidrogue prévoit une approche équilibrée de lutte contre le problème d'alcool et de drogues. Elle procure aux organismes chargés de l'application des lois des moyens de lutte contre la distribution de drogues illicites (réduction de l'offre), tout en permettant d'attaquer les problèmes fondamentaux qui déterminent la demande d'alcool et d'autres drogues (réduction de la demande) » (SCA, 1987 : 7).

Un élément important doit être souligné. Tout au long du document, le domaine de la santé (prévention, traitement et réadaptation) est associé à la réduction de la demande, tandis que les agences chargées d'appliquer la loi sont systématiquement affiliées à la réduction de

l'offre (trafic). Cette perspective semble donc induire une séparation des compétences institutionnelles : la sécurité et ses agences pour le trafic, et la santé (prévention, traitement, réadaptation) pour les usagers. Cette séparation se base alors sur la nature et les activités principales des agences qui œuvrent dans chacun des domaines.

Lorsque les agences d'application de la loi sont illustrées dans le système de réduction de la demande, c'est au nom de leur rôle préventif. Ceci appuie donc cette distinction entre santé, prévention et réduction de la demande d'un côté, et sécurité, répression et réduction de l'offre de l'autre. Pourtant, les agences répressives arrêtent les usagers pour simple possession et interviennent donc dans le système de réduction de la demande. Dès lors, comment doit-on interpréter le silence au sein du document sur leur rôle répressif de la police auprès des usagers? Ce silence perçu peut constituer un début de rupture face aux visées prohibitionnistes, voir une démarche de déjudiciarisation présente ou à venir. En effet, l'absence d'un discours pourrait s'avérer tout aussi représentative que sa présence dans l'analyse d'un phénomène. On éviterait ainsi d'associer un mode de traitement (le système pénal) avec une population particulière (les usagers), laissant entendre que ce recours n'est pas, ou plus, l'objectif politique en vigueur au sein de la *Stratégie*. Il en résulte l'hypothèse suivante : le silence sur la répression des usagers ainsi que la séparation des compétences institutionnelles (le domaine de la santé pour l'usage) se renforcent mutuellement pour induire un début de rupture face à la répression des usagers et donc au modèle d'abstinence légale pour ces populations.

Dans la pratique, il reste que les usagers continuent, dans les années 80 et 90, à se faire arrêter concernant la possession de substances illicites (Dion, 2000). Toutefois, les infractions sur les drogues (ILD) diminuent durant les années 80 en taux et en nombre, notamment à cause de la possession et particulièrement au niveau du cannabis (Dion, 2000). Le taux de possession a diminué de 32 % entre 1978 et 1998. Le taux le plus élevé a été atteint en 1980 (238 infractions / 100 000 hab.), puis il a chuté de 35 % en 1983, pour continuer de décroître jusqu'en 1991 (115 infractions / 100 000 hab.) (ministère de la Justice du Canada, 2000). Le discours, comparé aux taux d'infractions enregistrées, semble donc soutenir la thèse d'une certaine (mais relative) rupture face au modèle répressif.

Le phénomène du sida

Aucun lien avec le phénomène du sida n'apparaît au sein de la SCA, si ce n'est la mention d'un colloque ou sera traité « *des questions comme le sida et l'abus de drogues* » (SCA, 1988). Cette problématique semble donc présente à cette époque mais nullement au sein de la SCA comme élément dynamique de la RDM ou comme priorité d'action. Puisque le phénomène du sida et l'usage de drogue par injection (UDI) sont des éléments importants de l'apparition de la RDM dans les années 80 (Riley, 1994), l'absence de cette problématique dans le discours institutionnel explique peut-être l'absence de la RDM. Ou à l'inverse, l'absence de la RDM pour intervenir sur la problématique du sida explique peut-être qu'elle ne soit traitée de façon plus conséquente. Une chose est sûre, sida, UDI et RDM ne sont pas présents, en 1987, dans l'agenda politique. Toutefois, l'arrivée timide de la problématique du sida souligne certainement la présence à venir de la RDM puisque la littérature présente un fort lien entre les deux (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997; Riley, 1994; Quirion, 2001).

Les pratiques reconnues

Nous n'identifions aucune *pratique reconnue* comme appartenant à l'approche de RDM (distribution de seringues, méthadone, outreach, etc.) et institutionnalisée au sein de la SCA. Toutefois, il est fait mention d'un projet de réévaluation des programmes de distribution de méthadone. Durant les années 80, les directives fédérales sur l'usage de la méthadone demeurent strictes, sans réelle possibilité d'innovation (Brisson, 1997). Au Canada et au Québec, il faudra attendre le milieu de la décennie pour que de nouvelles initiatives voient le jour, dont le CRAN à Montréal en 1986. Ainsi, quelques actions locales sont belles et bien présentes durant cette période. Est-ce que l'objectif de réévaluation de la méthadone, dans un contexte où certaines pratiques s'installent, constituerait les prémices d'un processus d'institutionnalisation des pratiques de RDM ? Et pourquoi la méthadone en premier lieu plutôt que toute autre pratique ? Serait-elle une des pratiques les plus compatibles avec le schème d'abstinence fortement présent à cette époque ?

Pour conclure, certains éléments proches de la RDM ont aussi été identifiés : les conséquences de l'abus exprimées en terme de coûts et de torts, individuels et collectifs, au niveau social, économique, sanitaire et sécuritaire. Cette perspective souligne l'importance de l'identification des risques sociaux et collectifs qu'induisent certaines populations à

partir des manifestations comportementales et des pratiques individuelles qu'ils exercent. Toutefois, la notion de méfait collectif ne constitue pas un critère déterminant de l'appartenance conceptuelle à l'approche (Gillet et Brochu, document non publié)⁷⁰, mais a été souligné comme un élément déterminant dans le processus d'institutionnalisation des stratégies de RDM (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997; Quirion, 2001). Quoiqu'il en soit, la présence de cette dimension au sein de la SCA confirme, à l'instar de Quirion (2001), que l'adhésion à ces principes de coûts collectifs (et de leur gestion) dans l'agenda politique constitue l'objet d'un paradigme plus vaste, qui dépasse le cadre strict de la RDM.

Ainsi, malgré l'absence de la RDM comme telle, l'idée de réduire les conséquences négatives (torts), et particulièrement au niveau collectif, étaient déjà des notions présentes en 1987. Mais il ne suffit pas de vouloir réduire les méfaits des drogues (but), il faut le faire à l'intérieur de *stratégies reconnues* (moyen) (Brisson, 1997; Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies - CCLAT, 1996; Hankins, 1997; Strang, 1993). Par conséquent, bien que certains secteurs d'intervention classique de RDM sont identifiés, tel que l'information et l'éducation, ils demeurent encore fortement associés à l'abstinence et aux mécanismes de la prohibition, et dépourvus de *pratiques reconnues* et liés au phénomène du sida. La RDM n'est donc pas présente comme stratégie d'intervention dans la régulation de l'usage psychotrope en 1987, malgré la présence de certaines proximités.

1-1-5 Conclusions : la SCA de 1987

En 1987, le gouvernement fédéral lance sa *Stratégie canadienne antidrogue* (SCA) pour deux raisons. La première est constituée du besoin clairement perçu d'une action coordonnée à l'échelle nationale. De nombreux programmes fructueux et novateurs ont été mis sur pied dans les provinces, les territoires, ainsi qu'au niveau communautaire. Ce qu'il manquait, c'était un mécanisme de coordination nationale pour renforcer l'expertise et les programmes existants, afin que tous les canadiens bénéficient des mêmes services. Il fallait donc établir un partenariat entre tous les paliers de gouvernements et les différents acteurs qui œuvrent dans le domaine des drogues (police, intervenants, groupes communautaires, etc.), puisque seule la mobilisation d'une stratégie coordonnée apportera des solutions durables.

⁷⁰ Dans Gillet et Brochu (document non publié), cet élément fait parti d'une définition non consensuelle de l'approche et ne peut constituer un critère déterminant d'appartenance conceptuelle.

La deuxième raison renvoie à la nécessité de compenser l'action fédérale traditionnellement axée sur la réduction de l'offre (répression du trafic) par une approche plus équilibrée qui tient compte des problèmes fondamentaux qui déterminent la demande (réduction de la demande). La réduction de la demande concerne davantage le domaine de la santé par la prévention, le traitement et la réadaptation. Ainsi, le gouvernement central mandate Santé et Bien-être Canada (actuellement Santé Canada) pour coordonner la SCA, au sein de laquelle 70% des budgets seront consacrés au domaine de la prévention, du traitement et de la réadaptation. Il s'agit alors d'un message clair pour signaler l'importance du domaine de la santé, au niveau fédéral, dans la problématique des drogues. Cette approche équilibrée (offre et demande) traduit alors le leadership de deux institutions dans le domaine des drogues et une séparation des compétences institutionnelles dans le discours fédéral : la santé pour les usagers et la sécurité pour les trafiquants. Le rôle de coordination nouvellement acquis par Santé et Bien-être Canada semble lui donner un léger avantage dans ce leadership.

La SCA de 1987 se donne pour objectif de diminuer les torts de l'abus de drogues et d'alcool, et d'en réprimer l'abus afin que tous les canadiens vivent et travaillent dans un milieu sûr et sain : un pas important vers un avenir sans drogue. Pour ce faire, il faut changer les connaissances, les perceptions et les attitudes sociales par la prévention, le traitement, la réadaptation, l'application des lois et le contrôle, la recherche, la collaboration nationale et internationale.

1-2 La SCA de 1992 : l'introduction d'un processus d'institutionnalisation des stratégies de « réduction des méfaits »

1-2-1 La problématique des drogues au Canada en 1992

Selon la SCA (1994)⁷¹ :

« L'abus d'alcool et de drogues est au cœur de nombre des problèmes les plus critiques auxquels font face les Canadiens au cours des années 90. Ces problèmes incluent la violence familiale et l'éclatement de la famille, la propagation du sida par l'injection intraveineuse de drogues, les traumatismes et les décès sur les routes, l'influence de l'abus d'alcool et de drogues sur le milieu du travail, et la surconsommation de médicaments par les personnes âgées. Les effets de l'abus d'alcool et de drogues sont ressentis d'un bout à l'autre du Canada, de Terre-Neuve à la Colombie Britannique » (SCA, 1994 : 5).

⁷¹ Il s'agit de la reconduction de la SCA de 1987, soit la phase II.

Lors de cette deuxième phase de la SCA, on voit apparaître les notions familières à la RDM que sont le phénomène du sida et l'usage de drogues par injection (UDI). Cette apparition au sein de *la problématique* révèle donc de nouvelles préoccupations sociales et/ou de nouvelles orientations politiques. Pour le reste, *la problématique* est sensiblement la même puisqu'il s'agit du renouvellement dans une deuxième phase de la SCA de 1987, et que seuls les changements importants, principalement dans la *stratégie d'action fédérale*, sont mentionnés au sein du document. Nous avons donc, par défaut, la même chaîne causale que dans la phase I (figure 1), avec de nouvelles conséquences exprimées (sida et UDI) qui s'avèrent proches des problématiques traitées par la RDM.

1-2-2 La stratégie d'action fédérale de 1992

Dans cette section, il s'agit de présenter les nouveaux éléments stratégiques propres à la phase II, puisqu'elle révèle certains changements parmi le renouvellement des grandes lignes de la SCA de 1987 (phase I).

« D'une démarche descendante à une démarche ascendante »

« Les collectivités assument la responsabilité de leur problème de drogue » (SCA, 1994 : 8). Cette démarche avait déjà commencé dans la phase I en subventionnant des projets communautaires où les collectivités diagnostiquent leurs problèmes et appliquent des solutions.

« Les nouveaux groupes cibles des activités de prévention et de traitement »

Dans la phase I, la stratégie ciblait les *« 10-16 ans dont bon nombre ne faisaient pas usage de drogues »* (SCA, 1994 : 8). Dans la phase II, il s'agit de poursuivre l'éducation et la prévention, mais en insistant *« sur la formation des personnes actives auprès de ce groupe d'âge (professionnels de la santé, enseignants, conseillers des centres de traitements) »* (SCA, 1994 : 8). En même temps, la stratégie veut toucher les jeunes difficiles à atteindre, soit les jeunes à risque et les jeunes de rue. De plus, une plus grande attention aux délinquants primaires et aux récidivistes dans la conduite avec facultés affaiblies est visée dans cette stratégie. Il s'agit aussi de continuer de donner accès aux programmes fructueux dans l'ensemble du pays. L'accent est mis aussi sur certains exclus du système, les adolescents et les femmes dans le domaine du traitement.

« *La réaffirmation du bien-fondé d'une approche équilibrée – répression et contrôle* »

Principalement, il s'agit d'adjoindre une fonction consultative des agences chargées d'appliquer la loi au sein du secrétariat. Cette « *nouvelle importance stratégique accordée au secteur de la répression et du contrôle* » a pour effet de « *confirmer l'adoption d'une approche équilibrée* » au Canada, puisque les éléments répressifs sont sensiblement les mêmes qu'à la phase I (SCA, 1994 : 9). « *Une autre décision stratégique au niveau de la répression et du contrôle a été de créer, à titre expérimental, de nouvelles unités antidrogue spéciales mixtes* » (SCA, 1994 : 9).

« *Le maintien d'un profil international* »

Il s'agit d'affirmer à l'Organisation des Nations Unies (ONU) le bien fondé d'une approche équilibrée de diminution de l'offre et de la demande. Le Canada adhère aussi à la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) qui se penche sur le trafic, la production, la distribution et la consommation de drogues, mais qui insiste surtout sur la réduction de la demande et la nécessité de collaborer avec d'autres organismes internationaux (tel que l'ONU). Avec le Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies (CCLAT)⁷² et des experts internationaux, le gouvernement insiste aussi sur l'élaboration d'un modèle permettant d'évaluer les coûts sociaux et économiques de l'abus, ce qui permettra de comparer ses performances avec celles d'autres pays.

« *La réalisation de recherche de portée nationale* »

La *Stratégie* accordera une importance renouvelée à la recherche. Déjà, lors de la première phase, une enquête nationale sur la consommation de drogue a été entreprise. Pour la première fois, une comparaison des problèmes entre les provinces était possible. La *Stratégie* a « *également permis des recherches ciblées sur les personnes âgées, les femmes et les autochtones qui ont rendu plus faciles d'autres comparaisons à l'intérieur du pays* » (SCA, 1994 : 9).

⁷² Il s'agit d'un organisme indépendant créé dans le cadre de la première phase pour synthétiser les connaissances et les pratiques concernant l'abus d'alcool et de drogues, favoriser l'échange de connaissance, ainsi que créer des politiques et des programmes de prévention, de traitement et de réadaptation.

« *Façons de documenter les réussites de la SCA* »

Auparavant, l'évaluation de la *Stratégie* portait surtout sur le processus et sur ses résultats. Maintenant, suite aux recommandations du *Bureau du contrôleur général*, l'évaluation est davantage axée sur l'incidence des programmes et des activités.

Le contexte d'élaboration de la phase II est représenté par un désir de renouveler et de modifier la SCA initiale, afin de renforcer et d'améliorer les programmes de lutte contre les drogues au Canada. Le regroupement de programmes distincts en un système unique est fait « *dans le but de tirer le plus grand parti des efforts déployés par tous les paliers du gouvernement, toutes les organisations non-gouvernementales et les groupes de citoyens* » et a pour fonction de favoriser et coordonner (institutionnaliser et répandre) les programmes de lutte contre l'abus de drogues dans les trois secteurs d'intervention traditionnels : la prévention, le traitement, ainsi que la répression et le contrôle (SCA, 1994 : 5).

Ainsi, malgré quelques modifications survenues dans la phase II, l'action gouvernementale présente principalement le même modèle d'action générale (voir figure 3).

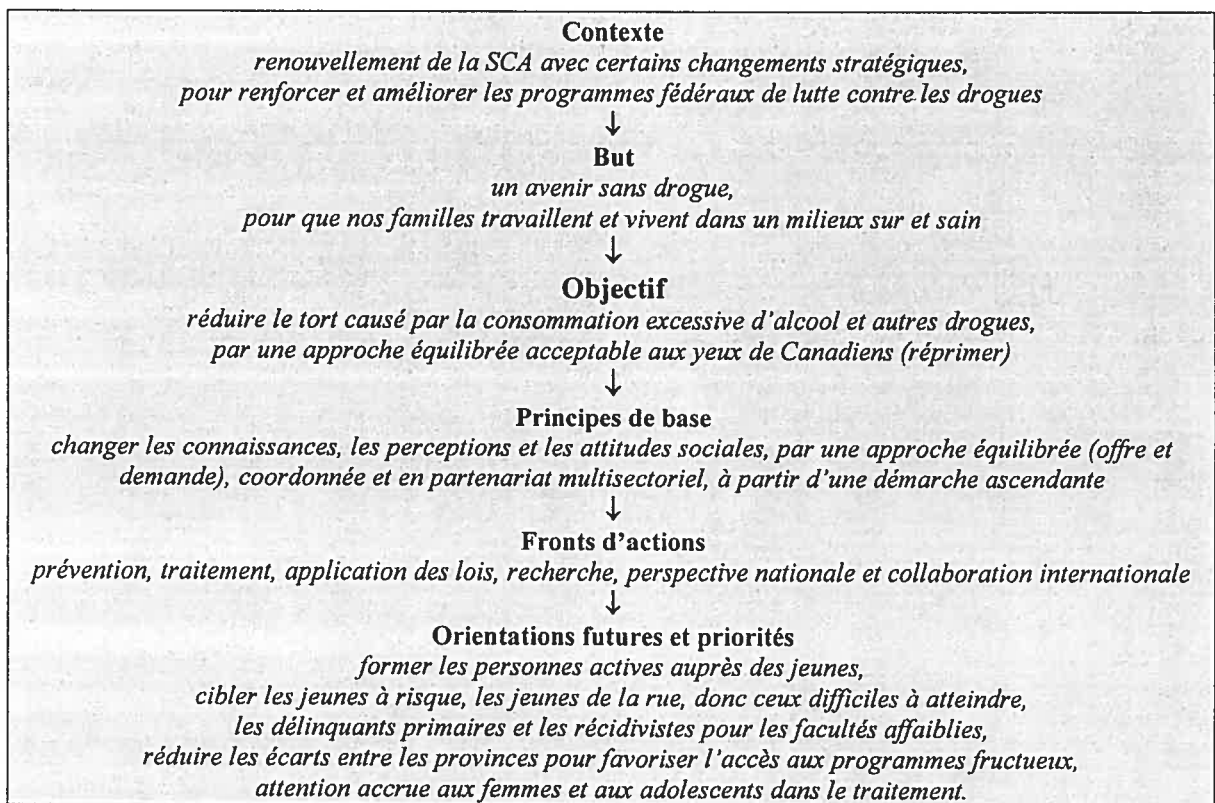


Figure 3 : *La stratégie d'action fédérale de 1992*

1-2-3 Le leadership ministériel en 1992

Ce système unique et coordonné doit être conçu dans l'idée qu'au Canada, « *l'usage abusif de drogues est reconnu comme un problème de santé* (SCA, 1992 : 28). *C'est pour cette raison que Santé Canada est responsable de la Stratégie* » et qu'il s'est retrouvé dans le rôle du ministre directeur de la *Stratégie* (SCA, 1994 : 28). « *Le rôle directeur de Santé Canada dans la Stratégie canadienne antidrogue découle de son mandat qui consiste à favoriser et à protéger la santé des Canadiens* » (SCA, 1994 : 28). Ce discours appuie donc une position de leadership occupée par Santé Canada parmi les autres ministères concernés par la problématique des drogues au sein du gouvernement fédéral. Une autre déclaration appuie cette proposition :

« Au cours des quatre premières années de la phase I, la coordination dépendait surtout des intérêts des programmes. Toutefois, en 1991, le gouvernement a confié au Secrétariat nouvellement établi le mandat de coordonner la Stratégie » (SCA, 1994 : 11).

Ce nouveau secrétariat de la SCA loge et appartient à Santé Canada. Il constitue « *le centre névralgique de la stratégie* », « *l'âme et la conscience de la stratégie* » (SCA, 1994 : 11 et 12). Il devient évident que Santé Canada occupe une position de leadership ministériel au sein de la SCA, et donc dans la régulation psychotrope fédérale en général.

1-2-4 Présence et conceptualisation de la RDM

Lors de la phase II, nous pouvons noter l'arrivée de nouvelles problématiques qui n'étaient pas mentionnées auparavant. Par exemple, il est fait mention à trois reprises du lien entre sida et UDI, signe d'une préoccupation grandissante de cette problématique dans l'agenda politique de l'époque. De plus, le document annonce l'arrivée de la touche finale concernant les programmes de prescription de la méthadone. Hormis ces éléments, rien de plus conséquent qui pourrait illustrer une approche de RDM au sein de la stratégie.

En effet, on ne signale toujours pas de rupture explicite (discours) face à l'abstinence et à la prohibition. Dans la SCA de 1987, nous notions la possibilité d'un élan de rupture face à la prohibition (séparation des compétences institutionnelles et silence sur la répression des usagers). Si le discours en faveur d'une séparation des compétences institutionnelles se maintient et le silence sur la répression des usagers aussi, une rupture réelle face à la prohibition semble de moins en moins certaine. En effet, l'analyse des statistiques criminelles reliées aux drogues (de la décennie de 90), signale plutôt une recrudescence de

la répression puisque les ILD augmentent en taux et en nombre, principalement à cause de la possession et pour le cannabis (Dion, 2000). Ainsi, malgré la position de leadership de Santé Canada, le domaine de la sécurité publique (Solliciteur général) aurait repris de la légitimité et de l'influence dans la gestion de l'usage de drogue, une position confirmée par les nouvelles orientations stratégiques présentées au sein de la SCA (fonction consultative qui a pour but de réaffirmer l'approche équilibrée) et par l'allocation de budgets supplémentaires.

Si le phénomène du sida semble présent, il ne constitue pas une préoccupation centrale dans les objectifs de l'État, et n'est pas associé à une démarche d'institutionnalisation de pratiques de RDM. Aucun processus de définition assujetti à l'approche ou à ses concepts clés (*humanisme, pragmatisme*) n'est effectué. Toutefois, lorsqu'on analyse attentivement le rôle du CCLAT exposé dans la SCA, de nombreux éléments en rapport avec la RDM se font sentir. En effet, un rôle de coordination et de direction de tous les éléments qui visent à réduire les méfaits causés par l'abus d'alcool et de drogues, la production d'un document sur l'échange de seringues, une ébauche sur des approches innovatrices de la RDM, un autre document sur la consommation modérée d'alcool, puis le parrainage d'une conférence internationale sur la RDM et un atelier national sur le VIH, l'alcool et les drogues, sont autant d'éléments qui présentent le lien le plus fort avec l'approche de RDM dans l'ensemble du document. Le CCLAT a été introduit dans la phase I et déjà, dans la phase II, on note des éléments de RDM assez importants qui lui sont associés. Il semble donc constituer un moteur important pour l'introduction et l'émancipation des stratégies de RDM au niveau fédéral, un outil d'institutionnalisation des stratégies au sein de l'agenda politique canadien. Si, durant la phase II, nous ne pouvons entrevoir une quelconque présence de l'approche de RDM comme stratégie d'intervention dans la régulation de l'usage psychotrope, en revanche il semble se dessiner, par l'arrivée et le rôle du CCLAT, ainsi qu'une préoccupation croissante face à l'UDI, le sida et certaines *pratiques reconnues* (méthadone), une démarche d'implantation ou d'institutionnalisation des stratégies de RDM au sein de l'agenda politique.

1-2-5 Conclusions : la SCA de 1992

En 1992, il s'agit du renouvellement et de la modification de la première phase de la SCA, afin de renforcer et d'améliorer les programmes fédéraux de lutte contre les drogues. Ainsi,

cette deuxième phase suit les lignes tracées par la Stratégie de 1987, en effectuant toutefois certains changements. Parmi ceux-ci, la SCA passera d'une démarche descendante à une démarche ascendante où les collectivités assument la responsabilité de leur problème de drogue : elles diagnostiquent et appliquent des solutions. Dès lors, l'approche fédérale joue davantage un rôle de leadership en lançant un message uniforme dans le Canada, et en répartissant des budgets au sein des provinces et des territoires au nom de ce message. Dans ce message, il sera mis de l'avant la nécessité de viser de nouveaux groupes cibles (personnes actives auprès des jeunes, jeunes difficiles à atteindre, les autochtones et les femmes).

Un autre changement important est constitué par un rôle consultatif des agences chargées d'appliquer la loi (répression et contrôle), une importance stratégique qui a pour but de réaffirmer le bien-fondé d'une approche équilibrée. Si le leadership perçu en faveur de la santé et de son ministère (devenu Santé Canada à cette époque) est maintenu, ce nouvel élément constitue un message clair qui freine les ardeurs de ceux qui perçoivent un recul du domaine de l'application de la loi dans la problématique des drogues. Dès lors, il semble se constituer une certaine compétition ministérielle, une course au leadership pour la représentation et la conceptualisation de la problématique des drogues au sein du gouvernement central. Cette course au leadership, même si elle semble se conclure par un léger avantage au profit de Santé Canada, illustre davantage une approche équilibrée où chacun des ministères œuvre dans un milieu qui lui est propre. Il s'agit d'un processus de séparation des compétences institutionnelles qui constitue alors un compromis au sein du gouvernement central et de ses ministères.

Aussi, le domaine de la recherche bénéficie d'une importance renouvelée au sein de la SCA, notamment avec la mise en place d'études nationales et sur certains groupes cibles qui permettent la comparaison entre les différentes régions du Canada. De plus, la nécessité d'évaluer l'incidence de la SCA (plutôt que seulement le processus et les résultats) est mise de l'avant. Enfin, le maintien du profil international assure un leadership du Canada sur la scène mondiale, où il pourra illustrer le bien-fondé de son approche équilibrée et comparer sa performance avec celle d'autres pays.

1-3 La SCA de 1998 : l'assise des stratégies de RDM

1-3-1 La problématique des drogues au Canada en 1998

Dans la SCA de 1998 (phase III), *les causes* sont « *les facteurs sous-jacents de l'abus d'alcool et de drogues* » et « *les déterminants de la santé* » (SCA, 1998 : 3 et 5). Il s'agit en fait de la notion de « *facteur de risque* »⁷³. Les manifestations comportementales concernent les problèmes associés à l'abus de l'alcool et des autres drogues, la production et le trafic de drogues illicites (*comportements problématiques*). *Les conséquences* renvoient aux méfaits physiques, psychologiques, sociaux et économiques de l'abus qui sont néfastes pour les personnes, les familles et les communautés. *L'ampleur* est mondiale puisque « *les drogues touchent tous les pays du monde* » (SCA, 1998 : 2).

D'emblée, la notion de méfait semble illustrer un vocable appartenant à l'approche de RDM dès la *problématique*. Quoiqu'il en soit, la figure 4 illustre la chaîne causale de la *problématique* des drogues au Canada.

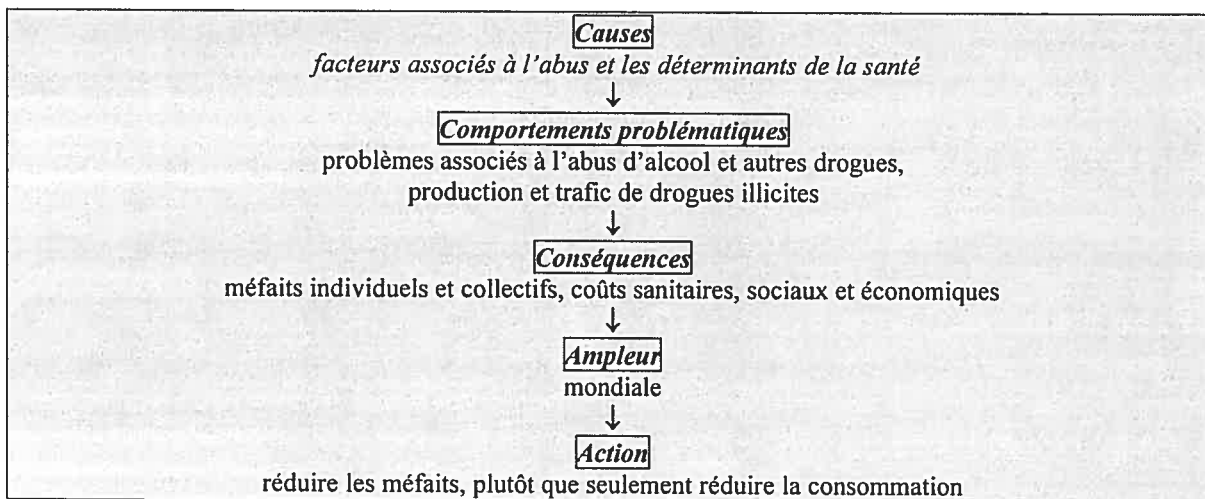


Figure 4 : La *problématique* des drogues au Canada en 1998

1-3-2 La stratégie d'action fédérale de 1998

Les buts et les objectifs de la SCA s'illustrent par le discours suivant :

« Le but à long terme de la Stratégie canadienne antidrogue est de réduire les méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues chez les individus, les familles et les communautés. Parce que l'abus d'alcool et des autres drogues est d'abord une question de santé plutôt qu'une question d'application de la loi, on est d'avis que la réduction des méfaits qui en résultent constitue une intervention réaliste, pragmatique et humaine par opposition à des efforts ne visant que la réduction de la consommation de drogues » (SCA, 1998 : 5).

⁷³ Voir Vitaro, Carbonneau, Gosselin, Tremblay, Zoccolillo, 2000, pour une synthèse des facteurs répertoriés

« Le gouvernement du Canada croit que la réduction des méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues se fait au moyen de cinq buts et des objectifs qui en découlent » (SCA, 1998 : 5) :

- (1) réduire la demande de la drogue : prévention chez les jeunes sur les risques des drogues illicites;
- (2) réduire la mortalité et la morbidité : diminuer la consommation à haut risque des drogues licites et illicites;
- (3) améliorer l'efficacité et la disponibilité des renseignements et des interventions : trouver et promouvoir des pratiques efficaces dans la prévention, le traitement et la réadaptation;
- (4) réduire le stock de drogues illicites disponibles et la rentabilité du trafic : diminuer les importations et la disponibilité dans la rue, ainsi que les profits des activités illégales;
- (5) réduire les coûts de l'abus pour la société canadienne.

Les principes de base renvoient au fait qu'il faut un équilibre entre la réduction de l'approvisionnement et la réduction de la demande, une action concertée au niveau national et international afin de réduire la demande, l'approvisionnement illicite et le trafic. Pour ce faire, il faut un partenariat multisectoriel pour rassembler l'expertise et les compétences de chacun, ainsi qu'une collaboration solide entre les secteurs de la santé et de l'application de la loi. Les postulats présentés renvoient à loi de l'effet de Zinberg (1984) qui stipule que l'expérience psychotrope est déterminée par l'interaction entre l'individu, la substance et le contexte. Plus précisément, il faut, selon la SCA et pour une intervention individuelle efficace, être sensible :

- Aux questions de sexe, de culture et d'étapes de vie;
- À la participation des groupes cibles à la recherche, à la planification, à l'élaboration et à la réalisation des programmes;
- Aux besoins des usagers dans la prévention, le traitement et la réadaptation;
- Aux déterminants de la santé et des facteurs sous-jacents de l'abus;
- À la nécessité d'un cadre législatif approprié et complet;
- À la nécessité de reconnaître que la prévention est l'approche la plus rentable;
- À la nécessité de viser les échelons supérieurs et les produits de la criminalité dans la réduction de l'approvisionnement;

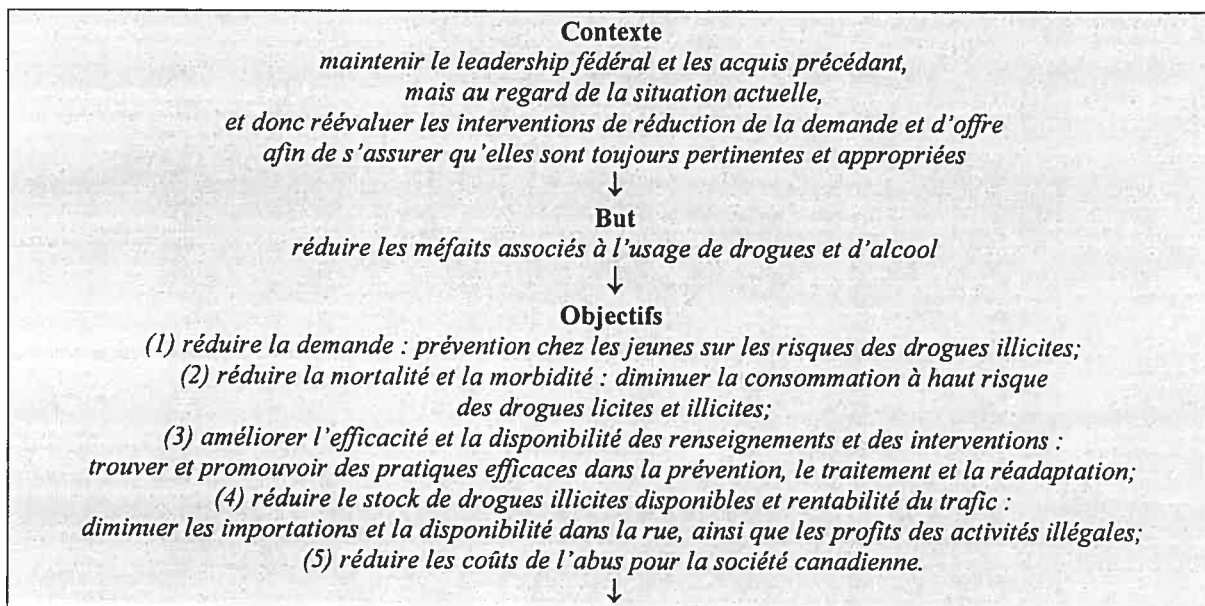
Les fronts d'action sont ceux (1) du développement de la recherche et des connaissances, (2) de la diffusion des connaissances, (3) des programmes de prévention, (4) des programmes de traitement et de réadaptation, (5) des lois, de l'application et du contrôle, (6) de la coordination nationale et (7) de la coopération internationale.

Les orientations futures et les priorités sont :

- La réduction des méfaits et ses nouvelles formes de traitement;
- La reconnaissance de ce qui a été efficace et l'évaluation des meilleures pratiques;
- Les besoins des jeunes et des jeunes adultes qui doivent être pris en compte;
- L'UDI et le VIH, les décès par surdose et la facilitation de l'accès à la méthadone;
- Le mauvais usage et l'usage abusif de médicaments chez les aînés;

Le contexte de la SCA est de maintenir les actions et le leadership fédéral acquis dans les deux stratégies précédentes, mais au regard de la situation actuelle : celle-ci se traduit par une diminution du taux d'abus d'alcool et de drogues (mais dont les méfaits sont encore importants), et par une augmentation considérable de l'usage de drogues chez les jeunes. La propagation du VIH chez les UDI et l'usage de médicaments chez les aînés sont une préoccupation majeure. Selon la SCA de 1998, la situation par rapport aux drogues change continuellement. Il faut donc réévaluer constamment les interventions de réduction de demande et d'offre afin de s'assurer qu'elles sont toujours pertinentes et appropriées.

Dans ce discours, on retrouve d'emblée des caractéristiques essentielles traduisant la présence de l'approche de RDM : la notion de méfait telle qu'exprimée par les problèmes associés à l'abus, des éléments conceptuels tels que *l'humanisme* et *le pragmatisme* dans l'annonce d'une rupture face à l'abstinence et à la prohibition. Mais aussi la présence de la problématique du sida, de l'UDI et de *pratiques reconnues*.



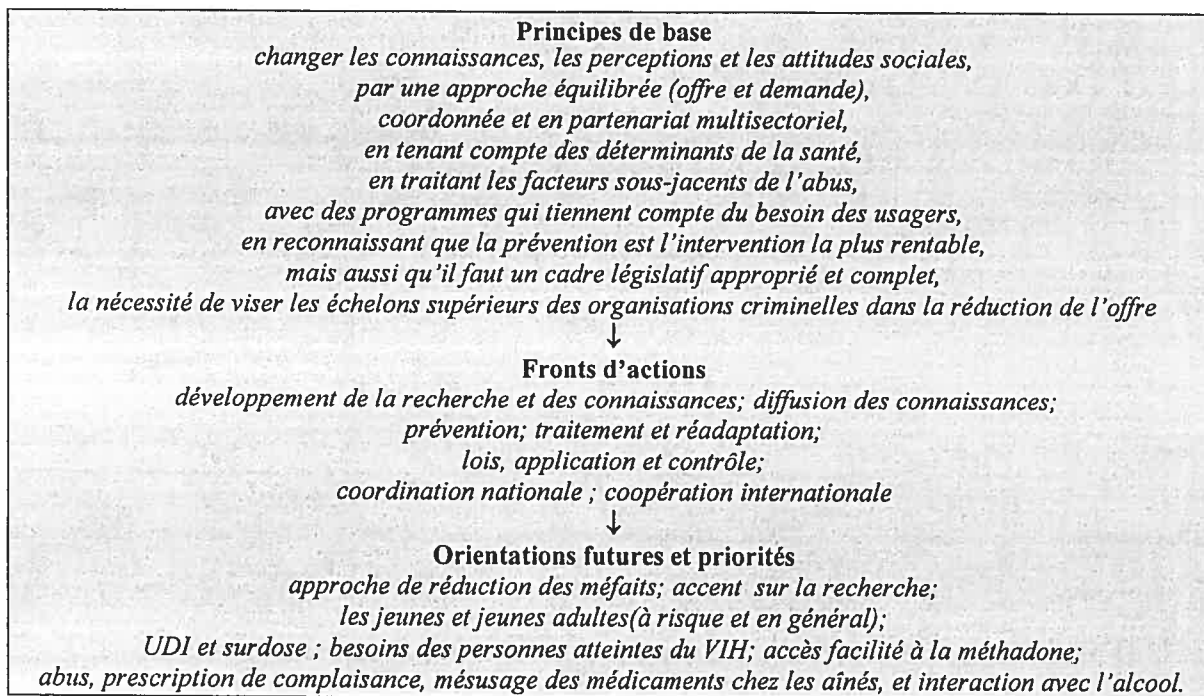


Figure 5 : La stratégie d'action fédérale de 1998

1-3-3 Le leadership ministériel en 1998

Le fait que la problématique des drogues soit perçue avant tout comme un problème de santé plutôt que d'application de la loi, le maintien du secrétariat de la SCA au sein de Santé Canada et celui-ci dans le rôle de ministre directeur de la SCA sont autant de signes du leadership ministériel de Santé Canada (et de la santé) au dépend de celui du ministre du Solliciteur général (la sécurité) dans la problématique des drogues au Canada.

1-3-4 Conceptualisation de la RDM

Bien évidemment, nous avons de nombreux éléments de RDM. En effet, le discours fédéral signale une rupture explicite face à l'abstinence et à la prohibition, ainsi qu'un processus de définition (avec toutefois des dimensions qui relèvent de la définition maximum, donc non consensuelle au sein de l'approche) autour des concepts clés de l'approche (*humanisme, pragmatisme*). Nous retrouvons aussi un lien explicite avec le phénomène du sida ainsi que des *pratiques reconnues* comme appartenant à l'approche de RDM (distribution seringues, méthadone, etc.). La RDM est donc belle et bien présente dans le discours en 1998.

Tel que pressenti dans la phase II, nous assistons ici à l'institutionnalisation de la RDM et de ses pratiques dans l'agenda politique fédéral. En effet, tous les éléments de RDM, tels

qu'identifiés dans la grille d'analyse (GVDA4), sont présents dans le discours de la SCA. Le CCLAT est identifié comme le mécanisme institutionnel principal dans l'adoption et l'introduction des politiques de RDM⁷⁴. Il est défini comme un partenaire important dont le rôle s'oriente indéniablement vers des objectifs de RDM (SCA, 1994), « *une organisation autonome à but non lucratif [...] dont la composition du conseil reflétera les objectifs de réduction de l'offre et de la demande de la Stratégie nationale antidrogue* » (SCA, 1988 : 25). Ainsi, il constitue un vecteur important pour l'institutionnalisation de la RDM, qui doit refléter, dans la composition de son conseil, les objectifs de réduction de la demande et de l'offre. Toutefois, et pour mieux comprendre le processus d'institutionnalisation des pratiques et de l'approche de RDM, il restera à comprendre en quoi et comment l'introduction de la RDM s'insère dans la logique progressive instaurée depuis le début de l'apparition des SCA. La poursuite de l'analyse horizontale nous fournira certainement ces renseignements.

1-3-5 Conclusions : la SCA de 1998

La SCA de 1998 répond au besoin de maintenir le leadership fédéral et les acquis précédents, mais au regard de la situation actuelle. Il faut donc réévaluer les interventions de réduction de l'offre et de la demande pour s'assurer qu'ils sont toujours pertinents. Pour ce faire, la recherche prendra une importance renouvelée et encore plus considérable qu'auparavant au sein de la SCA de 1998, afin de tenir compte des déterminants de la santé et des facteurs de risques associés à l'abus d'alcool et de drogues. Les cibles principales en 1998, déterminées par la situation actuelle, sont : les jeunes, chez qui l'abus d'alcool et de drogues a augmenté; les populations associées à l'UDI, à cause du sida, des décès par surdoses et de leurs besoins urgents et spéciaux (prescription de méthadone); et enfin les aînés, qui présentent un abus et mauvais usage de médicaments.

L'étude de la situation actuelle, grâce aux acquis de recherches et aux études nationales des années précédentes, souligne la nécessité d'adopter une approche de RDM au Canada. Dans cette perspective, l'abus d'alcool et de drogues est avant tout une question de santé plutôt que d'application de la loi, une démarche humaine et pragmatique par opposition à des

⁷⁴ Toutefois, son rôle exact joué dans la présence et la conceptualisation de la RDM au sein de l'agenda politique devrait être analysé. Une étude de ses principaux documents soumis au gouvernement et l'analyse de ceux-ci pourraient nous éclairer davantage à ce sujet.

efforts ne visant que l'abstinence. La RDM au Canada se réalise en diminuant la demande, en réduisant la mortalité et la morbidité, en améliorant la disponibilité des renseignements et des interventions, en réduisant le stock de drogues illicites et la rentabilité du trafic (offre), ainsi qu'en diminuant les coûts de l'abus d'alcool et de drogues au Canada. Il s'agit donc d'un modèle général où les objectifs de réduction de l'offre et de la demande en sont des moyens.

En 1998, le domaine de la santé, et plus particulièrement Santé Canada, semble avoir maintenu son leadership dans la représentation et la conceptualisation de la problématique des drogues au Canada. Ce processus est cristallisé par la pénétration et l'institutionnalisation des stratégies de RDM au sein de l'agenda politique. L'application de la loi et le modèle d'abstinence sont relayés au second plan, du moins dans le discours. Le domaine de la répression est définitivement imputé au trafic et aux échelons supérieurs des organisations criminelles, tandis que l'abstinence n'est plus le seul objectif acceptable. Ils demeurent toutefois des moyens de réduire les méfaits dans une perspective globale, où la prévention est considérée comme l'approche la plus rentable dans un cadre législatif complet et approprié.

2- Analyse horizontale

2-1 Évolution de la problématique

2-1-1 Les causes

De causes existentielles à sociales

Dans la SCA de 1987, *les causes* de l'abus sont davantage énoncées en terme existentiel que social car elles sont liées à la condition humaine en général. En effet, l'usage et l'abus sont énoncés comme des conséquences des problèmes de l'humanité : se divertir, diminuer le stress et l'anxiété, ou faire face aux défis reliés à l'existence. *Les causes* sont donc centrées sur l'individu en tant qu'être humain, mais ne ciblent personne en particulier ou, du moins, visent tout le monde dans son humanité (tout le monde est à risque). Dans la SCA de 1998, phase III (SCA, 1998), *les causes* de l'abus sont énoncés comme étant les « *déterminants de la santé et les facteurs sous-jacents de l'abus* » (SCA, 1998 : 3). Il s'agit de la notion de facteur de risque. La particularité de cette dimension étant d'identifier et de cibler des conditions sociales, des populations ou des comportements particuliers qui

comportent le risque de développer un problème d'usage ou d'abus. Ici, les *causes* sont donc centrées sur l'individu en tant qu'être social et ciblent particulièrement des groupes sociaux à risque. Certains auteurs parlent alors de discrimination positive (Castel, 1995b). Il s'agit donc d'un certain changement dans la conceptualisation de la problématique de l'abus entre la phase I et 3 : le rationnel passe de causes existentielles à des causes sociales.

2-1-2 Les comportements problématiques

Des problèmes d'abus aux problèmes associés à l'abus

Tandis que dans la phase I, *les comportements problématiques* concernent « *l'abus de drogues et d'alcool* », ceux de la phase III sont représentés par « *les problèmes associés à l'abus* ». Il peut donc s'agir des problèmes tant en amont (les risques de l'usage) qu'en aval (les conséquences de l'usage) de la consommation de psychotropes et surtout de la consommation abusive. Cette terminologie nouvelle illustre que l'abus n'est plus tant le problème que les risques ou les conséquences qui l'entourent. Il s'agit d'une nouveauté au sein de *la problématique* certainement apportée par l'arrivée de la RDM, l'inclusion du continuum d'intervention préventive (notion de risque et de méfait) de Brisson (1997).

La nouveauté de la production et du trafic au sein de la problématique

Une autre nouveauté de la phase III consiste en l'ajout du trafic et de la production de drogues illicites dans *les comportements problématiques*. En effet, lors de la phase I, le trafic et la production sont bel et bien visés dans le plan gouvernemental mais dans la *stratégie d'action*. Ils sont donc des éléments en lien avec l'abus, mais ne constituent que des objectifs d'intervention pour réduire celui-ci. Les introduire dans *les comportements problématiques* lors de la phase III leur confère un rôle certain : ils constituent des cibles visées par la RDM. Celle-ci constitue donc une approche qui permet de diminuer la prévalence de l'usage par la diminution de l'offre, et ce malgré la rupture annoncée face au modèle de la prohibition et de l'abstinence.

2-1-3 Les conséquences

La constance des conséquences individuelles et collectives

Il demeure, tout au long des documents (SCA, 1988, 1994 et 1998), une certaine constance dans l'annonce des conséquences de l'abus en terme individuel et social. Il s'agit de la reconnaissance que les problèmes d'alcool et de drogues ont un impact individuel, mais

aussi collectif sur plusieurs dimensions, soit sur les aspects sanitaires, sécuritaires, économiques et sociaux. Ainsi, l'analyse horizontale révèle une constance dans le rationnel de *la problématique* qui entrevoit un problème individuel et collectif sur plusieurs dimensions liées à l'abus.

2-1-4 L'ampleur

D'une ampleur nationale à mondiale

La phase I de la SCA révèle une ampleur sociale, grandissante, réelle et grave. La phase III, quant à elle, souligne que le problème des drogues touchent tous les pays du monde. Depuis la phase I jusqu'à la phase III, l'ampleur du problème semble se dessiner vers une vision plus large et internationale du problème. S'il ne s'agit pas tant de dire que le problème s'accroît entre la phase I et III, il s'agit alors de préciser que le problème est grand, très grand puisqu'à l'échelle planétaire. L'analyse horizontale souligne alors l'idée contemporaine largement véhiculée de « village global », de mondialisation et d'interdépendance entre les nations.

2-2 Évolution de la stratégie d'action fédérale

2-2-1 Les buts et les objectifs

De la diminution de l'usage à la diminution de ses méfaits

Tandis que dans la phase I de la SCA, le but de la *stratégie d'action* vise la diminution de l'usage (un avenir sans drogue), la phase III consiste à en réduire les méfaits associés. Toutefois, et puisque les deux ne sont pas antagonistes (Brisson, 1997; Riley; 1994), il est bien précisé dans la phase III que la RDM « *constitue une intervention réaliste, pragmatique et humaine par opposition à des efforts ne visant que la réduction de la consommation de drogues* » (SCA, 1998 : 5). Ainsi, la diminution de l'usage n'est pas écartée pour autant, mais elle ne constitue pas le but prioritaire de la *Stratégie*. Un changement, à prime à bord, qui induit une coupure avec la notion d'abstinence.

Des objectifs de plus en plus précis

En 1987 et 1992, les objectifs des SCA consistent à diminuer les torts et réprimer l'abus (notamment par la réduction de l'offre et de la demande). En 1998, la SCA illustre cinq objectifs particuliers (voir section 1-3-2). La particularité de ce changement est de présenter des objectifs qui sont de moins en moins abstraits, et donc de plus en plus mesurables. Il

s'agit certainement d'une réponse aux recommandations du *Cabinet* et du *Bureau du contrôleur général* mentionnées dans la SCA de 1992 (SCA, 1994, voir p44).

2-2-2 Les principes de base

La constance des principes de base

Tout au long des différents documents, nous pouvons constater le maintien de certains concepts clés, les principes de base de la *stratégie d'action*. En effet, la nécessité d'avoir une stratégie équilibrée de réduction de l'offre et de la demande, dans une démarche coordonnée à l'échelle nationale et en partenariat multisectoriel sont les constantes, en plus du postulat cognitivo-comportemental qui demeure de la phase I à la phase III.

Certaines nouveautés

La nouveauté, dans la phase III, sera de spécifier qu'il faille tenir compte de nombreux facteurs (loi de l'effet et facteurs de risque) et de la participation des usagers pour une intervention individuelle efficace. Aussi, la prévention est l'intervention la plus rentable, dans un cadre législatif complet et approprié. Enfin, il sera mentionné la nécessité de viser les échelons supérieurs des organisations criminelles dans la répression du trafic.

Ainsi, l'analyse horizontale souligne une certaine constance dans le plan gouvernemental et dans son action sous-jacente, un maintien des mécanismes institutionnels et des postulats qui l'accompagnent, avec un accent toutefois sur l'importance de la prévention, des facteurs de risque et des déterminants de la santé, dans un cadre législatif adapté.

2-2-3 Les fronts d'action

La constance des fronts d'action

De la phase I à la phase III de la SCA, nous constatons, globalement, un certain maintien des fronts d'action de la Stratégie. En effet, les grands domaines que sont la prévention, l'information, le traitement, l'application de la loi et le contrôle, la perspective nationale et internationale demeurent. Toutefois, une certaine réorganisation intervient, notamment par la plus grande importance attribuée à la recherche et au transfert de ses résultats. Déjà, dans la phase II, l'importance renouvelée à la recherche était mentionnée, notamment à travers des études de portée nationale et la comparaison des problèmes entre les provinces. Aussi, la nécessité d'évaluer, en plus des résultats et du processus, l'incidence de la Stratégie

traduit encore une fois cette importance accordée à la recherche. De plus, un des objectifs explicite de la phase III est d'améliorer l'efficacité et la disponibilité des renseignements et des interventions. Ainsi, une certaine réorganisation des fronts d'action intervient, qui illustre principalement une importance renouvelée et accentuée dans le domaine de la recherche. Ce processus est confirmé aussi dans les buts et objectifs de la Stratégie (leur aspect mesurable).

2-2-4 Les priorités et les orientations futures

Des drogues licites vers celles illicites

Dans la phase I, les priorités sont davantage orientées vers les drogues licites, l'alcool puis les médicaments qui sont les substances les plus en causes dans les toxicomanies selon la SCA. Ensuite vient l'usage et le trafic de drogues illicites. La phase III semble mettre davantage l'emphase sur les drogues illicites, notamment par l'accent porté sur les méfaits de l'UDI (morts par surdoses et infection au VIH) qui constituent une préoccupation majeure. L'accès facilité au traitement à la méthadone pour les opiacés, ou encore la mise à l'essai de nouvelles formes de traitement pour les opiacés et la cocaïne sont aussi des priorités. Ce virage dans les priorités au niveau des substances n'est certainement pas étranger avec l'adoption nouvelle de l'approche de RDM. Concernant les substances licites, il s'agit de l'abus et du mauvais usage de médicaments chez les aînés. Le processus de priorisation au niveau des substances semble donc s'être renversé parallèlement au changement de modèle de référence.

La constance de la préoccupation pour les jeunes

Dans la phase I, la population majoritairement visée est les jeunes en général, dont bon nombre d'entre eux ne consomment pas (mais aussi leurs parents). Pour la phase II, il s'agit des jeunes difficiles à atteindre, soit les jeunes à risque et les jeunes de rue. La phase III illustre un attrait maintenu pour les jeunes, chez qui l'abus d'alcool et de drogues augmente, et notamment les jeunes de rue. Un attrait nouveau pour les jeunes adultes est présenté. L'analyse horizontale souligne donc l'intérêt constant pour les jeunes dans l'ensemble des SCA avec une préoccupation grandissante pour les jeunes marginaux.

Quelques constantes

Tandis que dans la phase I, un accent principal est porté sur les professionnels de la santé, la phase II illustre plutôt un attrait particulier pour les personnes actives auprès des jeunes (professionnels de la santé, enseignants, conseillers des centres de traitement, etc.). Toutefois et tout au long des différents documents, un attrait pour les autochtones, les femmes, les aînés, le milieu du travail, les détenus et les contrevenants avec facultés affaiblies est apparent, mais dans des priorités et pour des raisons variables. Les femmes sont visées puisqu'elles étaient exclues d'office des régimes de financement fédéraux concernant l'alcool et les drogues (SCA, 1988). Elles constituent aussi les parents ou futurs parents. L'utilisation des substances psychotropes en milieu du travail est aussi l'objet d'attention constante puisqu'elle induit une perte de productivité et des accidents de travail. La préoccupation redondante pour les détenus vise à éviter la récidive des crimes commis sous l'influence de l'alcool et des drogues. Les aînés sont particulièrement visés pour leur utilisation inadéquate des médicaments prescrits. Les autochtones, quant à eux, font l'objet d'un intérêt soutenu au sein des trois documents par leur utilisation abusive des substances psychotropes. Le cap maintenu envers ces populations particulières, en plus des autres groupes ciblés, souligne la nécessité de l'interventionnisme de l'État dans à peu près tous les secteurs de la population.

2-2-5 Le contexte

De rééquilibrer l'approche fédérale à réaffirmer l'approche équilibrée

Dans la phase I, le contexte de la SCA stipule la nécessité de rééquilibrer l'approche fédérale (uniquement axée sur la diminution de l'offre). La phase II réaffirme cet équilibre (offre et demande), tandis que la phase III souligne la nécessité de le maintenir et d'une collaboration étroite entre le domaine de l'application de la loi et celui de la santé. Non seulement, les deux domaines doivent demeurer, mais aussi collaborer. La phase III soutient aussi la nécessité de maintenir les actions et le leadership fédéral acquis, mais au regard de la situation actuelle. Aussi, puisque le contexte change continuellement, il faut réévaluer constamment les interventions de réduction de demande et d'offre afin de s'assurer qu'elles sont toujours pertinentes et appropriées (SCA, 1998). En d'autres mots, le leadership fédéral, aux deux mécanismes institutionnels (santé et sécurité), doit demeurer au sein des contextes auxquels il doit s'adapter.

2-3 Évolution du leadership

Un leadership croissant pour la Santé

Dans la phase I, nous constatons une position de leadership ministériel occupée par la santé. Ce constat se base sur un discours officiel en faveur de cette position de leadership au sein de la SCA. Toutefois, lors de la phase II (dans un rappel du contexte de la phase I), la SCA nous apprend que le leadership des quatre premières années de la phase I dépendait principalement de la nature des programmes. Toujours au cours de cette deuxième phase, on signale que Santé Canada occupe une position de leadership en précisant, toutefois, la nécessité de réaffirmer le bien-fondé du domaine de l'application de la loi et du contrôle, notamment en lui donnant une fonction consultative au sein du secrétariat. Ainsi, de la phase I à la phase II, il semble se dessiner une certaine compétition ministérielle pour le leadership. Si Santé Canada semble gagner cette course au leadership, la SCA de 1992 (phase II) semble rappeler la nécessité des agences de contrôle et d'application de la loi, de leur expertise et de leur voix dans la problématique des drogues au Canada. Un message qui sera d'ailleurs accompagné d'une recrudescence des moyens de répression durant la décennie (Dion, 2000). Encore une fois, le discours dans la phase III annonce explicitement le leadership ministériel de Santé Canada, en précisant, toutefois et à plusieurs reprises, la nécessité d'une étroite collaboration entre le domaine de la sécurité et celui de la santé (SCA, 1998). Ainsi, malgré la position de leadership de Santé Canada acquise au fil des SCA, l'analyse horizontale révèle que les *Stratégies* fédérales ont bien deux axes : le domaine de la santé et celui de la sécurité qui semble participer à une course constante au leadership ministériel dans la gestion des problématiques reliées aux drogues. Cette compétition trouve un consensus dans une séparation des compétences institutionnelles.

2-4 Évolution de la conceptualisation de la RDM

D'inexistante à prédominante dans le discours

Tandis que dans la phase I, l'approche de RDM semble inexistante, la phase II semble introduire ce paradigme (via le CCLAT) qui prendra ses assises au cours de la phase III. En effet, le discours fédéral dans la SCA de 1998 (phase III) pour définir sa stratégie globale se réclamera de constituer une approche de RDM. L'analyse horizontale indique donc que la conceptualisation de la RDM est passée de inexistante lors de la phase I à prédominante au cours de la phase III. Si l'approche de RDM est le modèle en place dans la *Stratégie*

fédérale pour gérer l'usage psychotrope, il serait intéressant d'étudier plus en profondeur cette conceptualisation de la RDM afin d'en découvrir les enjeux et les limites.

2-5 Conclusions sur l'évolution des SCA : une reconstruction historique et conceptuelle

Concernant la problématique, le passage de causes existentielles à sociales illustrent un processus de discrimination positive face à certaines populations jugées à risque. Le passage de l'abus aux problèmes associés à l'abus traduit alors de nouvelles directions sur les risques et les conséquences de certains comportements individuels de consommation. Dès lors, la constance de la notion de méfait individuel et collectif engendre l'idée que ces populations et ces comportements sont nuisibles pour elles-mêmes, mais aussi pour l'ensemble de la société. Plus encore, ces comportements engendrent un impact grandissant et planétaire.

L'évolution du contexte au sein des SCA souligne le passage de la nécessité de rééquilibrer l'approche fédérale (offre et demande, phase I), à celle de confirmer l'équilibre (phase II), pour enfin maintenir cet équilibre (phase III) dans une collaboration étroite entre les deux secteurs. Le domaine de la sécurité et de la santé, via leur deux mécanismes principaux (offre et demande), sont donc présentés comme une nécessité qui doit demeurer. Ces démarches se font à travers plusieurs fronts d'action (prévention, traitement, réadaptation, lois et contrôle, recherche, perspective nationale et internationale) qui seront constants tout au long des *Stratégies*. Toutefois, la phase III ne manquera pas de stipuler que les contextes changent et qu'il faut donc réévaluer les interventions de réduction de l'offre et de la demande afin de s'assurer qu'elles sont toujours pertinentes.

Ce changement de contexte est alors illustré par le passage d'un but d'abstinence à celui de réduire les méfaits, qui traduit un changement conceptuel dans la *stratégie d'action fédérale*. L'abstinence n'est pas écartée pour autant, mais elle ne constitue simplement pas une priorité. Ce changement de référent conceptuel est aussi appuyé par le fait que le phénomène des drogues est perçu, au Canada, comme un problème de santé plutôt que d'application de la loi. Ainsi, la prévention est considérée comme l'intervention la plus rentable et doit s'inscrire dans un cadre législatif complet et approprié. Toutefois, et malgré la rupture explicite (discours), l'abstinence et la prohibition restent des mécanismes

légitimes (moyens) pour réduire les méfaits (but), puisqu'ils sont parmi les objectifs de la SCA.

Les objectifs des SCA s'avèrent de plus en plus précis et mesurables à des fins de recherche et d'évaluation. Une orientation qui n'est pas sans lien avec les visées de recherche qui trouvent une importance et une légitimité de plus en plus accrue au sein des SCA. Ces avancées de recherches ne sont pas non plus innocentes pour l'orientation et le ciblage des problématiques et des populations particulières. C'est ainsi que les priorités principales passeront des drogues licites dans la phase I aux drogues illicites dans la phase III, où les jeunes constitueront un attrait constant (de tous les jeunes à ceux les plus à risque). De la même manière, les femmes, les détenus et les contrevenants (facultés affaiblies), les autochtones, le milieu du travail ainsi que les aînés seront priorisés. Ces orientations, en plus des autres populations ciblées (UDI), traduisent alors la nécessité de l'interventionnisme de l'État central, et donc de son leadership et de son rôle sur la scène nationale.

Le CCLAT, créé lors de la phase I, s'oriente indéniablement vers des objectifs de RDM dès le départ. Il est donc un vecteur important pour l'institutionnalisation de la RDM et de sa place centrale dans la SCA de 1998. Il constitue un partenaire important, dont l'orientation sanitaire et sociale lui assure un leadership auprès de Santé Canada. Pour sa part, Santé Canada s'assure un certain leadership grandissant au sein de l'État central, par une définition sanitaire du problème des drogues induite progressivement depuis le début des SCA et dans un contexte favorable (motivation politique à rehausser la définition des drogues en termes sanitaires). Ces deux organismes se renforcent donc mutuellement dans leur maintien et dans leur rôle. Toutefois, la composition du conseil du CCLAT doit refléter les objectifs de réduction de la demande et de l'offre. Il est donc aussi un vecteur important de leur maintien dans la problématique des drogues au Canada, le reflet d'un juste équilibre. Cet équilibre est alors illustré par un consensus, un discours qui sépare progressivement au fil des SCA les compétences institutionnelles (la loi pour l'offre et les trafiquants, la santé pour la demande et les usagers), jusqu'à une rupture plus explicite dans la phase III. Le rôle indéniable du CCLAT dans le domaine de la recherche, l'expertise et les connaissances qu'il rassemble, ainsi que les suggestions stratégiques qu'il effectue ont

donc un impact certain sur les décisions politiques et les conceptualisations qui en découlent.

La nécessité de la coordination nationale fait l'objet de constance tout au long des SCA. Il en est de même pour la nécessité de maintenir un partenariat, multisectoriel et entre tous les paliers de gouvernements, qui attribue une place centrale au gouvernement fédéral qui coordonne ce partenariat. Il bénéficie alors d'un leadership qui s'effectue d'une approche descendante (phase I) à une approche ascendante (phase II) où les provinces et les collectivités assument leur problème de drogue (diagnostics et solutions). Le gouvernement central assure l'uniformisation et la coordination des messages (programmes, idées, etc.), ainsi que l'attribution des budgets qui leur sont associés. La phase III insistera alors sur la nécessité de maintenir ce leadership, tant au niveau national qu'international. Le gouvernement fédéral intervient dans un domaine (la santé) où les provinces jouaient jusque là le plus grand rôle. Ainsi, si Santé Canada est à même d'assurer le leadership du gouvernement central dans ce domaine, celui-ci le lui rend bien en positionnant le ministère de la Santé en « leader » par rapport aux autres ministères.

DISCUSSION

Tout d'abord, il faut noter que seule la SCA de 1998 (phase III) révèle une approche de RDM telle que conceptualisée par une grille d'évaluation (GVDA4). Ainsi, l'analyse critique de la conceptualisation de la RDM au sein de l'agenda politique canadien portera, bien évidemment, uniquement sur la SCA de 1998 (phase III). Nous verrons que si nos analyses signalent un discours en faveur d'une politique de RDM, certains éléments limitent le bien-fondé de cette conceptualisation particulière et la réelle appartenance conceptuelle de la SCA avec des politiques de RDM.

Un but plutôt qu'une stratégie

Dans la phase III, la RDM semble se conceptualiser comme un modèle général, un but plutôt qu'une stratégie. Un exemple de cette affirmation est illustré lorsque la SCA stipule que « *le but à long terme de la Stratégie canadienne antidrogue est de réduire les méfaits associés à l'alcool et autres drogues chez les individus, les familles et les communautés* » (SCA, 1998 : 5). Ainsi, la RDM est le but principal auquel on subordonne des moyens pour y parvenir. « *Le gouvernement du Canada croit que la réduction des méfaits associés à*

l'alcool et autres drogues se fait au moyen de cinq buts et des objectifs qui en découlent » (SCA, 1998 : 5). Ces moyens sont énoncés comme étant (1) la réduction de la demande de drogue, (2) la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux drogues, (3) l'amélioration de l'efficacité et de la disponibilité des renseignements sur l'alcool et les autres drogues ainsi que des interventions, (4) réduire le stock de drogues illicites ainsi que la rentabilité du trafic des drogues illicites, et enfin (5) réduire les coûts de l'abus de l'alcool et des autres drogues à la société canadienne. La particularité de ces objectifs consiste à ne pas être directement associés à des politiques particulières. Toutefois, lorsque ces objectifs sont analysés plus en profondeur en fonction des buts qu'ils visent réellement, trois politiques distinctes sont illustrées : la réduction des méfaits, de la demande et de l'offre. Dès lors, la RDM est considérée à la fois comme une approche avec ces actions propres, mais aussi et surtout comme une perspective globale qui surplombe les politiques de réduction de l'offre et de la demande qui en deviennent des mécanismes d'application (voir figure 6) ⁷⁵. En d'autres mots, tandis que le but général est de diminuer les méfaits associés à l'abus, la réduction de l'offre et de la demande en sont des moyens pour y parvenir.

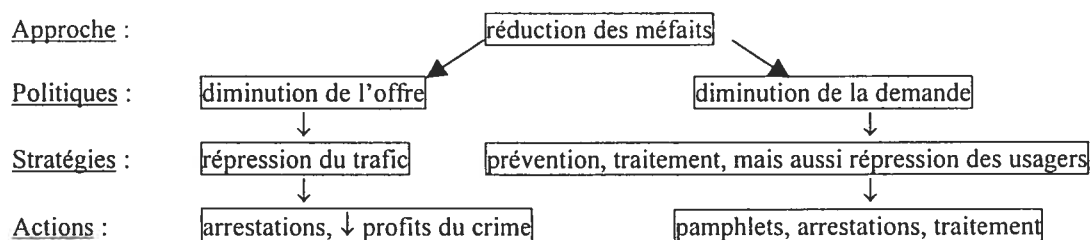


Figure 6 : schéma conceptuel de la RDM au sein de la *Stratégie* :

Selon Brisson (1997), il est important de distinguer la RDM comme moyen et comme but. Si toutes les approches en régulation de l'usage psychotrope visent à réduire les méfaits, toutes n'utilisent pas des stratégies de RDM. Par exemple, et selon l'auteur, un policier qui procède à une arrestation vise bien à réduire les méfaits des drogues, sans pour autant utiliser une stratégie de RDM. Le danger de ce type de conceptualisation est de voir apparaître une association entre des pratiques et des approches aux fondements contradictoires. Et c'est précisément ce qui semble se dessiner dans la SCA de 1998 (phase

⁷⁵ Nous n'avons pas symbolisé dans la figure les actions propres de la RDM. Il ne s'agit pas de soutenir qu'elles n'existent pas mais plutôt de souligner le but de ce schéma, qui consiste à illustrer la relation entre la

III) où le discours fédéral amalgame la RDM comme but et comme moyen. Cette conceptualisation n'est pas sans conséquence : les stratégies de RDM s'effectuent au travers des modèles d'abstinence, et ce malgré la rupture effectuée à cet égard.

L'absence de réelle rupture face à l'abstinence

Puisque la réduction de l'offre et de la demande sont perçues comme des moyens de réduire les méfaits des drogues, nous constatons l'absence de réelle rupture par rapport au modèle de l'abstinence, et ce malgré l'annonce explicite de celle-ci dans le discours gouvernemental. En effet, les principes de diminution de la demande et de l'offre renvoient tous les deux à la diminution de la prévalence de l'usage. Ainsi, par ces mécanismes, l'État vise prioritairement et principalement l'abstinence. Par conséquent, ils ne peuvent être annoncés comme des stratégies de RDM qui prétend justement effectuer une coupure face à ces principes. Nous constatons ici une première limite de la conceptualisation actuelle de la RDM au sein de l'agenda politique canadien. Comment un tel amalgame peut-il se créer sur des dimensions si fondamentales de la RDM ? Cette incompatibilité n'est pas sans conséquence pour l'avenir des stratégies de RDM qui pourraient être perçues, dans ce contexte, davantage comme un instrument politique plutôt qu'une intervention humaniste et pragmatique.

Si la SCA (1998) utilise le vocable de la RDM et ses principes fondamentaux assujettis (*pragmatisme, humanisme, rupture*), il faut toutefois remarquer que la conceptualisation présentée de l'approche constitue un but qui en cache un autre : la diminution de l'usage. Les stratégies de RDM sont donc récupérés dans une autre perspective. Les institutions et les agences prohibitives ne peuvent être des mécanismes de RDM de par les rôles et les objectifs qu'elles visent. Une telle conceptualisation, sans respect pour les principes fondamentaux de l'approche, ne peut être perçue que comme une utilisation abusive de la RDM à des fins politiques. Ils restent à découvrir quelles sont-elles ? Une chose est sûre, cette conceptualisation permet aux mécanismes prohibitifs de se maintenir, malgré l'annonce d'une rupture explicite à leur égard, et de jouer un certain rôle dans la gestion des risques de l'usage psychotrope.

L'institutionnalisation d'une approche de « gestion des risques »

Nous avons souligné, dans l'analyse horizontale, le maintien constant de la notion de méfait collectif. Puisque cette notion est apparue avant l'émergence des stratégies de RDM au sein des SCA, elle n'a donc pas été induite par la RDM et constitue plutôt l'objet d'un changement paradigmatique plus vaste (Quirion, 2001). Que cette notion devienne un concept inhérent à l'approche de RDM de façon explicite, du moins dans sa présentation au sein de l'agenda politique canadien, illustre alors l'intégration de cette notion au sein de la RDM pour répondre aux objectifs de l'État et obtenir des subventions garantes d'une certaine capacité d'action. Gillet et Brochu (document non publié) relatent que cette notion de méfait collectif fait partie de la définition maximum (non consensuelle au sein de l'approche) qui souligne l'étendue possible des concepts de la RDM. Ainsi, la récupération au sein de la SCA est rendue possible grâce à l'étendue du continuum de définition auquel fait face l'approche de RDM, une conséquence de l'absence de consensus et de la diversité des acteurs qui existent au sein du mouvement. Si cette notion de méfait collectif traduit très certainement la réalité de l'ampleur des conséquences de l'usage de drogues, elle comporte aussi des enjeux non négligeables.

Quirion (2001) constate que l'institutionnalisation des pratiques de RDM au sein de l'État a engendré une transformation majeure des principes clés de l'approche. En effet, les notions *d'humanisme* et de *pragmatisme* se diluent lorsque « *la visée initiale de réponse à des besoins individuels – selon une logique providentialiste – cède le pas à des impératifs orientés vers le contrôle des populations génératrices de risques pour la collectivité* » (Quirion, 2001 : 11). D'ailleurs, selon Lascoumes (1994), le dépistage des groupes à risque remplacera les logiques de promotion de soins. Quirion (2001) signale donc un « *décalage sémantique de la notion de méfait* » qui passe de « *méfais individuels à des méfaits collectifs* », ainsi qu'un glissement conceptuel de la notion de *méfait* au profit de celle de *risque* (Quirion, 2001 : 12). Ainsi, la RDM se transforme peu à peu en « réduction des risques », et même en « gestion des risques » que constituent certaines populations. Ce processus s'effectue à travers l'institutionnalisation de certaines pratiques (programmes de méthadone et de distribution de seringues) qui ne visent plus la réduction des méfaits individuels, mais plutôt la neutralisation de certaines populations et pratiques à risques (UDI) qui contaminent l'honnête citoyen (Beauchesne, 2000; Quirion, 2001), afin d'éviter la propagation épidémique du sida. Il s'agit de l'institutionnalisation de la « gestion des

risques » à travers l'institutionnalisation des pratiques de RDM. L'implication majeure sera la minimisation de l'importance de l'utilisateur (fondement principal de l'approche avec la notion d'*humanisme*) au profit de l'identification des facteurs de risques (Castel, 1991), des populations à risque et de l'intérêt de la collectivité (Quirion, 2001). Et c'est bien dans ce sens que se conceptualise la RDM au sein de la SCA. Nous voyons dans cette démonstration une autre limite de la conceptualisation actuelle de la RDM au sein de l'agenda politique canadien : le risque de stigmatisation des populations que l'approche dessert.

CONCLUSION

L'approche fédérale en matière de drogue consiste à en réduire les méfaits. Il s'agit d'un but général. Pour ce faire, le gouvernement utilise des stratégies de RDM reconnues, mais aussi des stratégies de réduction de l'offre et de la demande. Un imbroglio sémantique et conceptuel se dessine alors entre le modèle de RDM comme moyen (associé à des stratégies particulières telles que la méthadone, la distribution de seringues, etc.), et la RDM comme but général (traditionnellement axé sur les modèles de réduction de l'offre et de la demande). Il s'agit d'une erreur conceptuelle et idéologique car la RDM, avec ses objectifs et ses actions propres, peut s'inscrire dans un cadre général d'abstinence et non l'inverse. Ce problème ne traduit-il pas alors la conséquence possible de l'absence de consensus au sein de l'approche et des vides conceptuels qui y règnent (Gillet et Brochu, document non publié), une récupération de l'approche dans des conceptualisations qui ne lui ressemblent pas ou qui nuisent à son bon fonctionnement?

Si la RDM constitue une priorité pour le gouvernement fédéral, elle ne doit pas pour autant constituer le modèle général. Car une telle conceptualisation se détourne du développement et des fondements de l'approche (*humanisme* et *pragmatisme*) pour des raisons qui appellent à la méfiance. En effet, si à première vue cette position de modèle général est d'un grand réconfort, il comporte un potentiel de risque pour les acteurs et les bénéficiaires de l'approche. Parmi ces dangers, le risque de voir l'approche récupérée à d'autres fins que celles visées initialement, et notamment la possibilité qu'elle constitue un vecteur de maintien et de soutien pour les modèles traditionnels (abstinence et prohibition) desquels elle tente de s'émanciper. Les usagers se verraient alors privés d'une alternative, et les

intervenants en RDM devenir des soldats de l'abstinence et de la prohibition déguisés en « médecins sans frontières ».

Dans une réelle perspective sanitaire concernant les drogues, le but général du gouvernement fédéral ne serait-il pas plutôt de gérer le phénomène des drogues, par la réduction de l'offre (répression du trafic), la réduction de la demande (prévention, traitement et réadaptation orienter vers l'abstinence) et la réduction des risques et des méfaits de l'usage (prévention, traitement et réadaptation intervenant dans l'usage)? La version canadienne à trois dimensions du modèle des quatre piliers de l'approche Suisse (Boggio, Cattacin, Cesoni et Lucas, 1997; Office fédéral de santé publique - OFSP, 1991). Si tel est le cas, la répression des usagers pour possession est perçue comme obsolète et inadéquate pour répondre à ce cadre ou, à l'inverse, le cadre présent n'est pas adapté aux visées gouvernementales. Quoi qu'il en soit, des réflexions, des changements sémantiques et conceptuels, ou des ajustements politiques et structurels doivent émerger. Si l'approche s'est développée, au nom de *l'humanisme* et du *pragmatisme*, à l'intérieur d'une rupture face aux modèles de l'abstinence (thérapeutique et légal), une conceptualisation qui en reprend les fondements dans le discours mais dans le but de réduire l'offre et la demande dans la pratique ne constitue-t-elle pas une utilisation abusive de l'approche? Une récupération à des fins politiques et sociales? Il reste alors à découvrir ces motifs et leurs impact dans la problématique des drogues au Canada.

En résumé, la conceptualisation actuelle de la RDM au sein de l'agenda politique canadien n'est pas sans conséquence et suscitent de nombreuses questions sur les intentions réelles du gouvernement fédéral en matière de drogues. Si la RDM veut continuer de se prévaloir de sa notion d'*humanisme*, d'importantes réflexions sur ses principes ou sur son institutionnalisation devront être effectuées, afin que les interventions servent efficacement les principaux intéressés que sont les usagers de drogues. Car actuellement, l'absence de consensus et les vides théoriques qui demeurent au sein de l'approche (Gillet et Brochu, document non publié) ne sont pas pour répondre aux problèmes de récupération abusive de la RDM. En effet, l'incapacité à statuer, l'absence d'éthique et d'approfondissement des limites conceptuelles de l'approche instaure un continuum de définition et de conceptualisation qui permet à quiconque de récupérer ou d'institutionnaliser l'approche selon ses objectifs, ses intérêts et ses valeurs culturelles.

RÉFÉRENCES

- Beauchesne, L. (2000). Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. III (73-99). Montréal : Gaëtan Morin.
- Berridge, V. (1993). Harm Minimization and Public Health : An Historical Perspective. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to Science*, 55-64. London : Whurr Publishers.
- Bertrand, M.A. (1997). Réflexion sur la décriminalisation et l'intervention. Conférence prononcée dans le cadre des journées de formation et d'études de l'ANPASE, Aix-Les-Bains.
- Bibeau, G. et Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises à travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal : Boréal.
- Boggio, Y., Cattacin, S., Cesoni, M. L. Et Lucas, B. (1997). *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogue*. Genève : Georg.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT). 109 pages.
- Castel, R. (1991). From Dangerousness to Risk. In G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (Éd.), *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*, 281-298. University of Chicago Press.
- Castel, R. (1995b). Les pièges de l'exclusion. Lien social et politiques. *RIAC*, 34 (74). 13-21.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies – CCLAT, (1996). *Harm Reduction : Concepts and Practice*. A Policy Discussion Paper : CCSA National Working Group on Policy.
- Dion, G. A. (2000). Législation nationale et disparités régionales : la cas du Canada. *Psychotropes – Revue internationale des toxicomanies*, 6 (4) : 65-104.
- Duncan, D., Nicholson, T., Clifford, P., Hawking, W. et Petosa, R. (1994). Harm Reduction : An emerging New Paradigm for Drug Education. *Journal of Drug Education*, 24(4), 281-290.
- Erickson, P. G. (1992). *Political Pharmacology : Thinking about drugs*. Daedalus, été, 239-267.
- Erickson, P. (1993). The law, social control, and drug policy : models, factors, and processes. *International Journal of the Addictions*, 28(12), 1155-1176.
- Erickson, P. G.; Riley, D., Cheung, Y. W. et O'Hare, P. (1997). *Harm reduction : a new direction for drug policies and programmes*. University of Toronto Press.

- Fischer, B. (1995). Drugs, communities, and harm reduction in Germany : the new relevance of public health principles in local responses. *Journal of Public Health Policy*, 16(4), 389-411.
- Gillet, M. et Brochu, S. (document non publié). *Les enjeux et les limites du développement de l'approche de réduction des méfaits : une perspective canadienne*. Mémoire de maîtrise, chapitre III, Université de Montréal
- Hankins, C. (1997). *Promoting Harm Reduction Ideas in the International Community*. Texte de la présentation à la 8^{ème} conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Paris, 23-27 mars.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. et O'Hare, P. (1993). *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : from Faith to Science*. London : Whurr Publishers.
- Lascoumes, P. (1994). VIH, exclusions et luttes contre la discrimination. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction de la gestion des risques. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 61-75.
- Marlatt, G. A. (1998). Basic Principles and Strategies of Harm reduction. In G. A., Marlatt, (Eds), *Harm Reduction : Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, 49-66. New York : Guilford Press.
- Ministère de la Justice du Canada, (2000). Questions et réponses sur l'usage de drogues illicites et les infractions en matière de drogues. Ottawa : Gouvernement du Canada
- Nadelmann, E. (1992). *Impasse in drug policy: What are the Options?* Third International Conference on the Reduction on Drug Related Harm, mars, Melbourne.
- Office fédéral de la santé publique – OFSP (1991). Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue. Document de base de l'Office fédéral de la santé publique. Berne.
- O'Hare, P.A. (1992). Preface : A Note on the Concept of Harm reduction. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (Eds.), *The Reduction of Drug-Related harm*. London : Routledge, xiii-xvii.
- Quirion, B. (2001). 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), 479-495.
- Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques. In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol II, 129-145. Montréal : Gaëtan Morin.
- Riley, D. (1996). *The Harm Reduction Model*. Toronto : Harm Reduction Network.

- Strang, J. (1993). Drug Use and Harm Reduction : Responding to the Challenge. In N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to science*, 3-20. London : Whurr Publishers.
- Stratégie nationale antidrogue (1988). Action contre les drogues : Bilan et perspectives nouvelles. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Stratégie nationale antidrogue (1994). Phase II Situation actuelle : Relevons le défi. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Stratégie nationale antidrogue (1998). La stratégie canadienne antidrogue. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, R. E. et Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes : prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. In P. Brisson (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III (279-305). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and Setting : The basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, Conn. : Yale University Press.

CHAPITRE V :
DISCUSSION

Nous allons présenter maintenant une discussion qui tentera d'intégrer les limites et les enjeux présentés dans chacun des articles. Cette discussion se présentera donc en deux parties. La première section consiste à comprendre l'impact des limites du développement de l'approche sur la réalité de la conceptualisation du modèle de RDM dans l'agenda politique canadien. En effet, le contexte de développement de l'approche, soit les enjeux définitionnels et conceptuels, contribue à l'adoption particulière de la RDM dans le contexte canadien. Il s'agit donc d'en identifier les tenants et les aboutissants pour éventuellement suggérer des changements dans un avenir rapproché, tant au niveau du modèle lui-même que des processus d'institutionnalisation propres au Canada.

Aussi, et dans une deuxième section, nous tenterons d'éclaircir la réalité de l'agenda politique canadien pour comprendre son impact sur l'adoption d'une conceptualisation particulière de la RDM propre au contexte du Canada. En effet, l'adoption du modèle de RDM doit correspondre à l'ensemble de l'agenda politique canadien et s'y intégrer. Dès lors, il s'agit, pour le gouvernement central, d'harmoniser au sein d'un modèle général l'ensemble des paradigmes actuels et des intérêts dominants sur la scène politique. Les théories des élites et les processus de compétition ministérielle (course au leadership) serviront de support théorique pour modéliser ces processus.

5-1 Du processus de développement (définition et conceptualisation) de l'approche à la réalité de l'implantation des stratégies (institutionnalisation) au sein de l'agenda politique canadien

L'analyse du développement de la RDM (processus d'émergence et d'émancipation des stratégies) souligne la présence de plusieurs limites inhérentes à l'approche (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre III). Parmi ces limites, l'absence de consensus chez les acteurs concernant de nombreuses positions et concepts importants inhérents à la RDM, l'absence d'éthique et d'approfondissement des limites conceptuelles de l'approche, l'incapacité d'offrir une position universelle et des critères déterminants pour évaluer l'appartenance au modèle (figure 1). Selon Gillet et Brochu (document non publié, chapitre III), ces difficultés entraînent un continuum de définition et de conceptualisation au sein de la RDM, qui comporte le risque de voir l'approche récupérée dans des mentalités qui ne lui correspondent pas et/ou des conceptions qui nuisent à son bon fonctionnement : une

récupération abusive selon des intérêts et des objectifs particuliers à partir des flous conceptuels de l'approche.

L'étude de la conceptualisation particulière de la RDM au sein de l'agenda politique canadien identifie certains problèmes et souligne une récupération abusive de l'approche (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Parmi ces problèmes, nous constatons que l'approche de RDM se conçoit comme un but plutôt qu'une stratégie (figure 1). Cette conceptualisation particulière place la RDM comme le modèle général, dans lequel les objectifs de réduction de l'offre et de la demande (diminution de la prévalence) deviennent alors des moyens de réduire les méfaits. Ce faisant, il en résulte l'absence de réelle rupture face à la notion d'abstinence (thérapeutique et légale) qui constitue un des fondements essentiels de l'approche. Pourtant, Brisson (1997) effectuait déjà une mise en garde sur la distinction entre RDM comme but et comme moyen. Si toutes les approches visent à réduire les méfaits, toutes n'utilisent pas des stratégies de RDM. Cet exemple illustre alors comment les flous définitionnels et conceptuels qui règnent au sein de l'approche permettent de tels dérapages. La compatibilité conceptuelle entre le modèle thérapeutique de l'abstinence et la RDM, ainsi que la présence d'acteurs aux idéaux d'abstinence et aux objectifs sanitaires favorisent la cohabitation des deux modèles. Toutefois, l'absence d'éthique et de positions consensuelles, à titre d'exemple, ne fournissent pas un cadre restrictif sur la nature de cette cohabitation et permettent donc la récupération abusive de l'approche. L'absence de consensus sur le cadre législatif approprié et sur les actions politiques à mener constituent d'autres éléments qui permettent le maintien de la RDM au sein d'un modèle prohibitionniste. Au terme de ces propos, il pourrait donc être intéressant d'étudier plus en profondeur, dans des démarches futures, les dangers de cette association entre les modèles d'abstinence (thérapeutique et légale) et celui de la RDM. Quoiqu'il en soit, actuellement les flous conceptuels au sein de l'approche ne permettent pas d'offrir un cadre solide d'appartenance au modèle qui se voit donc récupéré dans des conceptualisations douteuses. Les acteurs en RDM doivent donc effectuer un processus proactif d'approfondissement des limites conceptuelles de l'approche, par des discussions critiques sur les dangers de récupération abusive du modèle de RDM, et au sein d'une démarche consensuelle qui s'inscrit à l'intérieur d'un processus éthique favorable aux usagers et aux respects des valeurs de l'approche.

Il est constaté aussi une perte de l'humanisme (intervenir sur les méfaits individuels), notion si chère à l'approche, lorsque les stratégies de RDM sont surtout exprimées pour le bénéfice de la communauté, en terme de coûts sociaux et économiques, au travers de la notion de « méfaits collectifs » et de « risques ». Ainsi, lorsque institutionnalisées, et particulièrement au nom du sida, les stratégies de RDM ne semblent plus tant répondre aux bénéfiques des particuliers qu'à l'intérêt de la communauté. Dès lors, les usagers sont responsables des méfaits et des coûts sociaux, ciblés et stigmatisés à cet effet. Au terme de ces propos, il devient raisonnable de se questionner sur les intérêts réels du gouvernement canadien lors de l'institutionnalisation des pratiques de RDM. Là encore, les limites du développement de l'approche (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre III) ne sont pas étrangères à ce phénomène. En effet, les notions de méfaits collectifs appartiennent à des définitions non consensuelles de l'approche (Gillet Brochu, document non publié, chapitre III) et ne reflètent pas une appartenance stricte éthique à certaines valeurs de la RDM (l'humanisme) pourtant déterminantes dans l'émergence et l'émancipation de l'approche. Leur récupération lors de l'institutionnalisation du modèle souligne alors l'impact de l'incapacité à statuer dans la récupération particulière de l'approche, et donc l'incapacité de dénoncer les écarts au modèle d'origine. Cela permet d'inscrire l'approche dans un modèle de gestion des risques sociaux plutôt que de constituer une intervention humaniste visant à réduire les méfaits individuels de l'usage (figure 1). Ces propos soulèvent alors des interrogations sur les dangers associés à la récupération institutionnelle des stratégies de RDM selon les objectifs et les priorités de l'État, des perspectives d'études intéressantes pour des démarches ultérieures. Dès lors, les acteurs en RDM devront fournir un cadre favorable aux processus d'institutionnalisation qui ne dérapent pas des valeurs fondamentales de l'approche⁷⁶ et qui garantissent aux usagers des actions pour leur propre compte et selon leurs intérêts. Il pourrait s'agir, par exemple, de différencier la RDM comme stratégie de prévention et d'intervention au niveau individuel des stratégies de gestion des risques sociaux comme actions institutionnelles qui visent davantage la collectivité; un modèle pour chaque but visé.

⁷⁶ Il est difficile de parler des valeurs fondamentales de l'approche de façon objective lorsqu'on argumente parallèlement à une absence de consensus au sein de l'approche et de mécanisme de contrôle en faveur de celle-ci. Il reste que l'analyse historique et conceptuelle que nous avons effectué souligne certains aspects que nous jugeons déterminants (tel que l'humanisme) et qui doivent justement être discutés pour obtenir le statut que nous leur attribuons... mais qui n'est pas encore acquis puisqu'en construction.

La figure 1 présente un résumé schématique du développement de l'approche, de son intégration dans l'agenda politique canadien, et des enjeux et des limites qui découlent de ces processus. Cette figure synthétise donc les deux articles, soit les chapitres III et IV.

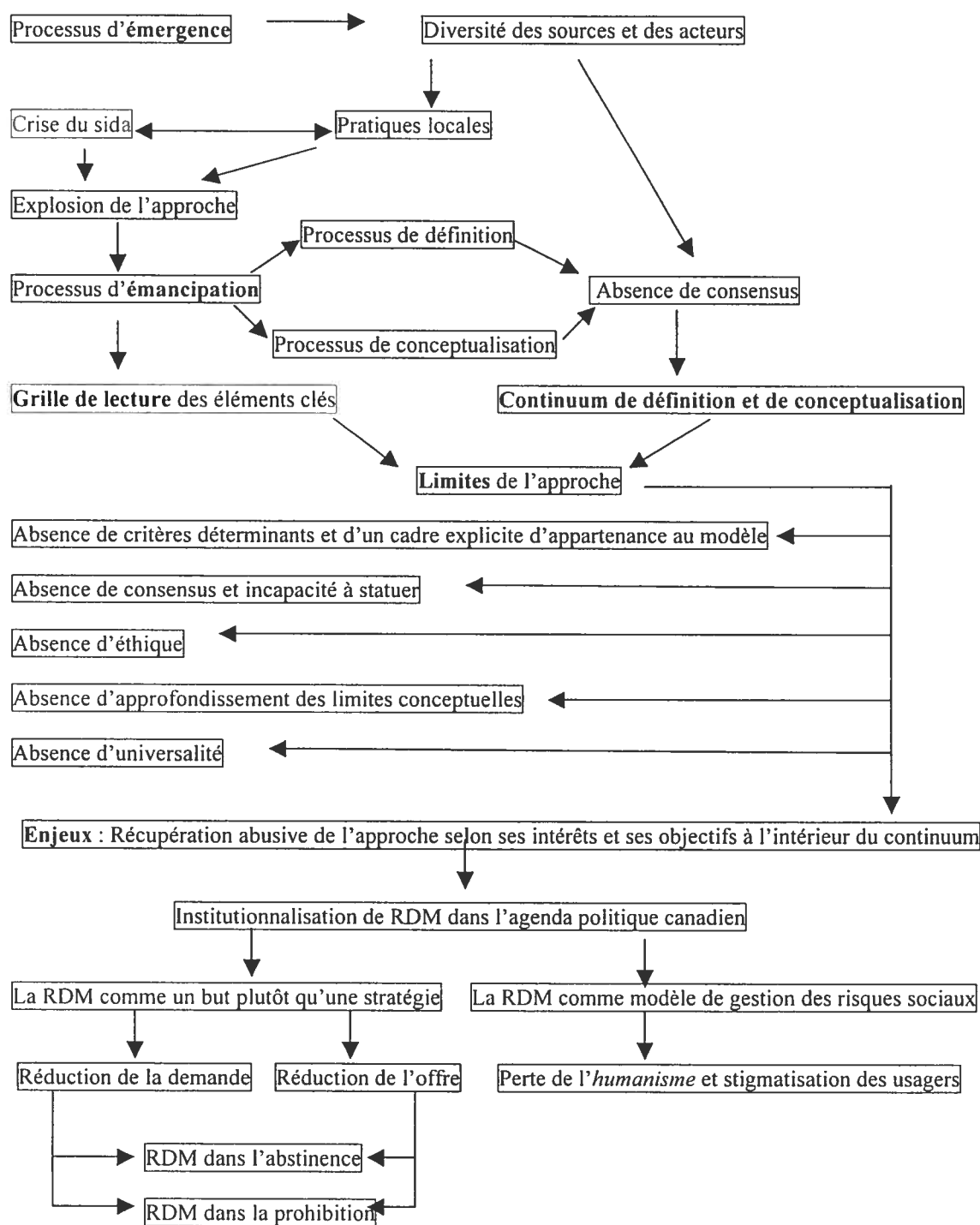


Figure 1 : Schématisation de l'impact du processus de définition et de conceptualisation de l'approche de RDM sur la réalité de l'institutionnalisation des stratégies dans l'agenda politique canadien

Après avoir relevé l'impact du processus de définition et de conceptualisation de l'approche de RDM sur la réalité de l'institutionnalisation des stratégies dans l'agenda politique canadien, nous étudierons maintenant le contexte de récupération institutionnelle du modèle de RDM. Nous illustrerons cette démarche d'institutionnalisation à partir des rôles que représentent les SCA dans l'agenda politique du gouvernement fédéral. En effet, si la conceptualisation présente de la RDM au Canada peut s'expliquer en partie par les limites actuelles du développement de l'approche, l'agenda politique canadien explique aussi les motivations de cette adoption particulière de la RDM (figure 2).

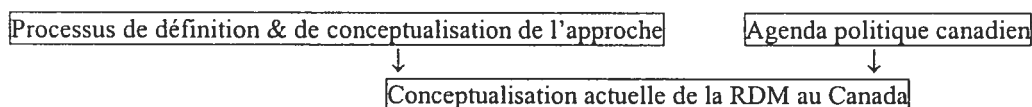


Figure 2 : Les éléments d'influence dans la conceptualisation actuelle de la RDM au Canada

Cette section vise alors à fournir un cadre global d'interprétation sur le rôle actuel de l'État et de ses institutions qui interviennent dans la problématique des drogues. Lorsque les stratégies de RDM sont institutionnalisées, elles doivent nécessairement répondre aux objectifs et aux buts de l'agenda politique actuel (priorités, paradigme, etc.). Ainsi, l'étude de cet agenda peut permettre de mieux comprendre le choix d'une définition et d'une conceptualisation particulière de la RDM parmi le continuum de définition et de conceptualisation possible au sein de l'approche. Ainsi, nous verrons, dans un premier temps, que le rôle des SCA permet l'intégration de la notion de risque, dans un cadre général de gestion des risques tel que définit par le nouveau rôle sécuritaire de l'État. Ensuite, nous démontrerons que les SCA constituent des vecteurs de diffusion des normes que tentent d'instituer l'État central. Enfin, nous soulignerons aussi le rôle des SCA dans le maintien du leadership du gouvernement fédéral sur la scène nationale et internationale.

5-2 L'institutionnalisation de la RDM et de ses pratiques : la récupération du modèle à des fins institutionnelles et politiques

5-2-1 Le rôle des SCA dans l'agenda politique canadien : l'intégration de la notion de risque dans un but sécuritaire

Le rôle de l'État : une fonction sécuritaire dans un paradigme de gestion des risques

Selon Mary (1997), la perte de l'État providence, conséquence du capitalisme et de la mondialisation, entraîne une redéfinition du rôle de l'État qui se traduit par l'accroissement de son rôle sécuritaire. Cette redéfinition se traduit par l'augmentation des politiques de sécurité au dépend des politiques sociales, entraînant du même coup l'augmentation de l'exclusion sociale (Mary, 1997). Ainsi, l'action étatique est principalement basée sur un but de sécurité pour lequel doit se dessiner un objectif : la gestion des risques face à l'insécurité.

Pour Giddens (1991), le nouveau rôle de l'État se traduit par l'émergence et le maintien de la notion de risque, qui devient alors comme la réponse constante dans la gestion des problèmes sociaux. D'ailleurs, Quirion (2001) précise que la notion de risque constitue la grille d'analyse par laquelle l'État définit et gère les problèmes sociaux, en remplacement de la grille providentialiste axée davantage sur les déficits d'intégration. Ainsi, les risques sont associés à des populations spécifiques susceptibles de les générer, où la responsabilité est individuelle et dont l'incidence se mesure à l'échelle sociale. Il s'agit donc, pour l'État, d'assumer une fonction de neutralisation des risques, par l'identification des populations à risque et par leur contrôle social (criminalisation ou médicalisation), plutôt qu'une fonction de normalisation (Castel, 1981). La notion d'insécurité, prédominante dans les préoccupations publiques et politiques de notre époque (Cartuyvels, 1996; Kaminski et Mary, 1999; Mary, 2001) deviendra le leitmotiv pour contrer la menace collective, à l'intérieur de cette reformulation du contrat social (Quirion, 2001).

Le rôle et le fonctionnement des institutions

Les structures visent à institutionnaliser les objectifs de l'État central. Elles sont alors perçues comme des moyens d'intégrer et de diffuser les normes et les valeurs sociales instituées par l'État central. Dans le cas qui nous intéresse, il s'agit donc d'identifier les acteurs sociaux, leurs interactions et les mécanismes qui interviennent dans la définition particulière de la notion de risque.

L'institutionnalisation de la notion de risque : un processus politique élitiste

Définir une problématique

Tout d'abord, pour induire la notion de risque, il faut définir une problématique particulière. Selon nous, l'institutionnalisation d'une problématique consiste en l'intégration formelle (politique et structurelle) d'un exercice classique de résolution de problèmes. Il s'agit, tout d'abord, de définir une problématique et d'identifier ses causes, pour ensuite en évaluer l'impact (identifier la nature et mesurer l'ampleur des conséquences). De là naissent des stratégies et des actions qui, à l'intérieur d'un paradigme particulier et au sein de structures sociales, tenteront de contrôler le phénomène ainsi identifié. Ce processus de résolution de problèmes est nettement identifiable au sein des SCA. D'ailleurs, plusieurs de nos grilles d'analyse (GVDA1 et 2, voir annexe A) se sont construites sur ces observations afin de rendre explicite la problématique abordée par le gouvernement fédéral (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Ainsi, les SCA constituent de bons moyens de rendre explicite la problématique des drogues et la notion de risque qui l'accompagne telles que conçues par le gouvernement central.

Les agents de définition

L'État central et ses ministères, soit la classe politique au pouvoir, constituent l'élite qui définit de façon institutionnelle une problématique particulière. Cette définition s'effectue par le jeu des pressions sociales (les différentes sources qui influencent le pouvoir) et par la compétition interministérielle (institutionnelle) entre les élites (Lindberg et Haynes, 2000). Ainsi, plusieurs sphères sociales tentent d'influencer le gouvernement dans la définition particulière du problème des drogues. Outre les groupes de pressions externes⁷⁷, le domaine des drogues se définit aussi au regard des deux principales institutions influentes qui interviennent dans ses problématiques associées. Il s'agit du système pénal et sanitaire qui mènent une certaine compétition ministérielle et institutionnelle pour la définition sociale des problématiques associées aux drogues, soit respectivement en terme de délinquance d'un côté, et en terme d'enjeux sanitaires et sociaux de l'autre (Gillet et

⁷⁷ Nous n'aborderons pas plus en détail le processus d'influence des pressions externes qui n'est pas l'objet de notre analyse, et qui pourrait constituer un travail d'analyse à lui seul. Mentionnons toutefois que certains de ces groupes (le secteur communautaire, les associations d'utilisateurs, les associations de police, les citoyens, les autres pays, les syndicats, le patronat ou les associations professionnelles, etc.) peuvent faire pressions sur le gouvernement central directement, ou via ses ministères. Les enjeux démocratiques et électoraux obligent le gouvernement à tenir compte de ces groupes et de leur représentation sociale (nombre, importance, pertinence, etc.) ainsi que politique (intérêt au sein du gouvernement).

Brochu, document non publié, chapitre IV). Ces différentes représentations institutionnelles seront donc refléter au sein des SCA afin de permettre l'intégration des notions de risque qui les accompagnent.

L'institutionnalisation de la notion de risque : un processus structurel

L'intégration du risque sécuritaire : le rôle du système pénal

Pour Pirès (1995), l'utilisation du droit pénal est proprement stigmatisant. Ainsi, son recours (utilisation de la force et de la privation de liberté) ne peut se faire que pour des raisons de sécurité, et de façon exceptionnelle (Beauchesne, 2000). Pour Beauchesne (2000), l'utilisation du droit pénal et sa fonction de neutralisation doit constituer un dernier recours dans une démocratie, sinon il s'agit d'une dictature :

« Le droit pénal est une violence institutionnelle grave qui doit être utilisée au minimum, dans les cas de menaces face à l'ordre social, lorsqu'il est impossible à court terme de gérer la situation autrement. [...] l'usage récurant du droit pénal pour maintenir en place une politique est considéré comme un échec de son contenu, soit comme le résultat d'une absence de consensus chez les personnes touchées par la politique, ou encore comme la conséquence d'un manque de soutien étatique adéquat pour en assurer l'implantation. Voir dans le droit pénal une composante d'une politique et non une mesure d'exception revient à accepter, dans le fondement même du rôle de l'État, la légitimité de la violence pour forcer les gens à se conformer à ses décisions (Beauchesne, 2000 : 74).

Ainsi, le recours au droit pénal induit la notion de menace face à l'ordre social, et le processus de répression qui l'accompagne permet donc d'en gérer les risques.

La définition pénale des drogues : l'intégration des facteurs de risques

Selon Kaminski et Mary (1999), la définition pénale des drogues renvoie au fait que la toxicomanie et le toxicomane constituent des prédictors de délinquance. Ainsi, l'usage de drogues ne serait pas tant le problème que les risques qui lui sont associés (délinquance). Ces risques sont illustrés par les modèles économique-compulsif, systémique et psychopharmacologique de Goldstein (1986), que certains auteurs ont déjà analysé dans le contexte canadien (Brochu, 1995; Brochu et al. 2001; Brochu et Schneeberger, 2001).

Bien qu'inefficace comme stratégie de dissuasion (Beauchesne, 1992; Bertrand, 1988a; Cohen, 1989; Engelsman, 1990; Hicks et Petrunick, 1997; Jan Van Vliet, 1990 a et b; Kaplan, 1983; Ruter, 1990; Trebach, 1990 a et b), le recours au droit pénal induit en revanche l'idée de dangerosité et de risque puisqu'il régit des comportements nuisibles pour la société. En effet, les délits pour les drogues s'inscrivent aux même registres que d'autres

comportements dangereux (agressions, meurtres) et prennent donc la même valeur symbolique. Ainsi, la définition pénale des drogues constitue un moyen efficace d'institutionnalisation et d'opérationnalisation de la notion de risque puisqu'elle condamne et sanctionne des comportements susceptibles d'en générer. L'adhésion par le Canada, depuis fort longtemps, à cette définition pénale traduit alors cet objectif d'institutionnalisation de la notion de risque au sein de ses structures. Un rôle qui n'est pas nouveau mais qui reste d'actualité, opérationnalisé par l'adoption du Canada aux stratégies de réduction de la demande (répression des usagers) et de l'offre (répression du trafic) et supporté par les traités internationaux et les lois nationales concernant les drogues.

Les statistiques criminelles comme support empirique

Si la définition pénale des drogues permet l'institutionnalisation de la notion de risque, les agences chargées d'appliquer la loi en sont le moteur. D'ailleurs, les statistiques sur les infractions criminelles concernant les drogues témoignent de l'activité des instances policières dans le processus de criminalisation relié aux drogues.

« En 1999, plus de 50 000 personnes ont été mises en accusation pour des ILD, et environ 400 000 comparutions ont été enregistrées. [...] En ce qui à trait aux 50 000 personnes accusées, 90 % des accusations concernaient le cannabis et la cocaïne. Plus des deux tiers des accusations visaient le cannabis, et environ la moitié étaient des accusations de possession. Pour 17 % des délinquants (soit 3400 personnes), l'infraction la plus grave est liée aux drogues » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001b : 1 et 15).

Les statistiques criminelles constituent le soutien empirique dans le processus d'institutionnalisation de la notion de risque. Les activités policières traduites en nombre montrent bien que le risque est réel et présent dans notre société. Elles viennent donc renforcer la cohésion du système pénal concernant les drogues et en sont une composante importante, particulièrement dans l'intégration de la notion de risque. L'utilisation des statistiques criminelles permet aussi de justifier les budgets et les activités des instances compétentes dans ce domaine. Suite aux arrestations, la prison constitue ce recours extrême pour isoler et neutraliser les populations dangereuses du reste de la société. Là encore les chiffres sont éloquentes : « environ 19 % des délinquants dans le système correctionnel fédéral purgent des peines pour des infractions graves liées aux drogues » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001b : 4).

Les mesures alternatives à l'emprisonnement : un pont entre santé et sécurité

Toutes les infractions liées aux drogues ne se traduisent pas en peine privative de liberté. En effet, au Canada, les années 70 et 80 ont fait l'objet d'un processus de réforme pénale (Landau, 2002). Bien que de nombreux programmes de déjudiciarisation existaient préalablement, c'est dans les années 90 que ce processus est officiellement reconnu par l'adoption du projet de loi C-41. Par exemple, c'est dans ce contexte que la condamnation à l'emprisonnement avec sursis, une peine purgée au sein de la collectivité, naissait de cette réforme (Roberts et LaPrairie, 2000). Plus récemment, les mesures alternatives concernant les drogues renvoient aux pressions judiciaires et aux « Drug Court » (tribunaux spécialisés dans le domaine des drogues) pour inciter les délinquants à suivre des programmes d'évaluation et de réadaptation en toxicomanie : une peine en remplacement de la sanction traditionnelle (Brochu et Schneeberger, 2001). Par exemple, il existe actuellement au Canada des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) pour les toxicomanes accusés de crimes non violents liés à la drogue, notamment celui mis en place en 1998 à Toronto (Sécurité publique et protection civile Canada, 2004).

Seule la SCA de 1998 fait référence à de telles mesures. « *Les lois actuelles sur la drogue contiennent des dispositions visant à encourager le traitement et la réadaptation dans les situations appropriées* » (SCA, 1998 : 11). Ainsi, de telles mesures constituent davantage des suggestions que des obligations. Toutefois, lorsque le traitement permet d'éviter la prison, le chantage fait quasiment office d'obligation. Quoi qu'il en soit, il est peu fait mention dans les SCA de ces mesures alternatives à l'emprisonnement. Pourtant, 42 % des mises en accusation ont entraîné une condamnation sans peine d'emprisonnement (Rapport de la vérificatrice générale, 2001b). Ainsi, les mesures alternatives semblent bien présentes au Canada. Dans un tel contexte, même si ces populations ne sont pas l'objet de réclusion en milieu carcéral, ou envoyées en traitement par des pressions judiciaires, elles subissent le processus de stigmatisation pénal et d'étiquetage social, et les conséquences qui découlent de la présence d'un casier judiciaire (Cesoni et Robert, 1991; Erickson, 1980, 1988).

Si le processus pénal dans son ensemble et son association avec la notion de risque n'ont rien de nouveau, le fait qu'ils soient toujours d'actualité souligne leurs rôles bien présents dans le contexte canadien. Toutefois, certaines données de la situation canadienne

(ministère de la Justice, 2000; Dion, 2000) laissent entrevoir un certain recul du recours à l'emprisonnement, au profit de démarches inscrites au sein du système social. Mais là encore, ces démarches émergent d'un processus de criminalisation et sont appuyées par le système pénal, ce qui incitent certains auteurs à se questionner sur un processus de double stigmatisation (Beauchesne, 2000), d'autres sur une tendance à la « pénalisation du social » (Mary, 1997), ou encore à savoir si l'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie est vraiment efficace et nécessaire (Brochu et Schneeberger, 2000; Schneeberger et Brochu, 2000; Brochu et Schneeberger, 2001), ou tout simplement souhaité par les intervenants pour maintenir les individus en traitement (Schneeberger et Brochu, 1999) ? C'est dans cette perspective critique qu'interviennent tous les débats autour de la réadaptation, notamment ceux sur la relation d'aide en contexte d'autorité (Groulx, 1995) ou encore sur la discrimination positive (Castel, 1995b). Quoi qu'il en soit, les mesures alternatives constituent ce pont entre le domaine de la santé et celui de la sécurité, un exemple de la nécessité de collaboration entre les deux domaines.

L'intégration du risque sanitaire : le rôle de la prévention et de l'éducation dans le système social

La prévention et l'éducation constituent des piliers du système social. Dans le domaine de la santé, Malherbe (1994) montre que le concept de risque émerge d'une idéologie positiviste sur laquelle les pôles médical et scientifique posent leurs assises. L'auteur constate que le domaine de la prévention médicale articule, dans ses prétentions, « *un pouvoir absolu sur la maladie et la mort* » ainsi qu'un « *savoir absolu qu'elle se targue de posséder sur ce qui est bon pour l'homme (savoir qui la transmuterait en morale)* » (Malherbe, 1994 : 12). Dès lors, la prévention véhicule les concepts de risque, de sécurité, de vie, de maladie ou de mort, à partir d'une vision cartésienne, mécaniciste et causaliste où bien souvent les médecins confondent « *corrélation statistique* », « *facteur de risque* » et « *cause* ». Le chemin n'est pas long pour confondre « *facteur de risque statistique* » et « *risque individuel* ». Quoi qu'il en soit, ces critiques montrent surtout que la notion de risque, bien présente dans le domaine de la santé, trouve un vecteur de diffusion lorsque le domaine de la prévention contribue à son intégration sociale. La prévention est alors un moyen d'intégrer la notion de risque au regard de la définition institutionnelle de la maladie. Dans ce sens, la prévention est une stratégie de diffusion de la norme sanitaire et sociale pour contrer les risques d'écart à celle-ci.

Au Canada, un exemple du message préventif visant à institutionnaliser la notion de risque émerge lorsque la SCA de 1987 stipule que :

« Cause de blessures et de décès survenus dans les accidents de la route, il [l'abus] entraîne une baisse de productivité au travail et il représente un fardeau de plus en plus lourd pour nos services médicaux et juridiques, ainsi que pour les organismes chargés d'appliquer la loi. [...] Qu'il s'agisse de la perte de potentiel humain, de la destruction de la santé physique et mentale, de la rupture des mariages et de l'éclatement des familles, ou de l'érosion de l'ordre social et de la paix dans les collectivités, ces pertes, directement ou indirectement, n'épargnent personne. L'abus des drogues est un problème de société dont les coûts humains et économiques sont inacceptables » (SCA, 1988 : 5).

Dans cet exemple, les risques sont figurés par la panoplie de conséquences causées par l'abus, ceux qui concernent le domaine social, et particulièrement celui de la santé. En 1998, le message est encore plus clair puisque les objectifs de la SCA visent à « *accroître la compréhension des risques associés à l'usage de drogues illicites* », ainsi que « *réduire la consommation à haut risque de l'alcool et autres drogues* » (SCA, 1998 : 5). Lorsque bien communiqué, le message préventif constitue alors le début d'un processus de façonnement social :

Les connaissances, les attitudes et les perceptions sociales sont les éléments clés pouvant permettre de modifier les comportements. Tous les Canadiens ont un rôle à jouer pour créer un climat général où l'abus de l'alcool et des drogues n'est plus acceptable. [...] Pour être efficace, une réponse à l'abus d'alcool et des drogues doit attaquer le problème de front, c'est-à-dire au niveau des attitudes et de la compréhension du problème qui déterminent ensuite le comportement » (SCA, 1988 : 2 et 9).

Ainsi, la prévention permet « *de fournir aux Canadiens l'information dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés et mener une vie productive sans drogue* » (SCA, 1987 : 9). Et pour ceux chez qui le message ne passe pas⁷⁸, le traitement et la réadaptation offriront le relais aux stratégies préventives.

Entre réadaptation et façonnement

De nos jours, il est impossible de nier que la réadaptation est devenue un espace incontournable dans les problématiques sociales et criminelles (Schneeberger et Brochu, 1999). Selon Foucault (1975), l'émergence du capitalisme et ses impératifs de production ont fait naître une société de type disciplinaire dans laquelle il s'agit de rendre les individus dociles et utiles. Ainsi, les acteurs sociaux doivent être aptes à produire. Pour ce faire,

⁷⁸ Pour plus de détails, voir le livre de Malherbe (1994) qui explique quelques raisons de l'inefficacité des messages préventifs.

Foucault (1975) soutiendra que la réadaptation, par ses spécialistes et leur mission sociale, constitue cet univers de transformation des individus.

Les propos de Foucault (1975) révèlent deux éléments importants liés à la réadaptation : premièrement la notion de façonnement (transformation des individus) que celle-ci renferme et, deuxièmement, la capacité de production qu'elle offre. La réadaptation constitue un front d'action important et constant dans les SCA (1988, 1994 et 1998). Elle permet « *de faciliter l'acquisition des connaissances, le changement d'attitudes, le développement d'habiletés et l'adoption d'un comportement sain de la part des individus, des familles et des collectivités* » (SCA, 1998 : 8). Cet exemple illustre alors le désir de façonnement. La capacité de production est, elle aussi, exprimée au sein des SCA :

« Une autre facette de la Stratégie, c'est d'aider les gens à réparer leur vie et à redevenir des membres productifs de la société. C'est là le but de l'élément traitement et réadaptation de la Stratégie » (SCA, 1987 : 16).

Il n'est plus de doute sur les objectifs économiques de la réadaptation dans ce dernier extrait :

« Cause de blessures et de décès survenus dans les accidents de la route, il [l'abus] entraîne une baisse de productivité au travail et il représente un fardeau de plus en plus lourd pour nos services médicaux et juridiques, ainsi que pour les organismes chargés d'appliquer la loi. [...] L'abus des drogues est un problème de société dont les coûts humains et économiques sont inacceptables. » (SCA, 1987 : 5).

Dans le contexte canadien, les propos tenus dans les SCA ne sont pas sans rappeler l'argumentation de Foucault (1975) sur le façonnement et l'improductivité. En plus de l'aspect sanitaire, la perte de productivité et les coûts structurels au sein de la société contribuent à alimenter la notion de risque, et particulièrement celle de risque social (pour tous). Ces éléments et la notion de risque qui les accompagne seront donc des aspects essentiels dans le rôle du système social.

En résumé, la notion de risque au Canada est représentée autour de deux axes, la santé et la sécurité, qui toutefois ne semblent pas constituer que des fins en soi, mais aussi des objectifs (des moyens) d'atteindre un autre but, celui de productivité. Car en effet, l'improductivité constitue un des risques que l'État central doit contrôler de par ses fonctions de gérances comptables et de redistribution des ressources.

5-2-2 Le rôle des SCA dans l'agenda politique Canadien : la diffusion de la norme

Un message normatif de l'État

Lorsque les SCA définissent une problématique particulière, elles induisent automatiquement l'idée d'un message normatif. Le problème constitue la déviance tandis que les solutions envisagées tentent de rétablir la norme souhaitée. Dès lors, il devient raisonnable de penser qu'elles constituent un vecteur de diffusion de la norme (une communication publique), dans lequel les stratégies d'action et les pratiques en sont les mécanismes d'institutionnalisation (intégration) et de diffusion (répandre socialement).

L'analyse du titre de la communication est généralement un bon indice du message. Le terme « antidrogue » permet déjà de postuler sur la nature de la norme, une communication publique visant à réprimer l'utilisation des drogues. Un autre exemple de cette fonction de communication de la norme nous est fourni par la SCA de 1987. L'abus est considéré comme un comportement déviant puisqu'il « *n'est pas une réponse légitime ni souhaitable, quel que soit le besoin à satisfaire ou les raisons qui y donnent lieu* » (SCA, 1988 : 9). Il constitue « *un problème de société dont les coûts humains et économiques sont inacceptables* » (SCA, 1988 : 5). Ainsi, l'expression rationnelle de la problématique peut être déjà perçue, elle aussi, comme un message normatif. De plus, la SCA précise que :

« les connaissances, les attitudes et les perceptions sociales sont les éléments clés pouvant permettre de modifier les comportements. Tous les Canadiens ont un rôle à jouer pour créer un climat général où l'abus d'alcool et des drogues n'est plus acceptable : notre action peut faire changer les choses » (SCA, 1987 : 2).

Ainsi, il paraît évident que la *Stratégie* tente de véhiculer un message qui s'adresse non seulement aux individus consommateurs et abusifs, mais aussi au reste de la population. En visant tout le monde, la SCA vise l'intégration globale (dans tout le tissu social) de la norme pour une action multipliée. Cette intégration générale permet de légitimer l'action de l'État, qui trouve alors appui dans sa population, tout en profitant du contrôle social informel susceptible de décharger les structures de l'État dans la prévention et la gestion des comportements déviants. Dès lors, il reste à identifier la nature de ce message et ses mécanismes d'institutionnalisation.

La diffusion de la norme sanitaire

La pénétration de l'élite sanitaire au niveau fédéral dans la problématique des drogues

Nous assistons, en 1987, à la pénétration de l'élite sanitaire concernant les drogues au niveau fédéral. En effet, il est clairement mentionné dans la SCA de 1987, que le domaine de la prévention, de la réadaptation et du traitement étaient plutôt développés au niveau des provinces et des territoires :

« Jusqu'à présent, le gouvernement fédéral a surtout axé son action dans ce domaine sur le contrôle de l'offre, par la surveillance, l'action policière, la saisie et la prévention du crime relié au trafic de drogues à titre d'exemples. Dans les provinces et les territoires ainsi qu'au niveau communautaire, toutefois, de nombreux excellents programmes novateurs de counseling, de traitement et de réadaptation ont été mis sur pied. Ce qui manquait, c'était un mécanisme efficace de collaboration nationale permettant de coordonner et de renforcer l'expertise et les programmes existants. La Stratégie nationale antidrogue procure cet instrument national et global. Il s'agit d'un programme de coopération faisant appel aux efforts et aux ressources combinés du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organismes de lutte contre la toxicomanie partout au Canada » (SCA, 1988 : 8).

Ainsi, les domaines de la prévention, du traitement et de la réadaptation ont constitué des nouveaux fronts d'action pour le gouvernement fédéral, traditionnellement de compétence provinciale. Cette pénétration est motivée par la nécessité de rééquilibrer l'approche fédérale, traditionnellement axée sur la répression et le contrôle (réduction de l'offre), par la mise en œuvre de stratégies de réduction de la demande.

« Au niveau fédéral, tous les efforts ou presque avaient porté sur la répression en général, et plus précisément sur la surveillance, la saisie, la prévention et les actions en justice contre les trafiquants. [...] En 1987, le gouvernement fédéral a décidé de s'attaquer au problème de drogue par une approche plus équilibrée. Pour ce faire, il lui fallait consacrer des fonds nouveaux à la prévention, et augmenter les sommes déjà investies dans la répression » (SCA, 1992 : 7).

Le leadership grandissant de Santé Canada

Avant les SCA, au niveau fédéral, il semble donc que la position de leadership était occupée par le domaine de la sécurité (justice, police). Ces nouvelles préoccupations pour une approche plus équilibrée traduisent alors l'influence grandissante de l'élite sanitaire (ministère de la Santé) qui devient alors très déterminante dans la conception particulière de la problématique des drogues au niveau fédéral. Cette percée de l'élite sanitaire se traduira par une position de leadership acquise de plus en plus clairement au fil des SCA (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Le rapport de la vérificatrice générale (2001b) appuie cette idée lorsqu'il stipule, concernant la SCA de 1998, que *« le rôle de Santé Canada constituait, de nouveau, à offrir un leadership national et à coordonner la stratégie*

renouvelée » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001b : 7). Ainsi, la problématique des drogues devrait s'illustrer principalement en terme de santé, et particulièrement comme un risque pour celle-ci.

La diffusion de la norme sanitaire : des alliances stratégiques

Dans l'ensemble des SCA, il est évident que le gouvernement tente d'établir une norme sanitaire. Premièrement, certaines des conséquences de l'abus sont exprimées en terme de santé (accidents, décès, destruction de la santé physique et mentale). Ensuite, la problématique des drogues est considérée avant tout comme une question de santé (SCA, 1992 et 1998) et le leadership de Santé Canada dans les trois stratégies n'est pas sans refléter cette position :

« Au Canada, l'usage abusif de drogues est reconnu comme un problème de santé. C'est pour cette raison que Santé Canada est responsable de la Stratégie. Santé Canada s'est retrouvé dans le rôle du ministère directeur de la Stratégie » (SCA, 1992 :6).

Santé Canada assurera son leadership en intégrant l'approche de RDM (son porte-étendard). En effet, l'approche de RDM constitue un espace incontournable dans la gestion sanitaire des problèmes reliés aux drogues (phénomène du sida), ainsi qu'une approche très en vogue à l'heure actuelle (sources de pressions sociales et professionnelles, ainsi que d'électorat potentiel). De plus, certains éléments de l'approche - rupture face à la répression de l'usage ou éventuelle déjudiciarisation - pourraient constituer un vecteur important pour l'obtention complète du champ d'intervention que constitue l'usager, lui permettant ainsi de bénéficier de l'ensemble du système de réduction de la demande et d'un leadership exclusif dans ce domaine. Si la croissance du leadership du domaine de la santé au niveau fédéral continue son ascension, il ne serait pas étonnant de voir apparaître, dans les années à venir, des demandes plus accentuées de l'instance sanitaire sur le retrait total du domaine de la sécurité (déjudiciarisation, voir décriminalisation de l'usage) dans le système de réduction de la demande. Certains débats politiques et sociaux actuels tendent d'ailleurs à confirmer cette situation (voir les rapports du Comité sénatorial Nolin).

Ce processus est alors effectué en accordant une place centrale au CCLAT, qui constitue le vecteur principal de diffusion des préoccupations sanitaires via l'approche de RDM (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre III). En effet, il est défini comme un partenaire important dont le rôle s'oriente indéniablement vers des objectifs de RDM (SCA, 1994).

Dès lors, le CCLAT, quant à lui, assurera son maintien, son rôle social et son leadership par une diffusion constante, et privilégiée (élite près du pouvoir), des stratégies de RDM auprès du gouvernement et plus particulièrement de Santé Canada. Ainsi, Santé Canada, le CCLAT et les acteurs en RDM se renforcent mutuellement pour une représentation sociale privilégiée des aspects sanitaires et sociaux liés aux drogues. Toutefois, si le CCLAT constitue un vecteur important pour la diffusion de la norme sanitaire, il constitue aussi une « organisation autonome à but non lucratif [...] dont la composition du conseil reflétera les objectifs de réduction de l'offre et de la demande de la Stratégie nationale antidrogue » (SCA, 1988 : 25). Ainsi, il contribue à l'institutionnalisation de la RDM, mais dans une conceptualisation qui doit refléter les objectifs de réduction de la demande et de l'offre. Dès lors, on comprend mieux la conceptualisation de la RDM comme but général dont les objectifs de réduction de l'offre et de la demande en sont des moyens légitimes (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Il s'agit d'un consensus institutionnel et élitiste entre les enjeux émergents (RDM et ses aspects sanitaires) et les positions traditionnelles du Canada en matière de drogues (abstinence, réduction de la demande et de l'offre).

La compétition interministérielle pour la diffusion de la norme

Selon Lindberg et Haynes (2000), différents ministères peuvent entrer en compétition pour la représentation et la définition sociale de la problématique des drogues. D'ailleurs, Gillet et Brochu (document non publié, chapitre IV) signalent, à travers une analyse horizontale du leadership, la présence de ce phénomène dans le contexte canadien, une compétition entre le domaine de la santé et celui de la sécurité entre 1987 et 1998. Au terme de cette analyse, Santé Canada gagnera cette course au leadership, premièrement, par un rôle de coordination au sein des différentes SCA (SCA, 1988, 1994, 1998) et deuxièmement, par l'annonce publique que la problématique des drogues au Canada est considérée avant tout comme un problème de santé plutôt que d'application de la loi (SCA, 1998). Toutefois, le Rapport de la vérificatrice générale du Canada (2001b) signalent certains problèmes dans la position de leadership occupé par Santé Canada en 1998:

« Les pouvoirs de Santé Canada à titre de coordinateur sont limités. Par exemple, le Ministère ne peut réaffecter des ressources provenant des budgets des autres ministères; il ne peut gérer directement les ressources fédérales, de l'ordre de 432 à 454 millions de dollars; il ne parle pas non plus au nom des différents ministères et organismes fédéraux concernés par la réduction de la demande ou de l'offre de drogues illicites. Le rôle de coordination de Santé Canada se limite plutôt à fournir les services de secrétariat à divers comités de coordination et à coordonner des activités comme les présentations au Conseil du Trésor et les mémoires au cabinet » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001b : 26).

Dans ce contexte, il devient pertinent de se demander pourquoi Santé Canada n'a pas les pleins pouvoirs puisqu'il est le chef de ligne pour mener la SCA, particulièrement dans un contexte où le phénomène des drogues est un problème de santé. Le leadership du domaine de la santé est-il réel et efficient? Ou seulement symbolique pour des raisons qu'il reste à découvrir? Car il semble que la définition pénale des drogues et tout le processus de criminalisation qui l'accompagne semblent encore peser lourdement dans la balance et ce, malgré l'annonce d'une rupture face à la prohibition au sein de la *Stratégie* de 1998.

La séparation des compétences institutionnelles

Si la prédominance du domaine de la santé est souvent mise de l'avant, le domaine de la sécurité n'est pas en reste pour autant puisque déjà, en 1987, la SCA stipulait que :

« L'importance accordée à la prévention et au traitement dans la Stratégie nationale antidrogue ne diminue en rien celle du contrôle de l'approvisionnement du marché canadien des stupéfiants, car l'équilibre entre ces deux objectifs est un aspect essentiel de la Stratégie » (SCA, 1988 : 18).

Il semble donc se dessiner une séparation des compétences institutionnelles dans la problématique des drogues au Canada (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Dans ce sens, le gouvernement central présente, depuis le début des SCA, la réduction de l'offre comme une stratégie qui viserait principalement la répression du trafic de drogues illicites et donc imputable au domaine de la loi et du contrôle. Concernant la réduction de la demande, cette stratégie, imputable au ministère de la Santé, viserait davantage la prévention, le traitement et la réadaptation des usagers. L'adoption de cette position intermédiaire traduit alors une recherche de consensus (de négociation) entre les différentes pressions institutionnelles exercées. Et c'est dans ce contexte que prend tout le sens de l'approche équilibrée de réduction de la demande (la santé) et de l'offre (la sécurité) dans le discours gouvernemental (SCA, 1987, 1992, 1998). Cette séparation des compétences institutionnelles a le mérite d'offrir un rôle propre à chacun des domaines, lié à son expertise en la matière et aux actions principales qui en découlent. Elle permet aussi du même coup d'instaurer et de justifier une coupure effectuée en RDM et au sein de la SCA de 1998 face à la répression des usagers. Dans ce contexte, les stratégies prohibitionnistes sont pertinentes dans la lutte contre le trafic, tandis que l'usage de drogue est avant tout un problème de santé. Ainsi, la notion de risque se voit exprimé en ces deux termes. Un risque

sécuritaire quand il s'agit de trafic de drogues illicites et un risque sanitaire quand il s'agit d'usage de substances psychoactives.

Au terme de ces propos, il est raisonnable de croire que Santé Canada ne peut obtenir les pleins pouvoirs puisque son expertise et son domaine de compétence ne peut s'étendre au domaine du trafic et de la loi qui ne concerne pas le système de réduction de la demande. Santé Canada bénéficie donc d'un leadership symbolique, justifié par la nécessité de rééquilibrer l'approche fédérale, qui se limite à coordonner les SCA et mettre de l'avant les stratégies de réduction de la demande sans faire ingérence dans le domaine de la réduction de l'offre.

La séparation des compétences : un processus à sens unique

Les agences chargées d'appliquer la loi œuvrent dans le système de réduction de la demande. À titre d'exemple, la SCA de 1987 signale que :

« Les services de police se sont toujours appliqués à restreindre l'accessibilité des drogues interdites (réduction de l'offre). Reconnaissant toutefois l'importance de la prévention dans la lutte à long terme contre la consommation des drogues, les corps policiers nationaux, provinciaux et municipaux du Canada s'efforcent de plus en plus d'en réduire la demande » (SCA, 1987 : 10).

Ainsi, le rôle préventif des agences chargées d'appliquer la loi ne cesse d'être mentionné tout au long des *Stratégies* (SCA, 1988, 1994 et 1998). Aussi, les agences chargées d'appliquer la loi continuent d'arrêter les individus pour simple possession (Dion, 2000). Dès lors, le silence tout au long des *Stratégies* sur ce rôle constitue actuellement une source d'interrogation et une certaine contradiction au regard des propos tenus par le gouvernement qui prétend effectuer une rupture face à la répression des usagers. Si ce silence traduit que la répression de l'usage n'est pas une priorité gouvernementale, il faut alors trouver un sens au maintien de ces actions dans un contexte de rupture face à la répression de l'usage. C'est ainsi que les mesures alternatives à l'emprisonnement et la mission de réadaptation au sein des populations carcérales trouvent une certaine place.

Les mesures alternatives à l'emprisonnement sont souvent perçues comme une « socialisation du pénal » (Mary, 1997), où l'efficacité des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie sera un argument de poids pour justifier la nécessité de telles

mesures⁷⁹ (Brochu, 1995). Ainsi, si le domaine de la sécurité intervient dans le système de réduction de la demande, c'est au nom d'objectifs sanitaires car il permet l'entrée et la rétention en traitement. Dès lors, le rôle préventif (et semi-curatif) des agences chargées d'appliquer la loi, principalement en terme sanitaire, signale que le retrait des instances policières concernant les usagers n'est pas encore d'actualité. Il signale aussi que le message sanitaire n'est pas exclusif au domaine de la santé. La séparation des compétences est donc un processus à sens unique qui s'applique au domaine de la santé, mais non à celui de la sécurité. Il faut alors trouver un sens à cette position unidirectionnelle.

Le renforcement mutuel pour le maintien des institutions

La capacité de stigmatisation (Castel, 1995b; Foucault, 1975) et d'intégration de la notion de risque (Mary, 1997) des agences chargées d'appliquer la loi n'a pas d'équivalent. Ainsi, le maintien des mécanismes prohibitionnistes concernant les usagers constitue la meilleure garantie dans la stigmatisation et le ciblage des populations à risque tel que définit par le nouveau rôle sécuritaire de l'État. Toutefois, l'influence grandissante de la norme sanitaire poussera la gestion de ces populations vers le traitement (mesures alternatives) plutôt que l'incarcération. Dès lors, les instances sécuritaires renforcent la capacité de réadaptation des individus par la rétention en traitement, et alimente donc le rôle, le maintien et le leadership des instances sanitaires dans ce domaine. À l'inverse, l'efficacité des pressions judiciaires dans le traitement de la toxicomanie, la prévention de la rechute et la rupture de la récurrence criminelle (Brochu et Schneeberger, 2001) justifie la nécessité de maintenir la criminalisation des usagers, et donc alimente le maintien des agences chargées d'appliquer la loi dans le système de réduction de la demande. Dès lors, il n'est donc pas étonnant de voir la SCA de 1998 présenter la nécessité d'une collaboration étroite entre les deux domaines.

Les premiers symboles de cette cohabitation entre sécurité et santé sont illustrés dès 1988, dans l'éditorial du Premier ministre de l'époque :

« Notre engagement demeure de veiller à ce que nos enfants, nos familles et nos amis vivent et travaillent dans un environnement sûr et sain » (SCA, 1988 :2).

⁷⁹ Un des problèmes est alors de comprendre le recours au processus pénal pour des usagers non-toxicomanes qui sont arrêtés pour simple possession. Dans cet exemple, la capacité des contraintes judiciaires pour favoriser le traitement n'a pas de sens. À moins de concevoir le simple usage comme un problème, une conceptualisation qui n'est pas forcément soutenue dans le domaine scientifique. Il reste à savoir si dans le contexte canadien, les tribunaux spécialisés tiennent compte de cette distinction.

En 1998, les objectifs sanitaires et sécuritaires doivent cohabiter et leur agences d'application coopérer :

« Il faut un équilibre entre la réduction de l'approvisionnement et la réduction de la demande. La meilleure façon de concrétiser ce principe est d'assurer un partenariat solide entre les secteurs de la santé et ceux de l'application de la loi » (SCA, 1998 : 3).

Ainsi, le leadership symbolique de Santé Canada ne diminue en rien sa capacité d'action et son influence au sein du gouvernement central. Il permet de propulser le système de réduction de la demande au sein d'une approche davantage équilibrée. Dès lors, le gouvernement fédéral détient une position centrale dans la lutte contre les drogues puisqu'il gère la diminution de leur demande et de leur offre au sein du fédéralisme canadien, et constitue le trait d'union dans cet ensemble d'associations stratégiques.

5-2-3 Le rôle des SCA dans l'agenda politique canadien : l'assise du leadership fédéral, du contrôle des pratiques de régulation psychotrope, d'un consensus entre les différents intérêts politiques et des paradigmatiques émergents

Le leadership fédéral

D'emblée, il est évident que cette cohabitation entre santé et sécurité est primordiale pour justifier une approche à deux axes, un juste équilibre qui permet alors au gouvernement fédéral de maintenir un contrôle central des pratiques (tant en terme de santé que de sécurité) dans le domaine des drogues. Ainsi, les SCA permettent au gouvernement fédéral d'assumer un leadership par la coordination globale des *Stratégies* et l'injection de budgets.

« La stratégie canadienne antidrogue est une initiative fédérale interministérielle intégrée qui a pour but de favoriser et de coordonner les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et d'autres drogues dans les trois secteurs d'intervention traditionnels : la prévention, le traitement, ainsi que la répression et le contrôle. [...] La SCA a permis au gouvernement fédéral d'injecter 210 millions de dollars, en fonds nouveaux, dans la lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies. [...] Malgré tout le travail accompli [avant la Stratégie], les efforts demeuraient dispersés. La coordination et la cohésion faisait défaut. Les gouvernements fédéral et provinciaux étaient actifs sur des fronts différents : le fédéral, sur celui de la répression, et les provinces et les municipalités, sur celui de la prévention et du traitement. En 1987, le gouvernement fédéral a décidé de s'attaquer au problème de drogue par une approche plus équilibrée. Pour ce faire, il lui fallait consacrer des fonds nouveaux à la prévention, et augmenter les sommes déjà investies dans la répression » (SCA, 1994 : 6-7).

Dans la phase II, le gouvernement fédéral entreprend une démarche ascendante qui lui confère une position centrale vis à vis des provinces puisqu'il constitue leur bailleur de fond :

« On a reconnu dans la phase II de la Stratégie la nécessité de passer d'une démarche descendante à une approche ascendante où les collectivités assument la responsabilité de leur

problème de drogue. [...] La SCA avait permis de financer des centaines de projets communautaires qui encourageaient les collectivités locales à diagnostiquer leur problème de drogue et à appliquer des solutions (SCA, 1994 : 8).

L'État fédéral consolide ce rôle central en mettant sur pied plusieurs programmes de recherche de portée nationale, qui assureront une unité canadienne dans la lutte contre les drogues où les différentes provinces pourront se comparer :

« Avant la SCA, la recherche était concentrée çà et là dans tout le pays. [...] Il n'existait aucune perspective nationale. [...] Pour la première fois, les provinces pouvaient jauger leur problème par rapport à celui des autres régions du Canada » (SCA, 1992 : 9).

Le gouvernement fédéral assume ainsi une position de leadership dans la lutte contre les drogues. Non seulement ce leadership s'effectue au niveau national, par rapport aux provinces et aux municipalités, mais aussi sur l'espace international :

« Le Canada accorde également une importance considérable à l'aspect international de la Stratégie. Au sein des Nations Unies, le Canada a fait valoir les avantages d'une approche équilibrée face aux problèmes de drogues des États membres. [...] Le Canada a également adhéré à la CICAD (acronyme espagnol pour Commission interaméricaine de lutte contre l'abus de drogues), qui fait partie de l'Organisation des États américains. [...] Avec des experts internationaux et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, on a également travaillé dans le cadre de la SCA à l'élaboration d'un modèle de l'abus d'alcool et de drogue. Ce modèle permet d'évaluer les coûts sociaux et économiques de l'abus d'alcool et de drogue. Il permettra en outre au Canada de comparer sa performance à celle d'autres pays » (SCA, 1992 : 9).

Cette fonction de leadership assumé par l'État central n'est pas sans lui permettre de justifier son existence et d'assurer, ainsi, son maintien au regard des autres paliers du gouvernements (provinces et territoires). Cette position de leadership au niveau national crée une unité canadienne contre l'abus de drogues dans laquelle le gouvernement fédéral joue un rôle crucial. Parallèlement, sa course au leadership sur la scène internationale lui permet aussi de justifier son rôle et son existence au regard des autres pays, tout en signalant aux provinces et à sa population qu'il occupe une position importante dans le « village global ».

Le leadership bien acquis et l'unité centrale bien en place, le gouvernement fédéral n'aura même plus besoin d'adjoindre des millions supplémentaires pour asseoir son agenda politique, ni même de collaborer⁸⁰.

« En 1998, la Stratégie canadienne a été renouvelée en principe, mais sans financement. Bien qu'elle ait été appelée Stratégie canadienne antidrogue, seuls les ministères et organismes du

⁸⁰ Pourtant le partenariat et la collaboration sont des thèmes qui revenaient sans cesse au sein des trois documents (voir Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV)

gouvernement fédéral en étaient les signataires » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001b : 7).

Ainsi, dans les conclusions et les recommandations de la vérificatrice générale, il sera mentionné :

« À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral ne sait pas où en est l'effort national global. [...] Ce qui favorise le plus le leadership et la coordination, c'est un engagement continu du gouvernement. Depuis 15 ans, la Stratégie canadienne antidrogue n'a bénéficié que d'un financement intermittent » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001b : 25).

Il est raisonnable de croire, dans de telles conditions, que les *Stratégies canadiennes antidrogue* sont de bons vecteurs de communication politique plutôt qu'un véritable plan gouvernemental de gestion des problèmes reliés aux drogues. Au terme de ces propos, il convient de se demander ce que signifie l'annonce et la diffusion en 2002, par le Gouvernement du Québec, de son *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie* (ministère de la Santé et des Services sociaux - MSSS, 2002) ? Une réponse au leadership fédéral au nom de l'autonomie québécoise, une compétition avec celui-ci sur des domaines de compétences (santé), ou tout simplement une leçon bien apprise pour toutes ces raisons?

Le contrôle des pratiques de régulation de l'usage psychotrope

L'institutionnalisation des pratiques : la récupération des fonctions sociales de l'État

Pour Kaminski et Mary (1999), la définition pénale de l'usage des drogues engendre l'apparition de lacunes dans les politiques sociales étatiques puisque le système pénal est supposé gérer ces comportements. Ces lacunes entraînent la récupération des fonctions sociales de l'État par le secteur associatif et communautaire qui ne cesse de se développer. Face à cette récupération et même à l'envahissement du secteur associatif, l'État veut, pour maintenir son leadership (rôle central), justifier son existence et contrôler les pratiques, se réappropriier ces politiques sociales par la diffusion massive du travail social⁸¹ et l'institutionnalisation des pratiques. À ce sujet, Castel (1995a) précise que :

« Ces formes professionnalisées et technicisées du travail social se développe en synergie avec l'implication croissante de l'État qui impose ses régulations pour homogénéiser et contrôler les pratiques, même s'il n'en est pas toujours l'initiateur » (Castel, 1995a : 32).

⁸¹ Il faut comprendre le terme « travail social » dans son sens large (éducateurs, travailleurs de rue, intervenants, etc.) et non au sens restrictif de la profession particulière (travailleur social) bien connue au Canada.

Ainsi, l'État joue un rôle central de diffusion et de contrôle des pratiques lorsqu'il institutionnalise celles-ci, ce qui lui permet d'opérationnaliser son agenda politique. La diffusion massive du travail social, sous ces multiples facettes, se fera principalement au sein de pratiques ancrées dans la notion de *prévention ciblée* (Kaminski et Mary, 1999), qui identifie des populations à risque conformément à son nouveau rôle sécuritaire (Mary, 1997) et ses objectifs de gestion des risques (Giddens, 1991; Quirion, 2001). C'est ce que fera le gouvernement canadien par l'introduction du système de réduction de la demande et l'intégration de l'approche de RDM au niveau fédéral. Pour ce faire, il appuiera le leadership de Santé Canada dans les *Stratégies canadiennes antidrogue* pour développer la prévention, la réadaptation et le traitement et ainsi équilibrer l'approche fédérale. En institutionnalisant certaines pratiques, il garde un contrôle sur celles-ci et s'assure de leur compatibilité avec les autres objectifs en vigueur.

L'institutionnalisation de la RDM : un contrôle des pratiques sanitaires

Un dérapage de la notion de méfait au profit de celle de risque

Nous avons déjà vu que la RDM inclue tant la notion de risque (prévention primaire) que celle de méfait (prévention secondaire et tertiaire) (Brisson, 1997). À ce sujet, Quirion (2001) montre que l'approche a entamé un dérapage conceptuel de la notion de méfait au profit de celle de risque. Cette notion de risque renvoie au contexte du sida, où les usagers de drogues par injection seront perçus comme une source de contamination endémique, une population à risque pour la santé publique (Beauchesne, 2000). Pour Quirion (2001), cette notion de risque est susceptible de stigmatiser les usagers qui portent le poids des problèmes sociaux et de dérouter la notion d'*humanisme* si chère à l'approche. L'analyse des SCA signale que ce dérapage existe bel et bien dans le contexte canadien (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV).

Le dérapage de la notion de méfait individuel au profit de celle de méfait collectif

Dans cette perspective, l'intervention sur les méfaits engendrés par les usagers n'est plus tant pour leur bénéfice (*humanisme*) que pour celui de la société : un dérapage conceptuel de la notion de « méfait individuel » au profit de celle de « méfait collectif » (Quirion, 2001). Ce dérapage illustre alors une approche de « gestion des risques » que constituent certaines populations, plutôt qu'une perspective de « réduction des méfaits » à leur égard. D'ailleurs, cette transformation est « *le symptôme de transformations plus globales dans les*

modalités de la régulation politique des conduites humaines », puisque notre société est passée d'une gestion de type providentialiste, basée sur les déficits individuels d'intégration sociale, à une gestion des risques et des populations à risque (Quirion, 2001 : 1). Ainsi, la gestion des risques se fait à travers des stratégies initiales de RDM, qui deviennent donc des stratégies de réduction des risques lorsqu'elles visent les dimensions sociales des méfaits initialement pensés en terme individuels. Les stratégies de RDM pourraient donc constituer une démarche de gestion des risques et des populations à risque que constituent les toxicomanes (Quirion, 2001), principalement lorsqu'elles se voient institutionnalisées au nom de la lutte au sida (Beauchesne, 2000), ou encore pour des motifs d'improductivité (SCA, 1998). Là encore, l'analyse des SCA signale que ce dérapage existe dans le contexte canadien (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Dès lors, il s'agit d'une institutionnalisation instrumentale de l'approche pour des motifs politiques au sein des priorités gouvernementales conjoncturelles.

Les subventions comme mécanisme d'institutionnalisation

Le subventionnisme « critérié »

Le désir de subsister, pour les meilleures raisons du monde⁸², incitera le secteur communautaire et les partisans de l'approche à adopter, eux aussi, l'intégration de cette notion de risque et de population à risque (UDI et sida) garante de sa survie⁸³. Pour comprendre ce processus, un exemple du fonctionnement fédéral canadien dans la distribution de subvention dans le domaine de la santé nous est fourni par la vérificatrice générale du Canada lorsqu'elle stipule que :

« Le gouvernement peut poursuivre les objectifs découlant de ses politiques de nombreuses façons. Il peut se servir de lois et de règlements, fournir des renseignements et des conseils, offrir lui-même des programmes ou faire des paiements de transfert à des personnes, à des organisations et à d'autres ordres de gouvernement. Une fois établies ses priorités de financement, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique doit choisir quel mécanisme de financement utiliser. La Direction générale offre une bonne partie de ses programmes sur la santé de la population par l'entremise de paiement de transfert. Elle a alloué 225 millions de dollars de son budget au transfert de fonds à des groupes communautaires, des organisations ou des personnes qui sont en lien direct avec la population que le gouvernement veut desservir. Les accords de subvention sont des transferts sans condition à des bénéficiaires qui répondent aux critères d'admissibilité. Dans le cas des accords de contribution toutefois, des conditions s'appliquent : le bénéficiaire doit non seulement répondre aux critères d'admissibilité, mais également respecter les conditions prévues par l'accord. Ces conditions aident le gouvernement fédéral à s'assurer que ses

⁸² Qu'il s'agisse d'offrir des traitements pour le bénéfice des usagers, de ne pas perdre son travail ou de maintenir son influence sociale.

⁸³ En fait, l'État récupère les fonctions sociales exercées par le communautaire en subventionnant celui-ci à condition qu'il réponde aux critères d'admissibilité (objectifs et priorités gouvernementales).

objectifs seront atteints et que les bénéficiaires gèreront les fonds de façon adéquate tandis qu'ils exécutent leur projet » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001a : 8 et 9). « Sur ses fonds pour 2000-2001, la Direction générale a consacré 225 millions de dollars aux programmes de santé de la population au moyen de paiements de transfert destinés à appuyer 12 programmes de subventions ou de contribution. Le 31 mars 2001, elle gérait environ 1800 accords de subvention ou de contribution » (Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001a : 3).

Ainsi, les acteurs en RDM ont adopté progressivement un processus de définition et de conceptualisation de l'approche propice aux objectifs gouvernementaux⁸⁴. Dans ce sens, les partisans de l'approche de RDM se sont garantis l'allocation de budgets pour maintenir leur capacité d'action. Ainsi, initialement pensée en terme de réduction des méfaits individuels, la RDM est devenue un moyen de contrer les risques collectifs, particulièrement ceux liés à l'épidémie du sida (Quirion, 2001) qui ont constitué la principale raison en faveur de l'adoption politique de l'approche (Beauchesne, 2000; Riley, 1994). Ainsi, le recours à la prévention ciblée au sein de l'approche devient à la fois une garantie d'obtenir les budgets pour établir des actions et des pratiques propres à la RDM, tout en étant aussi une façon pour l'État d'institutionnaliser des pratiques qui correspondent à ses objectifs et ses priorités : la gestion des risques (Quirion, 2001), les préoccupations sanitaires (Beauchesne, 2000; Brisson, 1997; Riley, 1994) et l'abstinence par des mesures traditionnelles de réduction de l'offre et de la demande (Brisson, 1997; Riley, 1994; SCA, 1988, 1994 et 1998).

Des pratiques bien choisies

En l'absence de consensus sur la définition même de l'approche et sur certains concepts, et dans un cadre peu explicite sur l'appartenance conceptuelle de pratiques ou de politiques, l'État peut définir ses propres priorités à l'intérieur du cadre conceptuel étendu (non consensuel) de l'approche. Il peut alors prétendre faire de la RDM (SCA, 1998) et choisir les stratégies (prescription de méthadone à exigences élevées) qui correspondent le plus possibles à ses objectifs (abstinence). Quant aux autres actions plus libérales, comme la distribution de seringues, elles seront le symbole d'une résignation au moindre mal. Puisque l'abstinence n'est pas réaliste pour certains, évitons qu'ils contaminent la population et gérons les risques de leurs pratiques non sécuritaires et insécurisantes ; une

⁸⁴ Ces objectifs consistent à cibler et intervenir sur les populations à risque, au nom de la gestion des risques, conformément au nouveau rôle sécuritaire de l'État (Quirion, 2001).

domination conjoncturelle et élitiste des objectifs sanitaires (une priorisation des risques) sur les objectifs moraux et légaux d'abstinence.

Un modèle consensuel entre les différents intérêts politiques

Nous avons jusqu'à présent soulevé un ensemble de propositions articulées autour des rôles exercés par les SCA dans l'agenda politique canadien (voir figure 3). En effet, nous avons suggéré que les SCA offrent au gouvernement central la possibilité d'acquiescer un leadership sur la scène nationale et internationale par l'entremise de la lutte contre le fléau des drogues. Ce leadership s'acquiesce par un contrôle des pratiques sanitaires et pénales dans le domaine des drogues. Ce contrôle de la régulation psychotrope s'effectue tout d'abord par l'intégration de la notion de risque au sein des structures institutionnelles, par la diffusion de cette notion de risque dans le tissu social, et enfin par l'institutionnalisation de certaines pratiques dont l'État n'est pas l'initiateur (RDM). Le défi pour le gouvernement fédéral consiste alors à faire coexister les différents intérêts, les différentes pressions sociales et politiques au sein d'un même modèle et dans une conceptualisation propice à l'agenda politique gouvernemental : un consensus entre l'émergence de nouvelles préoccupations avec les visées traditionnelles existantes au Canada. C'est ainsi que la RDM sera conceptualisée comme un but général (voir figure 3), malgré les critiques que ce modèle suscite (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Dès lors, l'importance, et même la prédominance, du domaine de la santé est soulignée et l'intégration des pressions sociales en faveur de la RDM est effectuée. Ainsi, le gouvernement central contrôle les pratiques sanitaires et s'assure d'un leadership renouvelé, deux événements qu'il semblait perdre à cause de la définition pénale des drogues et des compétences provinciales acquises dans ce domaine. Aussi, la réduction de la demande doit perdurer car il propulse le domaine de la santé sur un front prioritaire (ou du moins une approche plus équilibrée) dans l'agenda politique canadien, mais aussi car le modèle d'abstinence est encore fortement présent au Canada (Brisson, 1997; Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV; Riley, 1994). La prohibition et ses agences d'application doivent se maintenir car le domaine de la loi et de la sécurité constitue la principale fonction et responsabilité du gouvernement central. Ces deux conditions engendrent un consensus qui consiste alors à séparer les compétences institutionnelles, soit la réduction de la demande pour le ministère de la Santé et celui de l'offre pour le ministère de la Sécurité (Solliciteur général). Cette séparation des compétences institutionnelles a aussi le mérite de répondre à la nécessité d'intégrer une

certaine rupture face à la répression des usagers induite par le modèle de RDM. Dès lors, deux défis se dessinent : le premier consiste à faire coexister des stratégies de RDM compatibles avec le modèle d'abstinence et les préoccupations sanitaires fortement dominantes et, le deuxième, à justifier la criminalisation de l'usage dans un contexte de rupture face à ces pratiques. La première solution est l'intégration prioritaire de la prescription de méthadone (à exigences élevées) qui s'avère être la première pratique de RDM institutionnalisée (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). La deuxième solution concernent l'application des mesures alternatives à l'emprisonnement et l'émergence des tribunaux spécialisés en toxicomanie où la criminalisation de l'usage sera effectuée au nom d'objectifs sanitaires. Dans cette position consensuelle, la réduction de la demande et de l'offre constitue des objectifs valides pour réduire les méfaits des drogues, où le modèle de RDM constitue un modèle général plutôt qu'une stratégie.

L'émergence d'un nouveau paradigme

Attribuer au seul domaine politique (et à son élite) l'émergence de phénomènes sociaux reviendrait à nier toutes les forces en jeu dans la sphère sociale, et adopter une seule vision verticale (en terme de classes) des conflits sociaux qui serait, à notre avis, obsolète et incomplète. Premièrement, les nombreux processus de compétition horizontale ont remplacé la simple compétition verticale entre les élites et la masse. Ainsi, de nombreux groupes sociaux sont en compétition pour influencer les décideurs politiques. Deuxièmement, l'émergence de nouvelles idées, de nouvelles valeurs et de nouvelles stratégies dans la sphère sociale tendent à faire émerger des paradigmes nouveaux qui surplombent les simples argumentations instrumentales des choix politiques et qui influencent l'analyse (la perception et l'intervention) des phénomènes sociaux. Dès lors, de nouveaux éléments paradigmatiques transpercent la stratification sociale.

Ainsi, les différentes propositions suggérées dans cette discussion traduisent les processus de *compétition horizontale* dans la pyramide sociale, en l'occurrence les courses au leadership entre les élites pour la définition et la représentation sociale des drogues au Canada. Les positions adoptées sont alors le reflet de cette compétition, mais aussi des consensus qui en émergent. Toutefois, ces compétitions élitistes représentent aussi les compétitions horizontales qui s'effectuent au sein des classes sociales inférieures. Dès lors, des associations stratégiques verticales (qu'il ne faut pas négliger) s'établissent le long de la

pyramide sociale pour une représentation particulière de la problématique des drogues au Canada. L'issue perçue permet alors de postuler sur certains courants dominants et sur les circulations des élites présentes ou à venir.

En l'occurrence, cette présente analyse illustre aussi des changements importants dans la sphère sociale qui traduisent un véritable bouleversement paradigmatique, dont la RDM en est une manifestation (Quirion, 2001). Parmi les changements constatés, l'importance accordée à la recherche, soit la mesure des phénomènes, notamment par le recours récurrent aux études épidémiologiques. Il s'instaure alors une conception des problèmes sociaux qui sont mesurés en terme de facteurs de risques, de prévention ciblée et de gestion sociale des risques (criminalisation des usagers, stratégies de réduction des risques, réadaptation, etc.). Dès lors, les arguments de moralité qui ont conduit à la criminalisation de l'usage (prohibition) au début du 20^{ème} siècle (Beauchesne, 1992; Bertrand, 1992; Dion, 1999) cèdent le pas aux arguments épidémiologiques et statistiques propices à notre époque. Ces phénomènes traduisent alors l'influence grandissante de certains champs d'études (épidémiologie, la santé, etc.), de modèles d'analyse (l'analyse quantitative) et de groupes sociaux (chercheurs, médecins, etc.). Il en ressort que l'élite politique, par le jeu des mécanismes de pressions et de recrutement des élites, adopte et intègre certains éléments paradigmatiques dans son discours : des éléments qui viendront façonner des politiques éducatives et d'intervention sociale. Dès lors, ce discours peut et doit être critiqué (évalué) en prévision des conséquences qu'il engendrera.

Ainsi, cette analyse doit être perçue comme le premier pas dans l'évaluation des politiques canadiennes en matière de RDM : une critique du discours fédéral concernant la régulation de l'usage psychotrope et l'adoption du modèle de RDM dans son agenda politique. Pour le reste, l'analyse des actions et de l'attribution des budgets pour les opérationnaliser devront faire l'objet d'études futures. Ces analyses devront être nuancées au regard de la nature complexe de nos sociétés actuelles. Dès lors, l'imputabilité d'actions ou de modèles particuliers aux élites dirigeantes ne peuvent être attribués qu'aux visées instrumentales des classes dirigeantes, ou à leur incompetence. Par exemple, certains auteurs (Crozier, 1963, et 1993; March et Olsen, 1989 et 1995) ont étudié l'impact des institutions bureaucratiques sur le fonctionnement social et sur la sphère politique, et particulièrement la force d'inertie qu'elles peuvent représenter dans l'adoption ou la mise en application de politiques

particulières. Parallèlement, ces nuances ne doivent pas non plus masquer l'imputation politique de certaines décisions, même si celles-ci ne relèvent que du discours. Aussi, les processus de compétition horizontale ne doivent pas sous-estimer la compétition verticale entre les élites et la masse. Les processus de stigmatisation imposés par les élites demeurent le point central de certaines injustices et inégalités constatées dans notre société. L'accent porté sur ces processus permet alors de décrire le fonctionnement social dans l'adoption de politiques particulières, et de fournir une vision critique en soulevant les conséquences qui en découlent. Ainsi, si la conceptualisation de la problématique des drogues au Canada est un bon compromis pour le gouvernement fédéral, elle n'est pas sans risque pour les usagers et les acteurs en RDM qui voient le modèle de RDM récupéré à des fins politiques et institutionnelles avec les dangers que cela implique. Il s'agit alors d'identifier les risques particuliers associés à cette récupération institutionnelle, et notamment ceux de voir la RDM s'inscrire dans un esprit d'abstinence et au sein d'un modèle prohibitionniste : des perspectives de recherches futures à ne pas négliger pour illustrer l'impact des décisions politiques sur la construction sociale de la problématique des drogues au Canada.

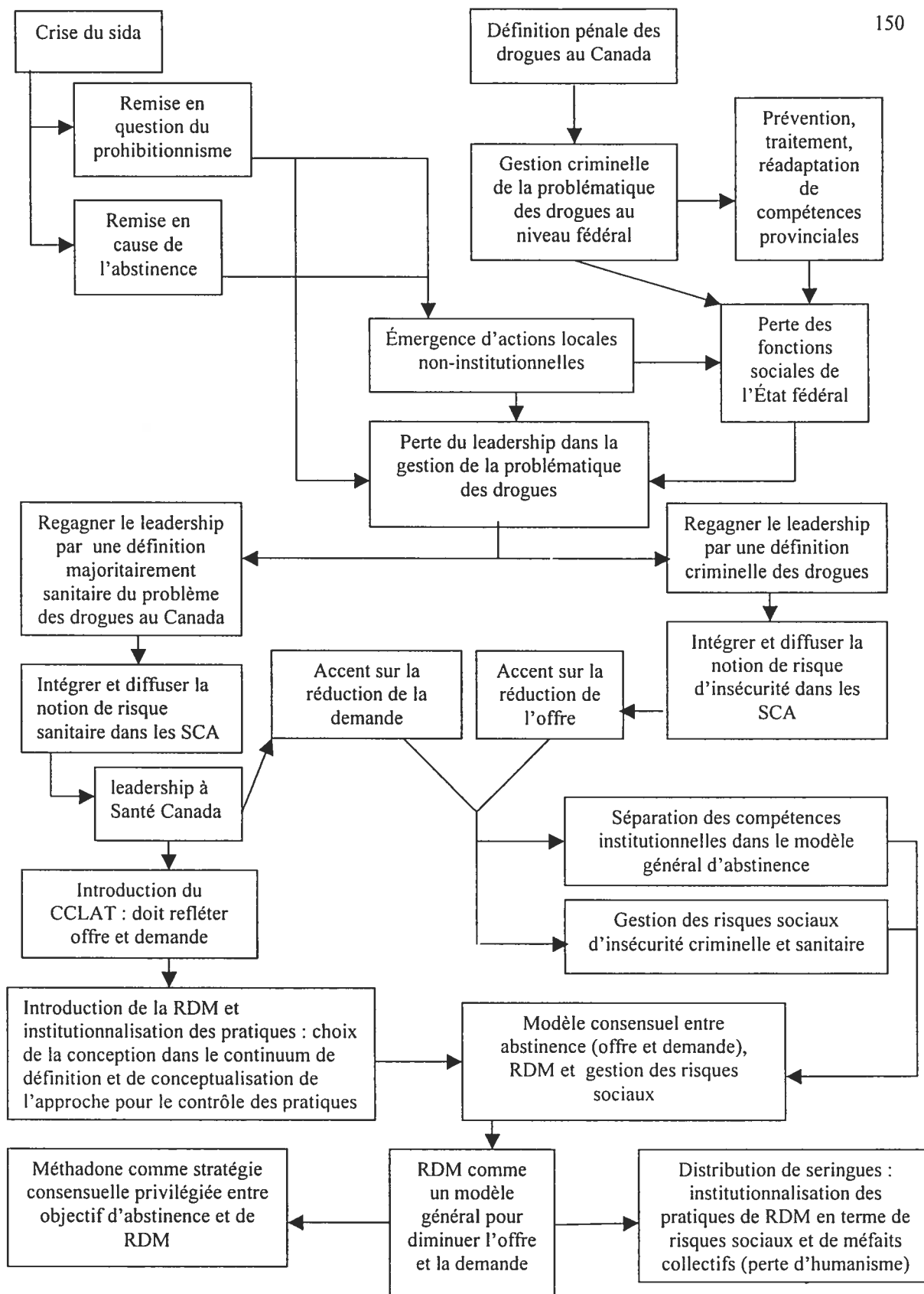


Figure 3 : schématisation des éléments dominants dans la recherche de consensus du gouvernement fédéral pour l'adoption d'un modèle général dans la lutte contre les drogues au Canada.

CONCLUSION

Face aux répercussions négatives associées au phénomène du sida (conséquences primaires), et à l'échec du modèle d'abstinence thérapeutique et légale à gérer les problèmes de consommation (Brisson, 1997), pire aux conséquences secondaires qu'ils ont engendrés (Brisson, 1997; Erickson, 1992; Nadelmann, 1992; O'hare, 1992; Riley, 1994), des mouvements ont réagi pour donner naissance à une nouvelle approche : la réduction des méfaits (RDM). Des acteurs et des mouvements sociaux diverses se sont réunis autour d'un but commun pour définir des actions et une philosophie (Brisson, 1997). Ce but : diminuer les répercussions négatives associées à l'usage de drogue plutôt que l'usage lui-même.

Dès lors, le champ de la régulation de la pratique psychotrope a été marqué par un renversement paradigmatique (Erickson, 1993; Duncan et al., 1994; Fisher, 1995), « *une rupture épidémiologique majeure* » (Bibeau et Perreault, 1995 : 234), soit une reconfiguration de l'intervention politique à propos des drogues (Berridge, 1993) avec l'apparition et la prolifération des stratégies de réduction des méfaits (RDM) au cours de la dernière décennie (Heather et al., 1993; Erickson et al., 1997; Marlatt, 1998; Riley, 1994). Au Canada, les stratégies de RDM ont fait l'objet d'une attention particulière et grandissante ces dernières années, puisque des professionnels de la santé (AITQ, 1995), des organismes nationaux (CPLT, 1996; CQCS, 1994) ou des centres publics de réadaptation en toxicomanie (Landry, 1995), et même le gouvernement canadien (SCA, 1998) les recommanderont dans la gestion sociale des problématiques reliées aux drogues.

Puisque l'État central au Canada se réclame actuellement de mener une politique de RDM, nous avons pour objectif principal *d'effectuer une évaluation critique des politiques canadiennes actuelles en matière de réduction des méfaits* dans le but d'en *mesurer les limites et les enjeux*. Pour ce faire, nous visons à mieux comprendre le développement de l'approche et la réalité de son implantation au sein du gouvernement canadien : deux objectifs particuliers et développés chacun au sein d'un article scientifique.

L'évaluation critique des politiques canadiennes actuelles en matière de réduction des méfaits

Les limites et les enjeux du développement de l'approche de RDM : une perspective canadienne

Un premier objectif visait à mieux comprendre le contexte historique du développement conceptuel de l'approche, un processus rendu possible par l'étude de la littérature canadienne sur le *développement de l'approche de réduction des méfaits*. Au terme de ce processus, nous pouvions établir une grille d'évaluation de l'appartenance conceptuelle à l'approche (éléments clés ou déterminants), pour identifier si une politique ou une stratégie peut se prévaloir de ce terme. Enfin, l'étude des *limites et des enjeux* permettait d'offrir une vision critique face au développement de l'approche.

L'absence de consensus et l'incapacité à statuer au sein de l'approche de RDM : l'émergence d'un continuum de définition et de conceptualisation

L'analyse critique de cette littérature signale certaines limites inhérentes à l'approche (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre III). Principalement, il a été constaté une absence de consensus sur nombreuses notions appartenant à l'approche (définition, terminologie, concepts clés, typologies des actions, cadre politico-légal). Cette absence de consensus est le fruit des sources qui ont participé à l'émergence de l'approche, des acteurs différents aux motivations variées qui se sont réunis autour d'un même but. Il en résulte une incapacité à statuer, ainsi qu'un continuum de définition et de conceptualisation au sein de l'approche.

La réaction à la crise : quand l'urgence et la popularité contribue à l'absence d'approfondissement des limites conceptuelles de l'approche

Aussi, ce continuum de définition et de conceptualisation a constitué une réponse à la crise du sida et aux modèles traditionnels de la toxicomanie (abstinence) incapables d'y répondre. Dès lors, la RDM s'illustre dans un processus de réaction à l'urgence, un contexte qui a permis à l'approche d'acquérir une notoriété incontestable dans le domaine de l'intervention et de la santé publique, par des pratiques reconnues (méthadone, échange de seringues, etc.) réunies autour de certains concepts et de certaines valeurs (notion de risque et de méfait; *humanisme* et *pragmatisme*). Aussi, cette situation de crise a aussi engendré l'absence de démarche d'approfondissement des limites conceptuelles de

l'approche, par des discussions fondamentales critiques et consensuelles. Il en résulte, par exemple, des pratiques et des valeurs qui ne s'inscrivent aucunement dans une éthique propre à l'approche.

L'absence de cadre explicite pour déterminer l'appartenance à l'approche : l'émergence de vides conceptuels

Dans la démarche de construction de la grille d'évaluation de l'appartenance conceptuelle à l'approche (éléments clés ou déterminants), seulement les critères consensuels ont été retenus car ils sont les seuls à permettre de donner le statut d'approche à la RDM⁸⁵. Là encore, de nombreuses questions et vides conceptuels apparaissent. Dès lors, la grille de lecture établie (éléments clés) consiste davantage en un cadre de référence, qui permet surtout d'identifier la présence de l'approche, plutôt qu'une réelle grille d'évaluation d'appartenance conceptuelle. Par conséquent, l'ensemble de ces conditions crée des vides conceptuels qui permettent à quiconque de récupérer ou d'institutionnaliser l'approche selon ses objectifs, ses valeurs et son contexte culturel (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre III).

L'institutionnalisation de la RDM au sein de l'agenda politique canadien : limites et enjeux de la conceptualisation actuelle

Un deuxième objectif consistait à effectuer une analyse documentaire des politiques canadiennes (telles que véhiculées par les *Stratégies canadiennes (ou nationales) antidrogue*) dans le but de connaître et comprendre la conceptualisation de la RDM au sein de l'agenda politique canadien. La grille de lecture établie dans l'étude du développement de l'approche de RDM (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre III) a permis d'identifier la présence et la conceptualisation de la RDM au sein de l'agenda politique canadien. L'atteinte de cet objectif permettait de comprendre (1) comment le Canada conçoit la RDM, (2) à partir de cette conception, comment l'intègre-t-il au sein de ses objectifs politiques et (3) quelles sont les limites et les enjeux de cette conceptualisation particulière de la RDM ? Il semble important de préciser que ce travail n'a pas constitué une évaluation de l'efficacité empirique (incidence) des stratégies ou des politiques canadiennes en matière de RDM, mais plutôt une étude théorique sur comment et pourquoi

⁸⁵ Par contraste avec l'idée de mouvement qui stipule une proximité conceptuelle avec l'approche mais dont les limites ne sont pas consensuelles.

le gouvernement canadien en est venu à adopter une politique de RDM, ainsi qu'identifier les limites et les enjeux de cette conceptualisation particulière au sein de son agenda politique.

La récupération abusive de la RDM : un but plutôt qu'une stratégie

Les risques de récupération abusive de l'approche (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre III) se sont avérés réels et présents dans le contexte canadien (Gillet et Brochu, document non publié, chapitre IV). Nous avons constaté une conceptualisation de la RDM comme un but général, dans lequel les mécanismes de réduction de la demande et de l'offre (diminution de la prévalence) constituent des objectifs (des moyens) légitimes. Cette conceptualisation souligne alors l'absence de réelle rupture face à la notion d'abstinence, et donc le peu de respect face aux fondements essentiels du modèle de RDM. Les limites du développement de l'approche (absence de consensus et flous conceptuels) ne sont pas sans jouer un rôle dans ce phénomène.

La récupération abusive de l'approche : la perte de l'humanisme

De plus, nous avons constaté, à l'instar de Quirion (2001), une perte de *l'humanisme*, notion si cher à l'approche, au profit d'un modèle de « gestion des risques ». Ce changement de cap s'illustre par un dérapage de la notion de méfait individuel au profit de celle de méfait collectif, mais aussi par un dérapage de la notion de méfait au profit de celle de risque. Ces changements conceptuels stigmatisent les usagers qui sont alors générateurs de risques sociaux, et les interventions sociales s'effectuent donc pour le bénéfice de la communauté plutôt que pour les usagers. Cela interroge les réelles intentions du gouvernement canadien dans l'institutionnalisation de la RDM

Les rôles des SCA dans l'agenda politique canadien

L'adoption d'un modèle consensuel

Si les limites définitionnelles et conceptuelles du modèle de RDM expliquent en partie les dérapages identifiés au sein de l'approche, les motivations liées à l'agenda politique canadien exercent aussi un rôle dans l'adoption de cette conceptualisation particulière de la RDM. Ainsi, les SCA s'avèrent être de bons moyens pour intégrer la notion de risque, telle que définit par l'agenda sécuritaire (Mary, 1997) et de « gestion des risques » (Giddens, 1991; Quirion, 2001) de l'État central. Les SCA permettent alors de diffuser les normes

instituées par le gouvernement fédéral. Enfin, les SCA ont constitué un moyen de maintenir un leadership fédéral sur la scène nationale et internationale. Pour ce faire, l'État devait maintenir le contrôle des pratiques sécuritaires, et institutionnaliser des pratiques sanitaires sur lesquelles il perdait un droit de regard lors de la récupération des fonctions sociales par le milieu communautaire et associatif (Kaminski et Mary, 1999). Pour opérationnaliser son agenda politique et maintenir son leadership, le gouvernement élabore un modèle consensuel qui tienne compte de l'ensemble des intérêts politiques et paradigmatiques en vogue dans le contexte canadien. Ce modèle institue une séparation des compétences institutionnelles dans un contexte de compétition interministérielle pour la représentation et la définition de la problématique des drogues au Canada. Ainsi, les instances sanitaires et pénales se renforcent mutuellement dans leur maintien, au sein d'un modèle général aux saveurs de RDM, d'abstinence et de prohibition. Toutefois, l'association entre RDM, abstinence et prohibition soulève des questionnements au regard des buts visés par ces modèles. Dès lors, ces associations devraient faire l'objet d'une étude plus approfondie pour mesurer les limites et les enjeux qui en découlent.

Le maintien de la RDM dans un esprit d'abstinence

L'adhésion des acteurs pro-abstinence à la RDM pour des raisons sanitaires dans un contexte de crise

Étant donné que l'abstinence peut constituer un but à long terme en RDM (Brisson, 1997; Riley, 1994), l'approche de RDM peut s'inscrire dans ce cadre général pourvu qu'elle garde ses actions propres. Bien que Riley (1994) soutient que les visées d'abstinence restent le modèle dominant en Amérique du Nord et au Canada, les acteurs aux visées d'abstinence se rallient ou même participent au développement de l'approche, à certaines de ces conceptualisations et pratiques, et principalement pour des raisons sanitaires dans le contexte de la crise du sida. Le constat d'impuissance de l'abstinence à gérer la crise, et/ou le fait que certaines stratégies offrent la possibilité de soutenir le modèle d'abstinence en sont les raisons. Avoir des idéaux d'abstinence et travailler en RDM est donc possible. Le symbole de cette réunion d'intérêts entre visées d'abstinence et préoccupations sanitaires : les programmes de maintien à la méthadone. Il s'agit là de l'influence du pôle médical, qui a constitué une source de l'approche (Brisson, 1997).

Au terme de ces propos, il en résulte que la rupture face à l'abstinence n'est donc pas fondamentale, mais plutôt relative au regard de l'aspect irréalisable de ce modèle. Elle s'effectue seulement sur le caractère prioritaire de l'abstinence dans les objectifs d'intervention, conférant à l'approche l'idée d'une intervention de crise ou une action à court terme pour faire face à l'urgence de la crise du sida dans laquelle l'abstinence n'est pas réaliste. Est-ce à supposer alors qu'une fois la crise passée (découverte d'un vaccin, par exemple), le *pragmatisme* n'ayant plus de raisons d'être, les acteurs en RDM réintégreront un modèle d'abstinence qu'ils jugent idéal en théorie ? S'il est facile de reconnaître que d'un point de vue sanitaire (et physique) l'abstinence constitue un idéal et un but ultime de l'intervention, car sans usage il n'y a pas de méfaits associés, qu'en est-il des dimensions psychologiques et sociales aussi présentes dans la problématique des drogues ?

L'aspect multidimensionnel de la consommation : l'adaptation psychosociale dans la problématique des drogues

L'approche de RDM, et plus généralement la problématique des drogues, compose aussi avec des dimensions existentielles, sociales et culturelles qu'elle ne peut subordonner aux questions de santé. Vivre en santé signifie aussi évoluer et s'adapter à un milieu, un espace social et culturel sans lesquels une vie saine ne peut prendre de sens. Car les substances psychotropes constituent des moyens efficaces pour la socialisation des jeunes (Hange et Irgens-Jensen, 1990), un rituel de passage à l'âge adulte où l'intoxication diminue graduellement avec l'âge (Grant, Harford et Grisgon, 1987; Hammer et Vaglum, 1990; Pape et Hammer, 1996). Pour Kalant et Kalant (1971) les drogues acceptées socialement sont partie intégrante de nos traditions car elles sont « *des formes habituelles d'hospitalité, d'appartenance et de célébration et favorisent le renforcement des liens sociaux, contribuant ainsi au fonctionnement plus harmonieux de la société* » (Kalant, 1994 : 182). Et si l'usage de drogues était une adaptation naturelle, malgré son caractère parfois illégal, pathologique et auto-destructeur, un moindre mal pour éviter des conséquences encore plus grandes que la consommation elle-même (Malherbe, 1994) ? En effet, certains auteurs voient dans les comportements de consommation un moyen de compenser un manque de satisfaction, le sentiment de payer trop cher le maintien de leur équilibre psychologique ou social (Heimler, 1975) ou une fonction d'anesthésie de la conscience qui permet de lutter contre le stress et les frustrations sociales (Peele, 1981). L'incapacité ou l'impossibilité pour un individu de combler ce vide ou de répondre à ses angoisses par le médium qu'est la

drogue, ne pourrait-il pas constituer un facteur de risque pour des comportements hautement plus destructeurs, tel que la complète désaffiliation sociale ou le suicide ? L'absence de cette « soupape de décompression » pourrait même comporter des risques de comportements dangereux pour le reste de la société (Kalant, 1994).

La pathologisation systématique de l'usage : la justification du travail de sauvetage dans une approche symptomatique

L'idéal d'abstinence ne peut donc être un but ultime de l'intervention ou un objectif individuel idéal à atteindre, ni même un objectif de société. L'abstinence est tout simplement un choix de vie individuel, thérapeutique, et circonstanciel (qui peut être constamment remis en cause par l'usager). Dès lors, le danger de la pénétration du modèle et de la notion d'abstinence au sein de la RDM est de voir apparaître une pathologisation systématique de l'usage, sans reconnaissance du caractère adaptatif de la consommation. Car l'abstinence, par nature, ne fait pas de distinction entre usage et abus, entre problème ou non. Le prix à payer : le maintien de la stigmatisation du simple usage, et donc de tous les usagers qu'ils soient à problème ou non. Bien que les acteurs aux idéaux d'abstinence acceptent d'intervenir dans l'usage, celui-ci demeure, de leur point de vue, la principale cause de méfaits. Dès lors, la RDM, et certaines de ses pratiques vedettes (prescription de méthadone), sont donc toutes désignées pour contrer les méfaits de cet usage dans lequel l'abstinence ne fonctionne pas, et d'y demeurer aussi longtemps que l'usage constitue le principal problème.

La priorisation des méfaits primaires

Ainsi, la RDM dans un esprit d'abstinence se transforme en une approche de sauvetage, voir un premier pas vers l'absence de consommation qui justifie alors son rôle et son maintien dans la régulation psychotrope. Ce faisant, les acteurs en RDM risquent de privilégier une approche symptomatique qui intervient dans l'usage (méfaits primaires⁸⁶) et oublier (ou dénier) les méfaits liés à la stigmatisation sociale (méfaits secondaires). Dans ce sens, il s'établirait, en RDM, une priorisation constante des méfaits primaires (principalement au nom des risques sanitaires) au dépend des méfaits secondaires. Si le contexte du sida nécessitait cette priorisation dans une situation d'urgence, est-ce que vingt

⁸⁶ Précisons que le terme « primaire » renvoie au caractère direct des conséquences de l'usage, tandis que le terme « secondaire » renvoie aux méfaits de la réaction sociale.

plus tard, profitant de sa crédibilité et de sa capacité d'intervention, la RDM ne devrait-elle pas commencer à s'impliquer davantage sur d'autres fronts que ceux de la santé (par exemple les aspects psychosociaux), et particulièrement dans certaines causes (réaction sociale) des méfaits qu'elle traite?

Le maintien de la RDM au sein d'un modèle prohibitionniste

Le moralisme juridique : l'institutionnalisation de la guerre à la drogue au sein de la RDM

La prohibition constitue actuellement la principale responsable de l'impopularité des clientèles toxicomanes auprès de la population puisque la définition pénale des toxicomanes ne peut se faire que pour des raisons de sécurité (Beauchesne, 2000). Le message est celui-ci : ce sont des criminels qui engendrent de l'insécurité. Il s'agit alors du moralisme juridique. D'ailleurs, selon Beauchesne (2000), plusieurs documents du CQCS (1994, 1998 et 1999) soulignent des difficultés sur le terrain liées aux mesures prohibitionnistes. Parmi ces difficultés, la nécessité de la collaboration policière dans l'implantation de certaines stratégies, mais aussi une méfiance des intervenants à l'égard des usagers. L'impopularité de la clientèle est principalement due au contexte prohibitionniste qui « *maintient une perception négative de cette clientèle qui suscite la peur, la méfiance et le mépris* » (Beauchesne, 2000 : 83). Le risque majeur consiste alors à voir apparaître une « *institutionnalisation de la guerre à la drogue dans les politiques même de santé publique* » (Beauchesne, 2000 : 85). Ainsi, l'exercice de la RDM au sein de la prohibition pourrait s'exercer dans un cadre de moralisme juridique engendré par le mépris et la méfiance des intervenants à l'égard des usagers (Beauchesne, 2000).

Le paternalisme juridique : la normalisation du travail de sauvetage

L'institutionnalisation des pratiques de RDM s'est fait essentiellement pour des raisons sanitaires, liées à l'épidémie du sida dans les années 80 (Beauchesne, 2000). En fait, ces nouvelles politiques ont donné lieu au passage du moralisme juridique (lié à la prohibition) vers le paternalisme juridique (lié au sida). Certains toxicomanes sont passés du statut de délinquant à celui de malade potentiellement contagieux dont il faut protéger l'honnête citoyen. Le statut de malade potentiellement contagieux constitue la double stigmatisation, soit en plus de celle engendrée par la prohibition. Beauchesne (2000) souligne que la loi du silence qui demeure chez les intervenants sur cette double stigmatisation, afin de maintenir leurs budgets et leurs capacités d'interventions, n'est pas sans conséquence. Elle maintient le

schème actuel de la prohibition, et donc « *la normalisation du travail de sauvetage des méfaits de la prohibition et de la répression* » (Beauchesne, 2000 : 83).

L'absence d'action politico-légale : le maintien d'une « médecine de guerre »

Si tous les acteurs en RDM (ou presque) condamnent le contexte prohibitif actuel au niveau des répercussions sanitaires et humaines, tous ne sont pas prêts à se politiser autour de ce débat et se compromettre au plan de l'opinion publique ou de la classe politique (Brisson, 1997), prétextant l'intervention pragmatique et la neutralité scientifique (Erickson et al., 1997). Dès lors, ceux qui considèrent que la RDM est une démarche à part entière (en dehors du débat politico-légal) maintiennent leurs actions au sein d'un modèle général prohibitionniste. La reconnaissance des méfaits de la prohibition justifie leur rôle, mais l'absence d'actions ou de positions stratégiques sur le contexte légal assure le maintien de leur travail de sauvetage. Dès lors, si le fait de considérer la RDM comme une approche à part entière permet de travailler dans le cadre juridique actuel (*pragmatisme*), ne constitue-t-elle pas une « *médecine de guerre* » (Beauchesne, 2000) ? Dans ce sens, la RDM serait un traitement des symptômes dont la prohibition est une cause importante tant ses méfaits sont importants⁸⁷. De fait, malgré la reconnaissance des méfaits secondaires liés à la prohibition, l'intervention en RDM continue de se situer majoritairement au niveau des méfaits primaires (une intervention sur l'usage problématique principalement dû au contexte prohibitionniste⁸⁸) avec tous les risques de stigmatisation que cela implique. Ainsi, les acteurs en RDM ne devrait-il pas statuer sur le contexte légal approprié au bon développement de l'approche, afin de ne pas continuer de maintenir un schème linéaire où l'intervention humaniste et pragmatique constituent des prétextes de contrôle des populations, sans interventions au niveau des structures et des politiques qui contribuent à hypothéquer les usagers ?

⁸⁷ Par exemple, on peut continuellement tenter de rejoindre les usagers pour des interventions psychosociales (outreach) mais le cadre prohibitionniste et répressif fera en sorte qu'ils continuent constamment de se cacher, de se méfier et de s'isoler.

⁸⁸ La RDM offre des zones sécuritaires pour contrôler les risques reliés à l'altération des produits alors qu'un cadre législatif adapté pourrait contrôler directement les produits et les doses.

La remise en question des processus élitistes d'adoption de politiques institutionnelles et des paradigmes dominants pour les soutenir

La linéarité des modèles de gestion de la toxicomanie

La priorisation constante de l'intervention individuelle au nom des problèmes sociaux : un risque de stigmatisation

L'intervention pragmatique guide les actions en fonction du contexte social, où la RDM constitue une approche qui permet de travailler avec des acteurs aux mentalités différentes (CCLAT, 1996; Hankins, 1997; Strang, 1993). Il s'agit ici d'un point fort de l'approche, un de ses fondements. Mais le danger est alors de voir une approche dont les actions constituent des pansements plutôt que des processus visant à contrer certaines causes des problèmes reliés aux drogues. Dès lors, l'action est toujours portée sur l'individu responsable des problèmes sociaux, un processus qui ancre la RDM au sein d'une priorisation constante des méfaits primaires (une approche symptomatique). Ce modèle engendre (1) une absence de normalisation des comportements individuels de consommation⁸⁹ et donc (2) l'absence d'harmonisation des rapports entre les individus (utilisateurs et le reste de la société)⁹⁰, deux conditions qui constituent alors un risque sérieux de voir les méfaits secondaires (réaction sociale) devenir la source principale des problèmes reliés à la consommation (mépris et méfiance envers les usagers). Ainsi, les acteurs en RDM ne devraient-ils pas déposer un moratoire sur le rapport à l'abstinence et suggérer un cadre législatif adéquat pour éviter tout dérapage nuisible au bon fonctionnement de l'approche et propice aux intérêts des usagers?

Un modèle ascendant : changer les individus pour changer la société

Un des problèmes majeur des approches en santé est de maintenir un schème linéaire qui continue de voir les individus comme la source des problèmes. « *L'examen des dimensions sociales, politiques et économiques de la vie des personnes s'impose comme point de départ incontournable dans cette réflexion* » (Bibeau, 2000) et par conséquent des interventions sur ces dimensions sont nécessaires. Nier ces dimensions ne révèle que notre incapacité et notre échec comme société à gérer les conséquences des problèmes que nous

⁸⁹ Dans ce sens, la normalisation signifie de reconnaître que l'usage n'est pas toujours pathologique, mais aussi qu'il constitue quelquefois, lorsqu'il est problématique, une stratégie efficace face aux risques de problèmes nettement plus dangereux tels que la désaffiliation sociale et le suicide.

⁹⁰ Le maintien de la stigmatisation sociale et les processus d'exclusion qui l'accompagnent.

avons en partie institués et à atteindre les objectifs sociaux déterminés. Selon Bibeau (2000) :

« On cherche à remodeler la société en changeant les comportements des individus au lieu d'examiner les contraintes qui s'imposent aux personnes et de décrire les conditions de vie qui limitent l'initiative dont elles disposent. Plutôt que de s'intéresser sérieusement au social, la santé publique finit par se centrer sur l'individuel et le personnel en occultant la dimension collective de la société » (Bibeau, 2000 : 65).

En maintenant ce schème de conceptualisation et d'interprétation, nous ne pouvons qu'accroître la responsabilisation et l'individualisation des problèmes et, de fait, induire des paradigmes qui s'orientent vers la médicalisation et la gestion des risques des populations ciblées. Dès lors, un modèle de RDM, qui se maintient dans un esprit d'abstinence et dans un cadre légal qui favorise la stigmatisation des usagers, et donc leur contrôle, favorise l'apparition des méfaits secondaires et donc le travail de sauvetage des populations hypothéquées. Dès lors, il s'agit d'une approche symptomatique qui contribue à son propre maintien au nom de l'humanisme et du pragmatisme plutôt qu'intervenir sur les causes de certains problèmes sociaux qui pourraient s'effectuer au nom des mêmes valeurs. Ainsi, dans une telle conceptualisation, la RDM n'est-elle pas récupérée à des fins politiques et sociales, des dimensions qui méritent alors d'être étudiées plus en profondeur au sein de démarches de recherche futures ?

L'assise du positivisme dans la construction sociale de la problématique des drogues

L'absence ou le peu d'impact des comités d'usagers dans la définition élitiste de la problématique des drogues

La récupération institutionnelle abusive de la RDM en fonction de l'agenda politique contextuel n'est pas sans soulever des questionnements. À ce sujet, s'il est évident que les usagers participent d'une certaine manière à la construction des concepts, par exemple au travers de recherches ou lors de la relation thérapeutique, il n'en demeure pas moins que ce sont les professionnels qui font le travail de synthèse en catégorisant et en définissant les concepts à partir de leur réalité clinique ou de recherche. Il s'agit d'un travail d'interprétation qui se fait à partir du sens qu'eux donnent aux vécus des usagers et aux problèmes qui s'y rattachent. Ou encore, ce sont les institutions, qui par les mesures légales, les structures ou les actions mises en place, catégorisent et définissent les réalités vécues par les usagers. Toutefois, ne pourrait-on pas concevoir que les usagers aillent plus loin dans le processus de définition ? En fait, plutôt qu'être la source de cette définition, ne

pourraient-ils pas en être aussi le moteur ? Ainsi, les usagers contribueraient eux-mêmes, à travers une ligue nationale et des comités locaux, à définir leurs problèmes et les interventions qui en découlent. Leur autonomie serait préservée et leur réalité prise en compte dans l'organisation sociale. Dans ce sens, ils seraient, au même titre que les experts et les décideurs politiques, les constructeurs de leur réalité contextuelle. Au Canada, des regroupements d'usagers se sont formés sur les scènes locales⁹¹ (Brisson, 1997). Si Brisson (1997) souligne que ces groupes sont de plus en plus visibles et organisés, l'auteur constate aussi qu'ils n'ont « *encore que peu d'impact sur l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et politiques publiques* » (Brisson, 1997 : 61).

L'absence de vision phénoménologique

«L'approche de réduction des méfaits cherche à déterminer, à mesurer et à réduire au minimum les effets négatifs de l'usage des drogues» (Riley, 1996 : 132). Ainsi, avant de réduire un méfait, il faut être capable de le déterminer. La détermination peut être aléatoire, selon notre bon sens, ou rigoureuse, à travers une méthodologie qualitative et/ou quantitative qui assure la rigueur de la mesure (Poupart et al., 1997). Le paradigme scientifique dans lequel nous vivons prône d'avantage la détermination de type positiviste (Bibeau, 2000), qui prétend qu'un phénomène est mesurable et observable objectivement, par exemple par des études quantitatives ou qualitatives via des instruments (Poupart et al., 1997). Le paradigme phénoménologique, quant à lui, suggère que ce type d'évaluation ne puisse se faire qu'au regard de l'expérience de l'individu et selon sa propre interprétation de la nature ou de la gravité du phénomène (Poupart et al., 1997). L'abus de rationalité est à la fois une cause et une conséquence de l'absence de comité d'utilisateur dans la détermination politique des stratégies de RDM. Parce que les acteurs sont absents des processus de définition et des débats, le positivisme demeure le paradigme en place. Et parce que le positivisme se maintient dans un cadre global de la détermination des problématiques sociales, il est difficile d'accorder une place importante aux acteurs de première ligne, soit les usagers. La conséquence, et pas la moindre, est que les acteurs participent très peu dans les démarches qui vont mener à l'élaboration de stratégies et d'actions dont ils sont les supposés bénéficiaires. L'absence, ou le peu de poids politique et scientifique, des comités d'usagers est aussi une limite à cette représentativité. Ainsi, la détermination des concepts est davantage représentée par des experts ou des élites, via des mesures et surtout dans une

⁹¹ *Citizens On Drugs*, à Toronto, est le premier regroupement et le plus actif au Canada (Brisson, 1997).

logique quantitative (études de prévalence et épidémiologiques pour justifier la nature et l'ampleur d'un problème) puisque la parole est peu donnée aux acteurs. Les concepts étant déterminés de l'extérieur par des experts (pas seulement en toxicomanie), ceux-ci sont à même de les prédire, les mesurer et les contrôler. Cette logique graduelle mène à la définition, à la mise en ordre et à la priorisation des méfaits selon la logique sociale élitiste du moment (paradigme, priorité, agenda politique, etc.) par les experts ou bien les acteurs en régulation psychotrope.

La contribution sociale de la recherche sur les politiques de réduction des méfaits au Canada

Le fonctionnement politique

La compétition verticale entre l'élite et la masse

Bien évidemment, la mise à plat des différents intérêts et la recherche de consensus qui en découle fait émerger plusieurs impressions quant au processus d'adoption politique des stratégies de lutte antidrogue. Tout d'abord, notre analyse reflète « la théorie du complot » qui élabore une certaine logique organisationnelle et élitiste, une décision d'un instant souvent exprimée au nom d'intérêts financiers et de pouvoir dont bénéficient les élites au dépend de la masse. Cela traduit alors un processus de *compétition verticale* dans la pyramide sociale, telle qu'exprimée par les théories du conflit social. Toutefois, il ne s'agit pas d'une décision ponctuelle décidée à huit clos par les élites politiques, mais plutôt d'une construction sociale établie dans le temps où un ensemble d'acteurs (chercheurs, fonctionnaires, lobbies diverses, politiciens, etc.) ont participé au processus d'influence de la définition sociale actuelle de la problématique des drogues. L'absence de certains acteurs (par exemple, les groupes d'usagers) signale certainement la prédominance de décisions élitistes. Ainsi, si en terme de processus cette théorie est valide puisque ce sont les élites qui ont construit ce processus, elle demeure cependant réductionniste au niveau des buts évoqués. Car on ne peut subordonner les enjeux paradigmatiques et les croyances construites de façon temporelle et sociale au profit d'unique intérêts financiers et de pouvoirs. Il nous semble alors pertinent de préciser que cette recherche de consensus est aussi le fruit des démarches démocratiques propres à nos sociétés. Dans ce sens, les théories du consensus social prédominent pour exprimer les buts visés par les élites (la recherche de consensus), mais celles du conflit social traduisent davantage les processus mis en place pour y parvenir. Dès lors, nul doute de voir apparaître des politiques qui représentent

davantage la vision phénoménologique des élites au pouvoir plutôt que celles de la population à qui sont destinées ces actions. Par conséquent, il est plus raisonnable et constructif, selon nous, de critiquer les processus de construction et d'implantation des politiques plutôt que de remettre sans cesse en cause les objectifs visés par les élites. Dès lors, si les propositions faites dans ce travail ne traduisent certainement pas toute la complexité des phénomènes, elles tentent d'en améliorer la compréhension. Par conséquent, cette démarche descriptive se veut exploratoire et ne demande qu'à être améliorée par des recherches plus approfondies afin de valider ou nuancer nos analyses.

La compétition horizontale entre les élites

Au niveau politique, ce présent travail permet de mettre à jour le fonctionnement des structures et les motivations qui les accompagnent, soit le processus de *compétition horizontale* entre les élites. L'analyse des SCA ont permis de garantir une certaine prise de conscience en identifiant les acteurs, les structures, les paradigmes et les dynamiques qui interviennent dans la définition sociale de la problématique des drogues et dans la réaction sociale face à leur usage. Exclusivement basée sur du matériel documentaire, cette démarche comporte alors certaines limites. Le recours à des entrevues auprès de certains responsables politiques ou fonctionnaires de certains ministères aurait pu nous permettre d'obtenir davantage d'information ou de nuancer celles qui sont les nôtres. Nos interprétations sur l'agenda politique demeurent aussi limitées car celui-ci évolue constamment. Le temps écoulé entre le début de la démarche et la fin de celle-ci mériterait une réévaluation de cette analyse. Enfin, nous avons décidé d'adopter un cadre particulier (politique et conceptuel) pour interpréter les enjeux autour de notre sujet d'étude. L'adoption d'un regard différent fournirait peut-être des propositions d'une autre nature. Quoiqu'il en soit, cette perspective n'en est pas moins intéressante pour autant, et signale une vision particulière associée au processus de compétition horizontale qui participe à la construction sociale de la problématique des drogues au Canada.

Les enjeux au niveau de l'intervention

Au niveau de l'intervention, les enjeux sur le développement de l'approche et sur l'institutionnalisation du modèle procurent aux intervenants des pistes de réflexions sur la nature de certains mandats, sur les dangers de certaines conceptualisations, mais aussi sur leur implication dans l'ensemble du processus social d'intervention. Ce travail fournit aussi

des questionnements susceptibles d'engendrer des changements pour un développement amélioré du modèle de RDM. L'adoption d'un processus éthique, la nécessité d'approfondir les réflexions conceptuelles et consensuelles en RDM, ainsi que l'importance des visions de l'utilisateur dans les conceptualisations de la RDM ou dans ses processus d'institutionnalisation constituent des voies à explorer. Encore une fois, des entrevues auprès d'intervenants dans le domaine auraient certainement permis d'approfondir notre analyse ou de la nuancer. Fort de leur expérience en la matière, leur perspective demeure intéressante dans la compréhension sociale de la problématique à l'étude.

L'importance de la recherche

Globalement, l'évaluation des politiques canadiennes en matière de RDM constitue un apport certain, puisque les politiques conditionnent toutes nos interventions sociales, psychothérapeutiques et éducatives (Bertrand, 1997). Par conséquent, l'analyse critique des politiques au sein d'activités de recherches rigoureuses et systématiques constitue une évaluation importante pour réajuster les interventions aux nouveaux besoins et aux caractéristiques du moment. De plus, nous accordons une importance particulière à l'implication sociale. Dès lors, l'analyse critique et les résultats de recherche garantissent l'exercice du pouvoir démocratique, qui lui permet de se prononcer, de conseiller et de prendre part aux décisions qui concernent la population. Parce que l'argent du contribuable permet de mettre en place des politiques et des pratiques qui lui sont destinées, et parce que le bénéfice de la science doit servir la population, le chercheur s'implique politiquement et socialement dans la communauté au travers de la science et de ses recherches. Malgré l'engouement généralisé pour la RDM, certains voient dans sa conceptualisation actuelle des risques de stigmatisation (Beauchesne, 2000; Quirion, 2001). Le développement des stratégies de RDM n'est pas sans faire l'objet d'éloges et d'attention, mais aussi de critiques. Cependant, la littérature critique concernant le développement des stratégies de RDM reste toutefois très isolée au Canada. La lune de miel avec cette approche tant prometteuse explique peut-être cette carence dans les écrits scientifiques. Dès lors, ce présent travail a permis de contribuer à l'amélioration du processus critique, fort important pour le développement ultérieur de l'approche. En soulignant les enjeux et les limites du modèle, nous espérons contribuer à faire émerger des recommandations susceptibles d'améliorer les concepts et l'approche de RDM pour qu'elle ne se dilue pas au profit d'enjeux politiques et institutionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- Association des intervenants en toxicomanie du Québec – AITQ, (1995). *L'association des intervenants en toxicomanie du Québec Inc. donne son appui aux stratégies de réduction des méfaits en matière de drogues qui s'inscrivent dans une politique globale de promotion de la santé*. Proposition soumise et adoptée par l'Assemblée générale, 31 mai.
- Beauchesne, L. (1988). L'origine des lois canadiennes sur les drogues, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. I, 125-136. Montréal : Gaëtan Morin.
- Beauchesne, L. (1992). *La légalisation des drogues pour mieux en prévenir les abus*. Montréal : Éditions du Méridien. 383 pages.
- Beauchesne, L. (1994). Légalisation des drogues et promotion de la santé. In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. II, 105-127. Montréal : Gaëtan Morin.
- Beauchesne, L. (1997). La loi C-8 est maintenant adoptée. *Écho-Toxico*, janvier 1997.
- Beauchesne, L. (2000). Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. III (73-99). Montréal : Gaëtan Morin.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders : Studies in the Sociology of deviance*. New York : Free Press.
- Berridge, V. (1993). Harm Minimization and Public Health : An Historical Perspective. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to Science*, 55-64. London : Whurr Publishers.
- Bertrand, M.A. (1984). Le contrôle de la drogue au Canada, dix ans après Le Dain. *Le Devoir*, 26 mars, 14-15.
- Bertrand, M.A. (1986). Les intérêts professionnels : obstacles premiers aux changements des lois sur les drogues et à l'utilisation efficace des ressources pour toxicomanies dans *Qualité de vie et drogues, Place aux jeunes*, XIV^e Colloque de l'AITQ, 1985 Montréal : Gaëtan Morin, 65-81.
- Bertrand, M.A. (1988a). Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, 139-155. Montréal : Gaëtan Morin.
- Bertrand, M.A. (1988b). The cost of prohibition on drugs. *Papers of the international anti-prohibitionism forum*, Brussels, octobre.
- Bertrand, M.A. (1989). *Le contrôle pénal du cannabis au Canada*. Université de Montréal, document inédit.
- Bertrand, M.A. (1990). Beyond prohibitionist. *The Journal of Drug Issues*, 20(4), 533-542.

- Bertrand, M.A. (1992a). Stratégies d'intervention en régime de prohibition pénale en matière de drogues. *Intervention*, 93, octobre, 247-257.
- Bertrand, M.A. (1992b). La situation juridique et pénale à propos des drogues en Amérique du nord. *Actes du Colloque « Drogues et Droits de l'homme »*, sous la direction de Francis Caballero. Université de Paris-Nanterre, Collection Les empêcheurs de danser en rond. Le Plessis Robinson, Les Laboratoires DeLagrange/Synthelabo, 111-129.
- Bertrand, M.A. (1994). New players and new strategies : Questioning prohibition. *International reports on drugs*, sous la direction de J.L. Robert. Bruxelles, International Antiprohibitionist League.
- Bertrand, M.A. (1997). Réflexion sur la décriminalisation et l'intervention. Conférence prononcée dans le cadre des journées de formation et d'études de l'ANPASE, Aix-Les-Bains.
- Bibeau, G. (2000). L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanies : des perspectives critiques, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. III, 45-69. Montréal : Gaëtan Morin.
- Bibeau, G. et Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises à travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal : Boréal.
- Boggio, Y., Cattacin, S., Cesoni, M. L. et Lucas, B. (1997). *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogue*. Genève : Georg.
- Bottomore, T. B. (1966). *Elites and society*. Penguin : London.
- Bouhnik, P. (1996). Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé. *Communications*, 62, 241-256.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Brisson, P. (1988). Aspects sociologiques contemporains liés à l'usage et à l'abus des psychotropes, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, 79-90. Montréal : Gaëtan Morin.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT). 109 pages.
- Brochu, S. (1995). *Drogues et criminalité : une relation complexe*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S. (1997). Drogue et crime : mythes et réalité. In S. Bauhofer, P. H. Bolle et V. Dittmann, *Politique de la drogue – Continuation ou alternance*. Zurich : Verlag Rüegger : 31-57.

- Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Permanen, K., Motiuk, L., Cousineau, M.-M. et Gillet, M. (2001). Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens. *Forum*, 13(3), 22-26.
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (2000). Le traitement des toxicomanies dans le contexte carcéral : politiques et éthique. In P. Brisson (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III (315-330). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (2001). Drogue et délinquance : regards sur les travaux nord-américains récents. *Documents du Cesammes*, 9 : décembre.
- Brunelle, N. (2001). *Trajectoires déviantes à l'adolescence : usage de drogues illicites et délinquance*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Brunelle, N., Brochu, S. et Cousineau M.-M. (1998). *Des cheminements vers un style déviant : adolescents des centres jeunesse et des centres pour toxicomanes*. Cahier de recherche du CICC, 27, Université de Montréal.
- Brunelle, N., Cousineau M.-M. et Brochu, S. (2002). Trajectoires types de la déviance juvénile : un regard qualitatif. *Revue canadienne de criminologie*, 44(1), 1-31.
- Brunelle, N., Cousineau M.-M. et Brochu, S. (2003). La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile. *Drogues, Santé et Société*, 1(1), 1-21.
- Bryan, M. et Crawshaw, P. (1988). Politiques internationales et législation canadienne en matière de drogues, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, 105-123. Montréal : Gaëtan Morin.
- Bureau of Justice Statistics (2004). *Drug and crime facts (2002)*. www.ojp.usdoj.gov/bjs/DCF.htm. Visité en février 2004.
- Caballero, F. (1989). *Droit de la drogue*. Paris : Précis Dalloz.
- Campeau, R. (1993). *Individu et société : introduction à la sociologie*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Cardinal (1988). Dimensions culturelle et historique de l'usage des psychotropes, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, 21-34. Montréal : Gaëtan Morin.
- Cartuyvels, Y. (1996). Insécurité et prévention en Belgique : les ambiguïtés d'un modèle « global-intégré » entre concertation partenariale et intégration verticale. *Déviance et Société*, 20(2), 153-171.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris : Éditions du Minuit.

- Castel, R. (1991). From Dangerousness to Risk. In G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (Éd.), *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*, 281-298. University of Chicago Press.
- Castel, R. (1995a). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- Castel, R. (1995b). Les pièges de l'exclusion. Lien social et politiques. *RIAC*, 34 (74). 13-21.
- Cellard, (1997). L'analyse documentaire, In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin, 275-296.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies – CCLAT, (1994). *Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues*. Actes. Edmonton, Alb.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies – CCLAT, (1996). *Harm Reduction : Concepts and Practice*. A Policy Discussion Paper : CCSA National Working Group on Policy.
- Centre québécois de coordination sur le sida – 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 (MSSS).
- Centre Québécois de Coordination sur le Sida - CQCS, (1998). *Monitorage des clientèles et des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec*. Québec : MSSS.
- Centre Québécois de Coordination sur le Sida - CQCS, (1999). *Les programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec : une démarche collective d'évaluation*. Québec : MSSS.
- Cesoni, M. et Robert, C.-N. (1991). L'interdit désintégrant. De l'interdit des drogues à l'obligation médicamenteuse. L'histoire d'une intégration. *Psychotropes*, 6(3), 17-28.
- Cohen, P. D. A. (1989). La place de la politique hollandaise de la drogue dans le contexte de l'administration sociale. *Psychotropes*, 5(1-2) 125-129.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie – CPLT, (1996). *La toxicomanie au Québec : Des inquiétudes à l'action*. Montréal.
- Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, (Le Dain) (1973). *Rapport final*. Ottawa : Information Canada.
- Cormier, D. (1989). *Alcoolisme. Abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal : Éditions du Méridien.

- Cormier, D. (1993). *Toxicomanies : styles de vie*. Montréal : Méridien.
- Crozier, M. (1963). Le phénomène bureaucratique : essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel. Paris : Éditions du Seuil.
- Crozier, M. (1995). *La société bloquée*. Paris : Éditions du Seuil.
- Cusson, M. (1989). *Délinquance pourquoi?* Montréal : Bibliothèque québécoise.
- Da Agra, C. (1986). *Science, Maladie Mentale et Dispositifs de l'enfance : du paradigme biologique au paradigme systémique*. Lisbonne : Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Deslauriers et Keresit (1997). Le devis de recherche qualitative, In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (85-111). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Dion, G (1999). *La construction en droit international et en droit canadien de la prohibition des drogues*. Travail remis dans le cadre du Doctorat (inédit) : Université de Montréal.
- Dion, G. A. (2000). Législation nationale et disparités régionales : la cas du Canada. *Psychotropes – Revue internationale des toxicomanies*, 6 (4) : 65-104.
- Down, A (1957). *An economic theory of democracy*. New York : Harper & Row.
- Duncan, D., Nicholson, T., Clifford, P., Hawking, W. et Petosa, R. (1994). Harm Reduction : An emerging New Paradigm for Drug Education. *Journal of Drug Education*, 24(4), 281-290.
- Engelsman, E. L. (1990). The pragmatic strategies of dutch' « drug war ». *Drug prohibition and the conscience of nations*. Wash. D. C. : DPF 49-55.
- Erickson, K. (1966). *Wayward Puritans*. New York : Wiley.
- Erickson, P. G. (1980). *Cannabis criminals, the social effect of punishment on drug users*. Toronto : Addiction research foundation.
- Erickson, P. G. (1988). Becoming a cannabis criminal, In *Illicit drugs in Canada : A risky business*. Nelson : Canada, 291-300.
- Erickson, P. G. (1992). *Political Pharmacology : Thinking about drugs*. Daedalus, été, 239-267.
- Erickson, P. (1993). The law, social control, and drug policy : models, factors, and processes. *International Journal of the Addictions*, 28(12), 1155-1176.

- Erickson, P. G. et Murray, G. F. (1988). Cannabis criminal revisited, dans *Illicit drugs in Canada : A risky business*. Nelson : Canada, 314-321.
- Erickson, P. G.; Riley, D., Cheung, Y. W. et O'Hare, P. (1997). *Harm reduction : a new direction for drug policies and programmes*. University of Toronto Press.
- Fischer, B. (1995). Drugs, communities, and harm reduction in Germany : the new relevance of public health principles in local responses. *Journal of Public Health Policy, 16(4)*, 389-411.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Éditions Gallimard. 360 pages.
- Gendarmerie Royale du Canada (1982). *Rapport annuel national sur les drogues, 1982, et indicateurs de tendances d'ici 1985*. Ottawa : GRC sous direction des drogues, ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press.
- Gillet, M. et Brochu, S. (document non publié). *Les enjeux et les limites du développement de l'approche de réduction des méfaits : une perspective canadienne*. Mémoire de maîtrise, chapitre III, Université de Montréal
- Gillet, M. et Brochu, S. (document non publié). *Institutionnalisation des stratégies et de l'approche de réduction des méfaits au sein de l'agenda politique canadien : les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle*. Mémoire de maîtrise, chapitre IV, Université de Montréal.
- Glauser, A. S. (1995). Cocaine use : Glimpses of heaven. *Journal of Mental Health Counseling, 12(2)*, 230-237.
- Glorie, J. (1984). L'internationalisation des lois en matière de stupéfiants. *Psychotropes, 1 (3)*, 65-74.
- Goffman, E. (1969). *Asiles*. Paris : Minuit.
- Goldstein, P. J. (1986). Homicide related to drug traffic. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 62(5)*, 509-516.
- Grant, B. F., Harford, T. C. et Grisgon, M. B. (1987). Stability of alcohol consumption among youth : a national longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol, 49*, 253-260.
- Gray, C. (1994). *Government beyond the centre. Sub-national politics in Britain*. Macmillan : London
- Groulx, L.-H. (1995). Travail social et intervention en contexte d'autorité : un renversement d'analyse. *Canadian social work review, 12 (1)*, 99-112

- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M. et Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité : un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille « recrée ». *Drogues, santé et société*, 1(1), 1-24.
- Hammer, T. et Valgum, P. (1990). Use of alcohol and drugs in the transitional phase from adolescence to young adulthood. *Journal of adolescence*, 13(2), 129-142.
- Hange, R. et Igens-Jensen, O. (1990). The experiencing of positive consequences of drinking in four Scandinavian countries. *British Journal of Addiction*, 85, 645-653.
- Hankins, C. (1997). *Promoting Harm Reduction Ideas in the International Community*. Texte de la présentation à la 8^{ème} conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Paris, 23-27 mars.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. et O'Hare, P. (1993). *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : from Faith to Science*. London : Whurr Publishers.
- Heimler, J. E. (1975). *Survival in society*. Londres, Weindenfeld and Nicolson.
- Hicks et Petrunick (1997). *The best intentions are not enough : Drug prohibition as a failed intervention strategy*. CRSP/RCPS, no40.
- Jan Van Vliet, H. (1990a). The uneasy decriminalization : a perspective on dutch drug policy. *Hofstra Law review*, 18(3), 717-750.
- Jan Van Vliet, H. (1990b). The decriminalization of soft drugs in the Netherlands : a promising start. *The anti-prohibitionist Review*, no 1, 4-5.
- Kalant, H. (1994). La question des drogues au XXI^e siècle : une responsabilité gouvernementale ou individuelle? In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol II, 175-190. Montréal : Gaëtan Morin.
- Kalant, H. et Kalant, O. J. (1971). *Drugs, Society and Personal Choice*. Toronto : ARF Books.
- Kaminski, D et Mary, P. (1999). Politiques (criminelles) en matière de drogues : évolutions et tendances en Belgique. *Déviante et Société*, 23(2), 205-220.
- Kaplan, J. (1983). *The hardest drug : heroin and public policy*. Chicago : University of Chicago Press.
- Khal, G. (1988). Crise épistémologique et expérience psychotrope, In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, 5-19. Montréal : Gaëtan Morin.
- Landau, T. C. (2002). *Évaluation du programme de déjudiciarisation après la mise en accusation : Rapport final*. Ministère de la justice du Canada, Division de la recherche et de la statistique.

- Landry, M. (1995). *Conception de la toxicomanie et choix des approches de réadaptation, Version III*. Direction des services professionnels, Le regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine.
- Lascoumes, P. (1994). VIH, exclusions et luttes contre la discrimination. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction de la gestion des risques. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 61-75.
- Lemert, E. M. (1967). *Human Deviance. Social Problems and Social Context*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Lindberg, O. et Haynes, P. (2000). A comparison of drug treatment policy in Britain and Sweden : Politics, culture and elite interest groups. *Qualitative european drug research journal*. <http://qed.emcdda.eu.int/journal/papers2.shtml>. Page consultée le 07 juillet 2004.
- Majchrzak, A. (1984). *Methods for policy research*. Beverly Hill, California, Sage.
- Malherbe, J.-F. (1994). *Autonomie et prévention : alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*. Montréal : Fides. 189 pages.
- March, J. G. Et Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering institutions : the organizational basis of politics*. New York : Free Press.
- March, J. G. Et Olsen, J. P. (1995). *Democratic governance*. New York : Free Press.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm Reduction : Come as You Are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.
- Marlatt, G. A. (1998). Basic Principles and Strategies of Harm reduction. In G. A., Marlatt, (Eds), *Harm Reduction : Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, 49-66. New York : Guilford Press.
- Marlatt, G.A. et Tapert, S.F. (1993). Harm reduction : Reducing the Risks of Addictive Behaviors. In J.S. Baer, G.A. Marlatt et R.J. McMahon (Eds), *Addictive Behaviors Across the Life Span*. Sage Publications.
- Marshall, C. et Rossman, G. B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, Sage.
- Mary, P. (1997). Travail d'intérêt général et médiation pénale : socialisation du pénal ou pénalisation du social? Collection des « travaux » et « monographies ». Actes du colloque international organisé pour le 60e anniversaire de l'École des sciences criminelles Léon Cornil. Faculté de droit de l'Université libre de Bruxelles. Bruxelles : Bruylant.
- Mary, P. (2001). Pénalité et gestion des risques : vers une justice actuarielle en Europe ? *Déviance et Société*, 25(1), 33-51.

- Mills, C. Wright (1956). *The power elite*. New York, Oxford University Press.
- Ministère de la Justice du Canada, (2000). Questions et réponses sur l'usage de drogues illicites et les infractions en matière de drogues. Ottawa : Gouvernement du Canada
- Ministère de la Santé du Canada (1998). Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 1998. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Ministère de la Santé du Canada (2000). Les drogues : faits et méfaits. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Ministère de la Santé du Canada (2001). L'usage de drogues par injection et le VIH/sida. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Ministère de la Santé du Canada (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Rencontre des ministères de la santé, St-John's - Terre-Neuve, septembre 2001. www.hc-sc.gouv.gc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (2002). Agir ensemble : cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mino, A. (1993). Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques. *Psychotropes*, 8 (3) : 9-23.
- Moreau, A. (1994). On a bien raison de se droguer. In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol II, 481-492. Montréal : Gaëtan Morin.
- Mosca, G. (1953). *Elementi di Scienza Politica* (5e éd., Bar, Gius). Laterza.
- Musto, D.F. (1987). *The American Disease : Origins of Narcotic Control*. New-York, Oxford University Press.
- Nadelmann, E. (1990). Régimes globaux de prohibition. *Revue Tiers Monde*, XXXIII, Juillet-Septembre 1992.
- Nadelmann, E. (1992). *Impasse in drug policy: What are the Options?* Third International Conference on the Reduction on Drug Related Harm, mars, Melbourne.
- Nadelmann, E. (1993). Progressive Legalizers, Progressive Prohibitionists and the reduction of drug-related harm. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds). *Psychoactive drugs and harm reduction, from faith to science* (34-48). London : Whurr Publishers.
- Nadelmann, E., Cohen, P., Drucker, E., Locher, U., Stimson, G. Et Wodack, A. (1994). The harm reduction approach to drug control : International progress. [Http://www.drcnet.org](http://www.drcnet.org).

- Newcombe, R. (1992). The Reduction of drug-related Harm : A conceptual framework for Theory, Practice and research. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (Eds.), *The Reduction of Drug-Related harm*. London : Routledge. 1-14
- Office fédéral de la santé publique – OFSP (1991). Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue. Document de base de l'Office fédéral de la santé publique. Berne.
- O'Hare, P.A. (1992). Preface : A Note on the Concept of Harm reduction. In P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning et E. Drucker (Eds.), *The Reduction of Drug-Related harm*. London : Routledge, xiii-xvii.
- Pape, H. et Hammer, T. (1996). How does young people's alcohol consumption change during the transition to early adulthood. *Addiction*, 91(9), 1345-1358.
- Pareto, V. (1919). *Traité de sociologie générale*. Payot.
- Peele, S. (1981). *How much is too much ?* Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Pirès, A. P. (1995). Quelques obstacles à une mutation du droit pénal. *Revue générale de droit*, 26, 133-154.
- Pirès, A. P., (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, in J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pirès (éd.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal : Gaëtan Morin.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pirès, A. P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Quirion, B. (2001). 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), 479-495.
- Rapport de la vérificatrice général du Canada (2001a). *Une stratégie proactive de promotion de la santé - Chapitre 9*. Bureau du vérificateur général du Canada, www.oag-bvg.gc/domino/rapports.nsf/html/0109cf.html : page consultée le 03 février 2004.
- Rapport de la vérificatrice général du Canada (2001b). *Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral - Chapitre 11*. Bureau du vérificateur général du Canada, www.oag-bvg.gc : page consultée le 02 février 2002.
- Rapport de la vérificatrice général du Canada (2003). *La gestion intégrée du risque – Chapitre 1*. Bureau du vérificateur général du Canada, www.oag-bvg.gc/domino/rapports.nsf/html/20030401cf.html : page consultée le 03 février 2004.

- Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques. In Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol II, 129-145. Montréal : Gaëtan Morin.
- Riley, D. (1996). *The Harm Reduction Model*. Toronto : Harm Reduction Network.
- Roberts, J. V. et LaPrairie, C. (2000). *Rapport de recherche concernant la condamnation à l'emprisonnement avec sursis au Canada : aperçu des résultats de recherche*. Ministère de la Justice du Canada, Division de la recherche et de la statistique.
- Rosenbaum, M. (1995). The demedicalization of methadone maintenance. *Journal of psychoactive drugs*, 27 (2) : 145-149.
- Rozier, M. et Vanasse, V. (2000). Les mesures de réduction des méfaits : entre cadre pénal et pratiques d'intervention. In D. Laberge (Éd.), *L'errance urbaine*, 417-432. Sainte-Foy : Éditions MultiMondes.
- Ruter, C. F. (1990). Basis of dutch policy. *The great issues of drug policies*. Wash. D. C. : DPF 191-194.
- Santé et Bien-être Social Canada (1990). *Les drogues, faits et méfaits*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services.
- Schultz, A (1987). *Le chercheur et le quotidien*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (1999). L'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés : Les intervenants et intervenantes se prononcent. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 18 (1), 181-197.
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (2000). Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l'incarcération : un sentier rocailleux. *Criminologie*, 33 (2), 129-149.
- Sécurité publique et protection civile Canada, (2004). Tribunal de traitement de la toxicomanie. www.prevention.gc.ca/fr/library/features/dtc/brochure.html. Page visitée le 03 février 2004.
- Shore, E. R., Rivers, P. C. et Berman, J. J. (1983). Resistance by college students to peer pressure to drink. *Journal of Studies on Alcohol*, 44(2), 352-361.
- Solomon, R. R. et Green, M. (1988). The first century : the history of non-medical opiate use and control policies in Canada, 1870-1970. In J. C. Blackwell et P. G. Erickson (éds.), *Illicit drug in Canada : A risky business* (86-116). Scarborough : Nelson Canada.
- Springer, E. (1996). The spectrum of harm reduction. *Harm reduction communication*, 3, winter : 20-21.
- Strachey, John (1956). *Contemporary capitalism*. Londres, Gollancz.

- Strang, J. (1993). Drug Use and Harm Reduction : Responding to the Challenge. In N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann et P. O'Hare (Eds), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to science*, 3-20. London : Whurr Publishers.
- Stratégie nationale antidrogue (1988). Action contre les drogues : Bilan et perspectives nouvelles. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Stratégie nationale antidrogue (1994). Phase II Situation actuelle : Relevons le défi. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Stratégie nationale antidrogue (1998). La stratégie canadienne antidrogue. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Sutherland, E. (1934). *Principles of criminology*. Philadelphia : Lippincott.
- Trebach, A. S. (1990a). Their spirit of moderation and experimentation is unmatched. *Drug prohibition and the conscience of nations*. Wash. D. C. : DPF 55-60.
- Trebach, A. S. (1990b). How the dutch do it better. *The drug policy letter*, 2(4), 10-12.
- Van Swaaningen, R. (1997). Critical criminology : visions from Europe. London : Sage.
- Velleman, R. et Rigby, J. (1990). Harm-Minimisation : Old Wine in New Bottles? *International Journal on Drug Policy*, 1(6), 24-27.
- Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, R. E. et Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes : prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. In P. Brisson (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III (279-305). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Weber, Max (1947). « Bureaucratie ». *Wirtschaft und Gesellschaft* (Tübingen, J.C.B. Mohr, 1947), IIIe partie, chap. VI.
- Weil, A. et Rosen, W. (1983). *From chocolate to morphine : understanding mind-active drugs*. Boston : Houghton-Mifflin.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and Setting : The basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, Conn. : Yale University Press.

Les grilles d'analyse et de codification

A - Pour la revue de littérature du premier article

Grille verticale du premier article (GVPA1) : Cadre contextuel de l'information

<i>Caractéristiques de la grille</i>	<i>Exemples de réponses</i>
Identité de l'auteur, affiliation et provenance (pays)	Chercheurs, intervenants, etc. Université de Montréal - Canada
Nature du texte	Article; rapports, etc.
Contexte de production de l'information	recherche qualitative, quantitative, commandée par le gouvernement, dans le cadre d'une conférence, etc.
Authenticité et fiabilité du document	méthodologie, critères scientifiques, argumentations, sources citées, etc.
Concepts clés de la logique interne du texte (ou sujet principal)	Développement de la RDM; Autres sujets connexes et pertinents

Grille verticale du premier article (GVPA2) : Cadre conceptuel de l'information

<i>Caractéristiques de la grille</i>	<i>Développement de la RDM</i>	<i>Autres sujets connexes et pertinents</i>
Thèse de l'auteur		
Ses caractéristiques		
Ses implications		
Ses conséquences		

Grille horizontale du premier article (GHPA no1) : Cadre de définition et de conceptualisation de l'approche de RDM

<i>Éléments de définition</i>	<i>Notes analytiques</i>	<i>Éléments de conceptualisation</i>	<i>Notes analytiques</i>

B - Pour l'analyse de la RDM du deuxième article

Grille verticale du deuxième article (GVDA1) : Analyse de la problématique des SCA

<i>Problématique</i>	<i>SCA</i>	<i>Notes analytiques</i>
Causes du problème		
Manifestations comportementales		
Ampleur du problème		
Conséquences du problème		

Grille verticale du deuxième article (GVDA2) : Analyse de la stratégie d'action des SCA

<i>Stratégie d'action</i>	<i>SCA</i>	<i>Notes analytiques</i>
Principes de base		
Buts et objectifs		
Fronts d'action		
Orientations futures et priorités		
Contexte		

Grille verticale du deuxième article (GVDA3) : Analyse du leadership au sein des SCA

<i>Leadership</i>	<i>SCA</i>	<i>Notes analytiques</i>
Qui coordonne ?		
Qui a le plus de budget ?		
Comment est présentée la problématique des drogues ?		

Grille verticale du deuxième article (GVDA4) : Analyse de la présence des critères clés pour déterminer l'appartenance conceptuelle à l'approche de RDM au sein des SCA

<i>Conceptualisation</i>	<i>SCA</i>	<i>Notes analytiques</i>
Définition de RDM (minimum de Brisson, 1997)		
Notion de méfait et de risque		
Rupture face à l'abstinence		
Rupture face à la prohibition		
Pratiques reconnues et phénomène du sida		
Phénomène du sida		

Grilles horizontales du deuxième article (GHDA1, GHDA2, GHDA3 et GHDA4) :
Analyse de l'évolution des SCA

<i>GHDA1</i>	<i>SNA 1 (1988)</i>	<i>SNA 2 (1994)</i>	<i>SNA 3 (1998)</i>	<i>Notes analytiques sur l'évolution</i>
<i>Problématique</i> et ses éléments thématiques				

<i>GHDA2</i>	<i>SNA 1 (1988)</i>	<i>SNA 2 (1994)</i>	<i>SNA 3 (1998)</i>	<i>Notes analytiques sur l'évolution</i>
<i>Stratégie d'action</i> et ses éléments thématiques				

<i>GHDA3</i>	<i>SNA 1 (1988)</i>	<i>SNA 2 (1994)</i>	<i>SNA 3 (1998)</i>	<i>Notes analytiques sur l'évolution</i>
<i>Leadership:</i> et ses éléments thématiques				

<i>GHDA4</i>	<i>SNA 1 (1988)</i>	<i>SNA 2 (1994)</i>	<i>SNA 3 (1998)</i>	<i>Notes analytiques sur l'évolution</i>
<i>Conceptualisation</i> et ses éléments thématiques				

Grille de codification pour l'analyse documentaire des SCA*Complément aux codes principaux :*

A- Individuelles	G- Augmentation
B- Familiales	H- Diminution
C- Sociétales	I- Économique
D- Substances licites	J- Social
E- Substances illicites	K- Sanitaire
F- Les deux	L- Sécurité publique

1- Problématique

1-1 Causes du problème

A-B-C

1-2 Comportements problématiques

1-1-1 L'usage

1-1-2 Le mésusage

1-1-3 La poly-consommation

1-1-4 Les problèmes associés

1-1-5 L'abus

1-1-6 La toxicomanie

1-1-7 La poly-toxicomanie

1-1-8 Le trafic

1-1-9 La production

1-1-10 La délinquance

1-1-11 La précocité

1-1-12 La disponibilité des substances

1-1-13 L'augmentation du potentiel d'action

1-1-14 Le déclin des prix

1-3 Ampleur du problème

A-B-C

1-4 Conséquences du problème

A-B-C

1-5 Faux-semblants

1-5.1 Information médiatique

1-5.2 Croyances sociales

2- Stratégie comme telle

2-1 Les principes de base

2-1-1 Une approche équilibrée : ↓ de l'offre et de la demande

2-1-2 Le partenariat

2-1-3 La coordination

2-1-4 Institutionnalisation des pratiques

2-1-5 Les paradigmes et les postulats

2-2 Les buts et objectifs

2-2-1 La diminution des torts

2-2-2 La diminution de l'usage

2-2-3 La réduction des méfaits

2-3 Les fronts d'action

2-3-1 La prévention et l'éducation

2-3-2 Le traitement et la réadaptation

- 2-3-3 L'exécution et le contrôle
- 2-3-4 L'information et la recherche
- 2-3-5 La collaboration internationale
- 2-3-6 La perspective nationale
- 2-4 Les priorités ou orientations futures
 - 2-4-1 Les substances
 - 2-4-2 Les populations
 - 2-4-3 Les problématiques associées
- 2-5 Le contexte de la stratégie
 - 2-5-1 L'éditorial du ministre
 - 2-5-2 L'agenda
 - 2-5-3 Les pressions sociales (médias, lobbys, etc.)
 - 2-5-4 Les budgets chronologiques (affectation par année)

3- Le leadership ministériel

- 3-1 La coordination ministérielle de la Stratégie
 - 3-1-1 Le ministère de la santé publique
 - 3-1-2 Le ministère de la sécurité publique
- 3-2 La répartition budgétaire dans les ministères
- 3-3 La présentation principale de la problématique
 - 3-3-1 En terme de santé
 - 3-3-2 En terme de sécurité

4- Conceptualisation de la RDM

- 4-1 La présence d'une définition de la RDM
 - 4-1-1 Minimale (Brisson, 1997)
 - 4-1-2 Maximale (Brisson, 1997)
- 4-2 La présence des concepts clés
 - 4-2-1 Le concept de méfait
 - 4-2-2 Le concept de risque
 - 4-2-3 Le pragmatisme
 - 4-2-4 L'humanisme
- 4-3 La rupture paradigmatique
 - 4-3-1 Face à l'abstinence
 - 4-3-2 Pro abstinence
 - 4-3-3 Face à la prohibition
 - 4-3-4 Pro prohibition
- 4-4 Des pratiques reconnues en RDM
 - 4-4-1 Distribution de seringues
 - 4-4-2 Prescription de Méthadone
 - 4-4-3 Mention du phénomène du sida
 - 4-4-3-1 Sida et RDM
 - 4-4-3-2 Sida et UDI
 - 4-4-4 Institutionnalisation des pratiques
 - 4-4-4-1 Qui définit ?
 - 4-4-4-2 RDM comme but ou comme stratégie



Digitized by Google