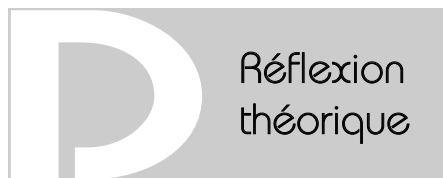


Drogues, santé et société

**Les logiques de contrôle
de l'usage des drogues illicites :**

**La réduction des méfaits
et l'efficiency du langage de la périllisation**

**Nicolas Carrier
Bastien Quirion**



Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites :

La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation

Nicolas Carrier

Département de sociologie, Université du Québec à Montréal
Département de psychiatrie, Université de Montréal

Bastien Quirion

Département de criminologie, Université d'Ottawa
Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal

Résumé

Dans le champ du contrôle de l'usage des drogues illicites, la réduction des méfaits est souvent pensée comme une troisième voie en regard des logiques traditionnelles du prohibitionnisme et du thérapeutique orienté vers l'abstinence. L'analyse comparative de ces trois logiques amène les auteurs à établir les limites de la rupture induite par la réduction des méfaits. Par la cartographie du territoire que colonise la réduction des méfaits, s'aperçoit non pas la disqualification du prohibitionnisme et du thérapeutique, mais l'extension des dispositifs de contrôle. Après avoir conduit cette analyse et commenté certains effets du concubinage des trois logiques, les auteurs présentent plusieurs thèses sociologiques permettant de signifier les succès politiques de la réduction des méfaits. Quelques interprétations de ces succès sont proposées.

**The Logics of Control
for the Use of Illicit Drugs:
Harm Reduction and the
Efficiency of the Risk Standpoint**

**Las logísticas de control
del uso de drogas ilícitas :
reducción de perjuicios y eficiencia
del lenguaje de peligrosidad.**

Abstract

Within the context of illicit drug control, harm reduction is often regarded as the third avenue beside the traditional responses that represented the prohibitionist model and the therapeutic model oriented towards abstinence. Through a comparative analysis of the three approaches, the authors challenge the notion that harm reduction represents a rupture regarding the traditional perspectives on drug use. On the contrary, an examination of how harm reduction strategies are implemented in the field of drug regulation illustrates instead a widening of the apparatus of control. Following a presentation of the cohabitation between these three approaches, the authors then outline a sociological framework for understanding the political appeal of harm reduction strategies. Several reasons for the success of these strategies are then proposed.

Resumen

En el campo del control del uso de drogas ilícitas, la reducción de perjuicios es pensada a menudo como una tercer vía en mira de las logísticas tradicionales del prohibicionismo y de lo terapéutico orientado hacia la abstinencia. El análisis comparativo de éstas tres lógicas conlleva a los autores a establecer los límites de la ruptura inducida por la reducción de los perjuicios. Por la cartografía del territorio que coloniza la reducción de perjuicios se entrevee no la disqualificación del prohibicionismo y de la terapéutica, pero la extensión de los dispositivos de control. Después de haber conducido éste análisis y comentado ciertos efectos del concubinage de estas tres lógicas, los autores presentan varias tesis sociológicas que permiten significar el éxito político de la reducción de perjuicios. Algunas interpretaciones de éstos éxitos nos son propuestas.

Les auteurs tiennent à remercier les personnes qui ont émis des commentaires précieux à la lecture d'une version initiale de ce texte. Nos remerciements à cet égard vont à Céline Bellot, Marie-Andrée Bertrand, Isabelle Billette, Jules Duchastel, Julie Laplante, Paul-André Lévesque, Alvaro Pirès, Pascal Schneeberger, Pascal Tanguay et Valérie Vanasse.

Those who claim certainty subject themselves to deconstruction and can expect support only from the fateful.

— Niklas Luhmann, *Observations on Modernity*, 1998

Pour quiconque s'intéresse à la construction sociopolitique des dispositifs de contrôle de l'usage des drogues illicites, il est désormais de sens commun de considérer les années 1980 comme une période de transformations significatives. Cette période est marquée par une prolifération de discours et de pratiques se revendiquant de la réduction des méfaits, laquelle est en général pensée comme un dépassement des modèles traditionnels du prohibitionnisme et du thérapeutique orienté vers l'abstinence¹. La réduction des méfaits est en effet considérée par plusieurs analystes comme la manifestation de la remise en question de l'horizon normatif que présente l'idéal d'une société exempte de drogues (Faugeron et Kokoreff, 2002). Cette rupture normative se traduirait par l'abandon d'une approche « restrictionniste » (Quirion, 2002) au profit du déploiement de stratégies orientées vers la minimisation des conséquences négatives associées à certaines pratiques d'usage. La réduction des méfaits s'instaurerait comme une troisième voie et opérerait, selon de nombreux auteurs, une « rupture paradigmatique² » dans le champ de la régulation de la pratique psychotrope (Butters et Erickson, 2000 ; Stimson, 1990)³. Mais le recul nous permet de questionner la portée révolutionnaire de la réduction des méfaits.

La première démarche que nous proposons dans cet article est l'examen de la nature de cette rupture qu'induirait les stratégies de réduction des méfaits — nous nous limitons en cette matière aux technologies de gestion des pratiques d'injection de drogues illicites. Pour ce faire, nous comparons les trois logiques dans lesquelles est sociopolitiquement appréhendée la pratique psychotrope, soit le prohibitionnisme, le thérapeutique (dont nous dégagons trois orientations) et la réduction des méfaits. Nous procédons d'abord en comparant les modes de constitution discursive des objets des trois logiques, pour ensuite analyser les stratégies qu'elles génèrent. En adoptant une posture constructiviste et en recourant à une méthode s'inspirant du constructionnisme social (Gubrium et Holstein, 1997 ; Ibarra et Kitsuse, 1993 ; Spector et Kitsuse, 1977 ; Berger et Luckmann, 1967) et de la théorie communicationnelle (ou méta-méthodologie) de Niklas Luhmann (1999, 1998a, 1995), nous abordons à tour de rôle ces logiques en cartographiant leur territoire langagier respectif. Cet exercice s'appuie sur le postulat selon lequel chacune des logiques à l'œuvre s'institue autour d'un objet propre, dont la formation assure l'unité du territoire et du temps discursif par la structuration des modalités de son appréhension : « Every observation must employ a difference schema whereby the unity of difference is constituted in the observing system and not in the observed one. » (Luhmann, 1995 :35) Nous comparons donc les modes contemporains de production discursive de la réalité qu'opèrent au Canada le prohibitionnisme, le thérapeutique et la réduction des méfaits.

Dans la perspective adoptée, les trois logiques que nous disséquons induisent des médiations symboliques distinctes de l'utilisateur de drogues illicites : le délinquant dans le prohibitionnisme, le toxicomane dans le thérapeutique, et l'utilisateur de drogues par injection (UDI) au sein de la réduction des méfaits. La démarche que nous adoptons fait porter notre attention sur la relation entre l'opération de jeux de langage et les dispositifs d'intervention que permet la réalité produite. Précisons que nous nous intéressons avant tout aux discours sociaux plutôt qu'à leurs corrélats phénoménologiques. En insistant sur les modalités langagières de construction du réel, nous ne nions pas les perceptions phénoménales non discursives. Nous suggérons simplement que ces relations au monde ne peuvent être l'objet de communication, de rapport à autrui, donc d'orientation significative, si les mots leur font défaut.

La deuxième démarche entreprise à l'intérieur de cet article consiste à analyser le cadre social dans lequel s'inscrit la réduction des méfaits afin de comprendre la popularité accrue pour ce type de stratégies. Depuis le début des années 1990, on constate, en effet, que plusieurs agences politiques canadiennes accordent à cette logique de contrôle légitimité et subventions. Les succès politiques de la réduction des méfaits se traduisent notamment par le nombre des programmes mis en place⁴ et par la légitimité qui leur est accordée par les instances politiques, tant fédérales que provinciales⁵. Cette reconnaissance politique est d'autant plus significative qu'elle succède à la méfiance du politique à l'égard des stratégies de réduction des méfaits, auparavant considérées comme porteuses de la contestation anti-prohibitionniste.

Dans la deuxième partie de l'article, donc, nous présentons des avenues théoriques contemporaines afin de permettre aux lecteurs de produire leur propre interprétation de la popularité accrue de ce type de stratégies. Nous-mêmes proposons certaines interprétations de ces succès à la lumière, entre autres, des rapports entre les pratiques des organes de santé publique et l'orientation du social vers une gestion purement technique du vivre ensemble. En

dépôt des interprétations que nous proposons, notre objectif est de multiplier les foyers de signification des succès politiques de la réduction des méfaits. Nous voulons donc, avant tout, présenter des lunettes d'interprétation sociologiques afin que les lecteurs produisent leur propre vision, plutôt que de jouer aux ophtalmologues et de nous prétendre compétents dans l'établissement de la vision juste.

Prohibitionnisme, thérapeutique et réduction des méfaits : des logiques concubines interpénétrantes

Tel qu'annoncé, dans le but d'analyser la nature de la rupture qu'induirait l'avènement de la réduction des méfaits, nous comparons cette dernière au prohibitionnisme et au thérapeutique. Dans un premier temps, nous analysons la constitution de l'objet propre à chaque logique. Par la suite, nous portons notre attention sur les modalités de prise en charge des objets, modalités signifiées par l'horizon normatif dans lequel est placé chacun d'eux.

La constitution des objets

Nous devons reconnaître à quel point toute compréhension est pénétrée de conceptualité et rejeter toute théorie qui refuse d'admettre l'unité étroite du mot et de la chose.

— Hans-Georg Gadamer, *Vérité et Méthode*, 1960

Au Canada s'observe la cristallisation de trois modes de contrôle de l'usage des drogues illicites. Ces modes se sont institués comme autant de principes axiomatiques fondamentaux permettant d'établir des formes distinctes de régularité discursive (Foucault, 1969). Nous désignons ces principes ainsi : criminalisation, symptomatologisation et périllisation. Comme nous le montrons plus bas, l'opération effective de ces logiques⁶ a généré un nombre croissant d'objets de gestion politique, juridique, sociosanitaire et technoscientifique.

Criminalisation

L'objet de la logique prohibitionniste est constitué par la criminalisation de conduites associées à l'usage non médical de près de 200 substances psychotropes figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*⁷. Ces conduites sont la possession⁸, le trafic, la culture et l'import/export, qu'il est possible de grouper analytiquement sous la simple désignation de « déviance criminalisée ». La logique prohibitionniste a pour objet le crime, dont l'existence ne dépend que de la résistance du cadre législatif devant les critiques, fortes et multiples, qui sont déployées depuis le dernier tiers du vingtième siècle par les antiprohibitionnistes (voir Bertrand, 2000). Il va de soi que la distinction licite/illicite qu'opère la criminalisation se réalise, de façon aprioriste, sans tenir compte des habitudes d'usage (quantité, fréquence et modes) des individus.

Symptomatologisation

L'objet de la logique thérapeutique est pour sa part constitué par la symptomatologisation de la consommation des drogues visées par les lois. Il trouve sa représentation la plus éclatante dans la notion de toxicomanie et se manifeste, entre autres, dans l'appréhension de l'usage comme symptôme d'exclusion sociale, de troubles intrapsychiques ou de pathologie biomédicale. Les formes de déviance ainsi constituées peuvent se regrouper analytiquement en fonction des imputations causales élaborées sur le plan théorique, soit la déviance sociopathologisée, psychopathologisée ou biopathologisée. Qu'elle soit issue du champ de la psychologie, de la sociologie ou de la biologie, la construction de l'état de déviance renvoie à une pathologisation fondée dans la quête même des facteurs qui la déterminent. On se trouve ainsi dans un océan confus dont l'agitation marie la cause à l'effet dans une mise au monde schizophrénique⁹. Le pathologique que révèle la différence constitue l'opération même d'une symptomatologie de la différence qui fonde la frontière entre le normal et le pathologique. Pour reprendre à notre compte le lyrisme de Dan Kaminski (1990, 2000), la symptomatologisation est « l'injection de la cause » et la

toxicomanie, ce « mot qui rend malade ». L'investissement du thérapeutique dans le champ du contrôle de l'usage des drogues illicites se réalise dans la distinction normal/pathologique qu'il opère sur l'usage, que celui-ci (ou la possession) soit criminalisable ou non. Lorsque la différence normal/pathologique se réalise dans le langage biomédical, certains analystes suggèrent un processus de « médicalisation de la déviance » dans lequel la biopathologisation prétend à une construction scientifique et amoralisée de la déviance (Conrad et Schneider, 1980). Nous montrons que la médicalisation de la déviance constitue une analyse très partielle du procès de symptomatologisation qui traverse le social, puisqu'elle réduit au silence la vigueur des discours et pratiques des psychopathologues et sociopathologues.

Périllisation

Si la réduction des méfaits instaure une rupture, on doit observer la constitution d'un nouvel objet, distinct de la déviance criminalisée ou symptomatologisée. Voyons ce qu'il en est. Les programmes d'échange de seringues (PES) et les projets de lieux d'injection de drogues illicites (LIDI), détaillés plus bas, constituent leur objet par l'attribution d'un risque à la pratique de l'injection hors du cadre médical. Puisque les risques sont construits en référence à ce cadre, ils prennent par conséquent la forme de périls (bio)corporels (surdoses, infections, etc.). On peut donc observer la construction d'un nouvel espace langagier, puisque l'usage est signifié sans recours aprioriste aux objets du prohibitionnisme et du thérapeutique. Les PES et les projets de LIDI signalent ainsi l'avènement d'un troisième objet de réaction sociale formelle à l'usage des drogues illicites. Cette réaction est totalement indépendante, dans son orientation, de celles qui prennent sens dans les principes axiomatiques des deux autres logiques. Nous désignerons le langage de cette troisième logique de contrôle par le terme de périllisation. Nous proposons ce néologisme plutôt que d'avoir recours à la notion, généralement employée, de cindynisation¹⁰.

Bien que la périllisation de l'usage apparaisse clairement dans la mise en place des PES et des LIDI, il en est autrement en ce qui concerne les programmes de prescription d'opiacés, pourtant considérés tant par les intervenants que par les chercheurs comme des stratégies de réduction des méfaits. La constitution de l'objet autour duquel s'organisent ces programmes ne réalise pas de rupture avec la déviance symptomatologisée. Nous sommes plutôt au cœur de la version médicalisée de la logique thérapeutique : ces programmes reposent sur la biopathologisation de l'usage, ce qu'illustre la réponse pharmacologique qu'ils mettent de l'avant. Cela ne signifie pas que ces programmes ne puissent s'associer à des pratiques dont le sens se construit dans la psychopathologisation (réadaptation, travail sur l'estime de soi, etc.) et la sociopathologisation (réinsertion sociale, aide à la recherche d'emploi, etc.). L'association de ces programmes à la réduction des méfaits prend peut-être appui sur le fait qu'ils s'inscrivent dans un thérapeutique où l'abstinence n'est plus la seule avenue possible. Peut-être aussi sur le fait que l'on peut dire de *toute* stratégie de contrôle qu'elle permet de limiter les méfaits de l'usage. Alors que les LIDI et les PES sont la manifestation de la rupture qu'induit la périllisation de l'usage, associer les programmes de prescription à la logique de la réduction des méfaits se révèle injustifiable si l'on maintient le discours de la « troisième voie ».

Globalement, on peut observer que les trois logiques reposent sur une même, paradoxale ou autoréférentielle, utopie motrice : tendre vers l'abolition de l'objet dont elles sont elles-mêmes le foyer de production. La logique prohibitionniste tend vers l'abolition de l'usage non médical des substances prohibées. Quant à la logique thérapeutique, elle vise l'éradication des sources des états qu'elle pathologise, en ayant comme horizon le retour à un état de normalité. Enfin, les stratégies de réduction des méfaits sont orientées normativement vers l'abolition des périls posés par les pratiques qu'elle inscrit dans le registre du risque.

Les objectifs secondaires et les moyens déployés

La deuxième étape de notre démarche comparative porte sur les objectifs secondaires et les moyens dont chaque logique permet le déploiement. Ces dispositifs révèlent plus explicitement l'horizon normatif dans lequel inscrit l'axiomatique de chaque objet de réaction sociale. Nous procédons encore ici en abordant successivement prohibitionnisme, thérapeutique et réduction des méfaits.

Prohibitionnisme

Dans la poursuite d'un monde libéré de tout usage non médical des drogues visées par les lois, la logique prohibitionniste appelle la répression pour s'assurer, sur le plan des objectifs secondaires, de limiter à la fois l'offre et la demande de ces produits¹¹. Les moyens utilisés sont tous ceux que rendent légitimes les limites constitutionnelles de l'État¹². Le législateur autorise ainsi le recours à l'incarcération — la mesure pénale la plus sévère dont il dispose — pour sanctionner *toute* infraction¹³. Les problèmes liés à la mise en force de ce régime ne peuvent conduire qu'au déploiement de méthodes illégales de contrôle de la part des forces policières (Carrier, 2000 ; Stoddart, 1988 ; Erickson, 1980 ; Skolnick, 1966). Au nombre des abus signifiés par l'impératif de la « lutte à la drogue », rappelons la corruption, la discrimination et la violation des droits et libertés de la personne. On peut également mentionner, parmi les autres « effets pervers » de la prohibition, le poids considérable des coûts sociaux et économiques que suppose le recours au droit pénal pour contrôler l'usage (Zeese, 1999 ; Single et al., 1998 ; Bertrand 1992, 1988 ; Erickson et Cheung, 1992 ; Beauchesne, 1991 ; Solomon, Single et Erickson, 1988).

Thérapeutique

Longtemps marié idéologiquement au prohibitionnisme par l'idéal d'abstinence, le thérapeutique présente aujourd'hui des objectifs secondaires différenciés. On peut en effet distinguer trois orientations

dans la thérapeutisation des personnes s'adonnant aux drogues illicites, soit la quête de l'abstinence, la promotion d'un usage « approprié », et enfin, la prescription médicale de drogues autrement illicites.

Abstinence

Le thérapeutique orienté vers l'abstinence représente le modèle classique de la prise en charge, formelle mais non pénale, des personnes s'adonnant à l'usage de drogues visées par le régime prohibitionniste. Que la cause soit socio-, psycho- ou biopathologisée, ou « biopsychosociale », le thérapeutique orienté vers l'abstinence ne peut concevoir de normalité dans le maintien de l'usage. Certaines formes de symptomatologisation, par exemple celle opérée dans l'idéologie des « 12 étapes » (A.A., N.A., etc.), appuient cette orientation du thérapeutique vers l'abstinence indépendamment du statut juridique des substances. On peut toutefois suggérer que cette orientation est fortement pénétrée par la logique de criminalisation. L'usage des tests d'urine le montre bien, ceux-ci étant fort utiles aux personnes désireuses de punir les consommateurs thérapeutisés sous contrainte qui ne respectent pas le diktat de l'abstinence.

Usage approprié

Le deuxième modèle est celui du thérapeutique orienté non plus vers l'abstinence, mais vers le développement d'un usage avec lequel la personne est confortable. Élaborée au départ dans le cadre de la conception psychosociale de l'alcoolisme, cette orientation vise à amener le consommateur à développer un usage qui n'est plus considéré comme pathologique (Cormier, 1989 ; Sobell et Sobell, 1978). Dans cet esprit, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2001, 1998) conclut à la possibilité d'un « usage approprié » de toute substance psychoactive. Cette deuxième orientation du thérapeutique discrédite le diktat de l'abstinence. On y reconnaît la capacité de la personne de déterminer elle-même la relation qu'elle veut entretenir avec l'usage, ce qui signifie que l'abstinence devient tout au plus une solution de rechange possible pour la personne requérant *de plein gré* des services thé-

rapeutiques. Il s'agit de la manifestation la plus pure de la logique de la symptomatologisation, puisque la distinction normal/pathologique ne tient aucunement compte du statut juridique des substances.

Prescription médicale

La prescription médicale de drogues autrement illicites représente une troisième orientation du thérapeutique. Comme l'ont suggéré avec influence Dole et Nyswander (1967), il s'agit de traiter biotechnologiquement, par la prescription de méthadone ou d'héroïne, le corps biopathologisé. Pour ces auteurs, l'héroïnomanie est la manifestation d'une lésion du métabolisme cellulaire induite par un usage abusif : les programmes de prescription font de l'utilisateur un *patient*. Parfois, il s'agit de le conduire vers l'abstinence aux opiacés par l'administration de doses décroissantes de méthadone. Dans d'autres types de pharmacothérapie, cette fois plus pérenne et justement désignée par « programmes de maintien », il s'agit plutôt de maintenir le corps à l'abri du besoin en lui administrant méthadone ou héroïne. Jacques (1999) parle à ce sujet d'une « pourvoyance légale et raisonnée de drogues ». Cette orientation du thérapeutique ne prend pour cible que l'usage d'opiacés. La consommation éventuelle d'autres substances peut évidemment y être abordée, mais ces autres objets d'interventions (l'usage de cocaïne, par exemple) ne seront pas traités biotechnologiquement¹⁴. La prescription médicale est souvent associée à d'autres pratiques, comme l'illustre la psychothérapeutisation des usagers dans certains programmes de maintien. Malgré cela, toute analyse psychosociale et toute intervention sur l'usage d'autres substances demeurent fondamentalement étrangères à la technique qui fait la particularité de ce thérapeutique. Avec la capacité d'être entendu du politique que présente l'énonciation des trois mots « réduction des méfaits » (Carrier, 2003), on ne peut se surprendre de voir associée la prescription médicale à la réduction des méfaits, par exemple lorsque l'on fait valoir que l'usage oral de méthadone réduit les méfaits de l'usage intraveineux d'opiacés. Mais, pour le répéter, l'objet fondateur de cette orientation du

thérapeutique n'est pas le risque, mais le corps biopathologisé.

Une telle diversité des stratégies thérapeutiques présente évidemment des avantages pour les personnes requérant des services, mais il en va bien autrement pour les personnes à l'égard desquelles l'intervention s'exerce sous contrainte. Par ailleurs, la pluralisation des orientations des dispositifs de soins engendre des situations paradoxales en raison du statu quo juridique. Ainsi est-il possible qu'une personne participant à un programme thérapeutique subventionné par l'État, dans lequel certains modes d'usage sont normalisés, puisse néanmoins être incarcérée pour un tel usage du fait du maintien de l'infraction de possession (voir Rozier et Vanasse, 2000).

Réduction des méfaits

Les programmes d'échange de seringues (PES) et les projets de lieux d'injection de drogues illicites (LIDI) ne visent ni l'illicite de l'usage ni le pathologique qu'y inscrit sa symptomatologisation, mais bien les pratiques d'usage construites dans le registre du risque. Les PES offrent gratuitement du matériel d'injection stérile, dans le but de réduire l'incidence du VIH, des hépatites et d'autres risques (bio)corporels en limitant le partage de matériel d'injection¹⁵ (Gibson, Flynn et Perales, 2001 ; Noël et Antil, 1998 ; Hartnoll et Hedrich, 1996). Pour ce qui est des LIDI, ce sont des lieux où, sous supervision médicale, les personnes pourraient s'injecter des substances telles que l'héroïne et la cocaïne en provenance du marché illicite, cela sans être harcelées par les policiers. Les projets de LIDI mis de l'avant visent la réduction des problèmes de santé pouvant découler de la pratique de l'injection hors du cadre médical. Les moyens prévus pour répondre à cet objectif sont similaires à ceux évoqués concernant les PES, auxquels on ajoute la supervision médicale de l'injection et la mise à disposition d'un site hygiénique pour les personnes s'injectant. La récupération du matériel d'injection et la diminution de l'usage dans les lieux publics et semi-publics représentent deux autres outils rhétoriques primor-

diaux pour faire valoir la pertinence des LIDI, outils que l'on regroupe habituellement sous l'objectif de réduire les « nuisances » associées à la pratique de l'injection (voir Carrier, 2003).

Concubinage et interpénétrations

Nous avons jusqu'ici délimité les espaces discursifs des trois logiques et donné un aperçu comparatif des stratégies qu'elles rendent possibles. Notre méthode conduit tout d'abord à constater l'autonomie des logiques. Par exemple, la personne consommatrice peut être codifiée (pour emprunter des termes luhmanniens) par les attributions communicationnelles du prohibitionnisme, et ainsi devenir délinquante. L'indépendance des logiques se révèle si l'on accepte l'idée que les opérations des langages de la périllisation et de la symptomatologisation sont tout à fait inconsequentes en regard de la criminalisation d'une personne. Cela vaut pour les trois logiques ; on peut formuler la même proposition en déplaçant notre observation d'un espace discursif à un autre. La symptomatologisation d'une consommatrice est, de façon aprioriste, indépendante des discours la criminalisant ou périllant ses pratiques. Remarque importante, qui renvoie au fait que nous centrons notre analyse sur les discours sociaux plutôt que sur les interactions sociales : l'indépendance des logiques ne suppose en rien que, par exemple, une intervenante en toxicomanie soit indifférente aux typifications de la criminalisation et de la périllisation dans sa symptomatologisation de l'usager¹⁶.

On constate ainsi que malgré la rupture instaurée par la réduction des méfaits, l'usage peut être signifié de façon concomitante par les trois logiques sans que soit disqualifié l'un ou l'autre des langages en acte. C'est ce que nous entendons lorsque nous parlons du « concubinage » des logiques. Nous aurions pu parler plus simplement de coprésence, mais avons préféré le terme concubinage du fait des relations qui s'établissent entre les logiques, que nous abordons plus bas. Ce concubinage de logiques indépendantes montre que la réduction des méfaits n'induit pas une disqualification politique des deux autres logiques et qu'il en résulte l'expansion des

territoires colonisables par les technologies de gestion du corps et de la psyché. Nier ce concubinage supposerait l'insoutenable démonstration qu'avec l'avènement de la réduction des méfaits on aurait cessé de criminaliser les personnes et d'aborder l'usage comme symptôme d'un mal quelconque.

Le concubinage conduit à l'interpénétration des logiques, dont nous commentons certaines manifestations. Par interpénétration, nous entendons, à la suite de Luhmann (1995, ch. 6), un rapport de réciprocité entre deux ou plusieurs logiques dans le processus de signification, rapport par lequel l'unité des logiques se trouve renforcée par la différence que chacune opère par autoréférence sur l'objet en cause dans ce processus de signification. Dans l'histoire révisionniste de la naissance de la prison que propose Foucault (1975), on trouve très clairement illustré ce que nous entendons ici par interpénétration. Foucault suggère que la criminologie positiviste naissante a contribué au renforcement de la criminalisation des « illégalismes populaires ». La consolidation des savoirs symptomatologisant l'*Uomo Delinquente* lombrosien¹⁷ fut rendue possible par la disponibilité au sein du carcéral d'une population de personnes criminalisées, savoirs qui alimentèrent en retour la nécessité ou l'utilité de leur criminalisation.

Nous pouvons faire la même analyse des rapports de réciprocité entre les logiques de criminalisation et de symptomatologisation dans le champ de la régulation des pratiques psychotropes. Le dogme de l'abstinence porté par la biopathologisation de la déviance d'une certaine forme de thérapeutique fournit un exemple d'interpénétration avec la logique prohibitionniste que nous avons déjà évoquée. Le fait que le langage de la criminalisation incorpore le discours biomédical à l'effet que certains produits ne peuvent se prêter à une instrumentalisation thérapeutique est une autre manifestation des rapports d'interpénétration entre ces deux logiques.

La somme astronomique de recherches prétendant démontrer que la participation aux programmes de prescription d'opiacés réduit la « criminalité » des utilisateurs d'une part, et l'affirmation selon

laquelle ces programmes contribuent à réduire les conséquences négatives associées à l'usage, d'autre part, sont deux manifestations des interpénétrations opérées entre les différentes logiques. Les programmes de prescription d'opiacés suggèrent, en effet, que réduire les méfaits et la criminalité chez les utilisateurs de drogues par injection passe par leur thérapeutisation. La réduction des méfaits peut de son côté impliquer la nécessité de ne pas criminaliser les consommateurs en interprétant cette pratique dans le langage qui lui est propre, c'est-à-dire en périlissant la criminalisation. Pour sa part, la logique prohibitionniste accorde plus de vigueur à l'impératif de gestion pénale des usagers, ceux-ci étant toujours pathologisés et leurs pratiques désormais périllisées. Comment penser accorder le droit aux personnes de disposer de leur corps à la lumière des produits symboliques du thérapeutique et de la réduction des méfaits¹⁸ ?

Dans le cas des LIDI, comme nous l'avons déjà souligné, c'est la périllisation et non la symptomatologisation ou la criminalisation qui est la grammaire constituante. La réduction des risques biomédicaux que pose la pratique de l'injection est l'outil rhétorique central de ces projets au Canada. On aperçoit quelques interpénétrations des trois logiques lorsque l'on examine d'autres outils rhétoriques déployés par les promoteurs des projets¹⁹. Un de ces arguments est que la mise en place de LIDI permettrait d'améliorer l'accès aux services sociosanitaires et thérapeutiques chez les UDI les plus marginalisés. Souvent construits à la suite de la notion d'« aide à la survie » incorporée aux politiques suisses et allemandes (Swiss Federal Office of Public Health, 1999 ; Morales et Morel, 1998 ; Müller et Fahrenkrug, 1995 ; Klingemann, 1995), les LIDI mettent de l'avant une technologie de préservation des corps dans l'attente que les personnes acceptent d'être inscrites dans le langage du thérapeutique, cependant que leur criminalisation est toujours possible. Aussi, la réduction des « nuisances publiques » attendue de la mise en place de LIDI ne s'opère pas seulement dans le langage de la périllisation (seringues usagées à la traîne dans l'environnement), mais également dans celui de la criminalisation : on évoque

l'existence d'un rapport causal entre l'intoxication et la commission d'actes criminalisés.

Plus globalement, le concubinage et l'interpénétration des logiques trouvent une illustration, dont l'éclat est à ce jour sans égal, dans ce que l'on désigne comme le « modèle des quatre piliers », que privilégient notamment la *European Cities on Drug Policy* (1998), la Suisse (Swiss Federal Office of Public Health 1999), l'Allemagne (Kerr, 2000) et, au Canada, la Ville de Vancouver (MacPherson, 2000). Les quatre piliers en question sont la prévention, le thérapeutique, la réduction des méfaits et la prohibition. D'après Kerr (2000:26) :

Key to the success of this approach has been the high level of coordination among the four elements. Prevention initiatives have an educational, health promotion focus aimed at those who do not use drugs (including children) and those who use drugs only occasionally. Street-level harm reduction services are provided for those who continue to use drugs, and abstinence-based treatments and other complementary programs are available for those wanting to exit the drug scene (MacPherson, 2000). Enforcement strategies have been developed both to assist with health initiatives and to tackle organized crime. The police have generally shifted their focus from arresting users to identifying and charging those involved in the supply side of the drug problem, such as suppliers and non-addicted dealers²⁰.

On voit donc que dans ce « modèle », la réduction des méfaits trouve sa place aux côtés des deux autres logiques, plutôt que de constituer un explicite mouvement de contestation. Bien au contraire, on s'efforce de réaffirmer la nécessité de l'interdiction des conduites liées à l'usage des substances visées par les lois sur les drogues, en ajoutant paradoxalement qu'il faut tenter d'éviter la marginalisation des personnes dans le but de préserver leur santé :

The major goal of repression in the harm reduction context is to initiate concerted action of police and justice at local, national, and international level with a view to influence the availability of legal and illegal psycho-active substances in such a way that the availability is controlled and harmful use is minimised. On the local level it is the primary task of the police and judiciary system to combat the illegal drug market and to ensure security for the population of our communities while trying to avoid, wherever possible, the marginalisation of consumers which creates additional hazardous conditions for their health. (ECDP, 1998 : § 4²¹)

Dans « l'approche des quatre piliers », nous voyons donc réaffirmée l'idée suivant laquelle la consommation de drogues illicites est « mauvaise » ou « néfaste ». Pour cette raison, la répression, avec la réduction de la disponibilité qui (théoriquement) en découlerait, est un outil important dans la gestion des pratiques d'usage inscrites dans le registre du risque, lesquelles sont l'objet de gestion dans l'attente de la pénétration du langage de la symptomatologisation, sinon de ses effets sur les conduites. Les trois logiques signifient autoréférentiellement l'usage et, loin d'entreprendre un combat pour s'établir comme seule vérité possible, chacune colonise un territoire de contrôle de l'usage dont la frontière (la différence) fixe encore davantage celle des autres logiques. La figure 1 schématise, à des fins illustratives, le mouvement d'interpénétration entre les logiques concubines, les flèches représentant ce mouvement. Les rapports entre les trois orientations du thérapeutique, la prohibition et la réduction des méfaits sont également illustrés.

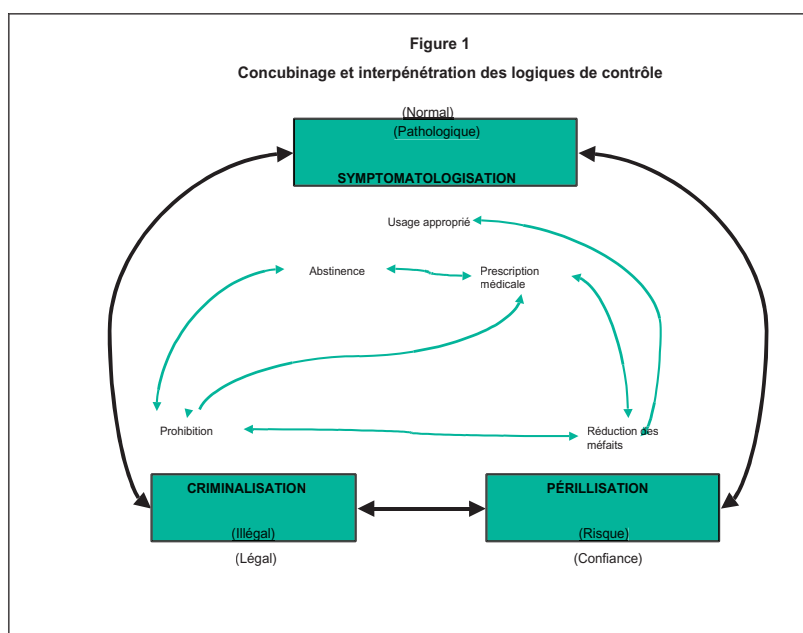


figure 1

L'impression répandue à l'effet que la réduction des méfaits conduise à une contestation de l'horizon du monde sans drogue du prohibitionnisme et sans drogués du thérapeutique orienté vers l'abstinence, semble devoir être nuancée. Comme l'a souligné Mugford (1993a), les discours des tenants de la réduction des méfaits peuvent tendre vers la décriminalisation *de facto* des drogues illicites autant que vers la criminalisation de l'alcool et du tabac²². Ces discours ne portent en rien sur la légitimité de punir les personnes qui consomment d'autres produits que ceux vendus par les compagnies pharmaceutiques, l'État et les épiciers. La périllisation ne met pas en question le droit de punir : elle met de l'avant la nécessité de technologies de gestion des corps. Elle dépolitise ainsi la question de l'usage légitime de la force sur les personnes en lui suppléant la nécessité de leur gestion sociosanitaire rationalisée en finalité (Carrier, 2003). Si cette logique se traduit par la contestation d'une tradition, c'est davantage de celle voulant que les personnes qui consomment des drogues illicites doivent être conduites vers l'abstinence plutôt que de celle qui scinde juridiquement les substances psychoactives sur des bases culturelles.

Nous avons développé une argumentation soutenue suggérant que la logique de périllisation ne disqualifie en rien celle de la criminalisation. Dans notre perspective, le prohibitionnisme ne saurait être miné tant et aussi longtemps que la contestation se formulera dans un langage qui lui est étranger, celle-ci ne pouvant alors qu'être réinterprétée dans celui de la criminalisation. Nous avons en ce sens proposé que la périllisation renforce les deux autres logiques de contrôle. Au terme de la deuxième section de l'article, nous serons en mesure de mieux asseoir cette proposition.

Macropolitique de promotion de la (bio)santé et autres sociologiques de l'efficiencia du langage de la périllisation

More productive / Comfortable / Not drinking too much / Regular exercise at the gym (3 days a week) (...) Eating well (no more microwave dinners and saturated fats) / A patient better driver / A safer car (baby smiling in back seat)

/ Sleeping well (no bad dreams) / No paranoia (...) Now self-employed / Concerned (but powerless) / An empowered & informed member of society (pragmatism not idealism) / Will not cry in public / Less chance of illness (...) Still kisses with saliva (...) The ability to laugh at weakness / Calm / Fitter, healthier, and more productive / A pig / In a cage / On antibiotics

— Radiohead, Fitter, Happier, OK Computer, 1997

Après avoir délimité les espaces discursifs occupés par les logiques concubines et commenté certaines manifestations de leur interpénétration, nous proposons maintenant d'emprunter un détour sociologique afin de stimuler les interprétations possibles du succès politique des stratégies de réduction des méfaits. Nous présentons ici plusieurs thèses contemporaines, sans évidemment épuiser l'ensemble des théories sociologiques qui pourraient de plein droit être invoquées pour donner sens à l'efficacité du langage de la périllisation. Notre désir est de rendre possible une réflexion sociologisée sur la réduction des méfaits, plutôt que de prétendre à l'établissement d'une juste et unique vision des choses, pour reprendre la métaphore de l'ophtalmologie.

Dans le détour que la présentation de ces thèses suppose, laquelle revêt une forme peut-être trop pyrotechnique, nous présentons en somme certaines façons de concevoir les contextes sociaux dans lesquels s'énonce la périllisation et qui permettent d'en comprendre l'attrait politique. Nous regroupons ces univers théoriques en quatre ensembles. Nous abordons dans un premier temps les concepts de normalisation disciplinaire et de biopolitique proposés par Foucault. Nous enchaînons ensuite sur la thèse de la médicalisation de la déviance et présentons certaines lectures des politiques de promotion de la santé. Le troisième ensemble théorique présente des analyses macrosociales qui établissent une rationalisation technoscientifique du social. Finalement, nous abordons la question de la construction identitaire, qui permet de compléter le tableau analytique en faisant le pont entre les individus et les dimensions macrosociales abordées dans les sections précédentes.

Ces différentes analyses sont présentées dans une perspective plus incrémentielle que concurrente, bien que certaines dimensions demeurent irréconciliables. Au terme de ce détour, nous concluons en suggérant des liaisons plus explicites entre ces univers théoriques et le langage de la périllisation tel qu'il se manifeste dans le champ du contrôle de l'usage des drogues illicites au Canada.

Normalisation disciplinaire de la personne et biopolitique de la population

La thèse que Michel Foucault développe dans *Surveiller et punir* (1975) est que la logique pénitentiaire, calquée sur l'utopie panoptique de Bentham, a colonisé le social pour faire naître une société disciplinaire. Lors de notre discussion sur l'interpénétration, nous avons évoqué les rapports entre savoir et pouvoir qui sont au cœur de la notion foucauldienne de normalisation disciplinaire. Nous la préciserons ici un peu plus, sans toutefois rendre justice aux nuances et à la complexité de la pensée de l'auteur. Selon Foucault, l'objet déviant est construit comme corps indocile ou anormal ; il se forme par la prise en charge des défauts que ses mouvements révèlent à l'égard des normes établies par différentes institutions sociales — prison, école, usine, etc., dont l'intervention balise en retour la normalité dans des espaces et des temps utilement ordonnés. Pour Foucault, la formation de l'objet déviant est le résultat d'une logique circulaire où sa fabrication repose sur les efforts de normalisation institutionnelle mis en branle pour le redresser, alors que ces efforts appellent une construction toujours plus fine de la réalité prise pour objet. Le corps anormal est constitué par le savoir, ce savoir étant en retour constitué par le pouvoir qu'opère la normalisation institutionnelle du corps. On parlera alors de savoir/pouvoir compris dans un rapport impliquant toujours interpénétration. L'expansion des savoirs sur les personnes se traduirait ainsi par l'élargissement corrélatif d'une « microphysique » du pouvoir qui opère, de façon diffuse, un quadrillage serré de tous les rapports à soi et à autrui selon la différence

normal/pathologique. Criminologie, psychiatrie, psychologie, travail social, pédagogie, médecine, sexologie, épidémiologie, voilà quelques espaces de production des savoirs qui, dans la construction de la réalité qu'ils opèrent, constituent une myriade de pôles normal/pathologique (l'« archipel carcéral ») sur lesquels s'opèrent la production de corps dociles et la normalisation des individus.

On ne compte plus les travaux en sociologie de la déviance qui, s'inspirant de la normalisation disciplinaire, voient dans le social une tendance lourde d'expansion entropique de la surveillance et de la contrainte. De notre point de vue, il manque à cette tradition sociologique la mise en relation de la normalisation disciplinaire à une autre lecture du savoir/pouvoir. Cette autre vision, c'est la nature non pas contraignante du savoir/pouvoir, mais sa capacité de générer : produire des conduites et induire des désirs. Un savoir/pouvoir constituant et administrant le vivant ; un « bio-pouvoir » (Foucault, 1976)²³. Un savoir/pouvoir discursif plus efficace dans la production de la docilité que ne l'est la répression de l'interdit et l'« orthopédie comportementale ». « La norme n'a pas pour fonction d'exclure, de rejeter. Elle est au contraire toujours liée à une technique positive d'intervention et de transformation, à une sorte de projet normatif. » (Foucault, 1999 ; p. 46) Foucault parle du savoir/pouvoir dans les termes d'un biopouvoir parce que son objet est la construction de la vie et non l'imposition de la mort ; la production de « sujets assujettis », de corps docilisés par intériorisation des normes plutôt que par coercition, de corps produits par et dans les savoirs qui s'y épanchent plutôt que dressés par et dans la menace de la loi. Ainsi, le savoir/pouvoir foucauldien n'est pas seulement un archipel carcéral où les savoirs sur la personne opèrent un pouvoir de normalisation disciplinaire, il est également constitution d'un ordonnancement technologique, d'une biopolitique de la population vouée à la production du corps utile ; sain et désirant²⁴. Nous inscrirons cette dualité en distinguant la microphysique de la normalisation disciplinaire et la macropolitique performant la gestion des populations.

Médicalisation disciplinaire et macropolitique de promotion de la (bio)santé

Bien qu'il existe d'autres constructions sociologiques de la thèse de la médicalisation (voir Aïach, 1998), nous considérons ici sa forme la plus courante, celle pensée comme l'extension des objets signifiés par la différence normal/pathologique dans le langage biomédical²⁵. Avec l'influence de certaines œuvres de Foucault (1979, 1975, 1963) dans la sociologie de la santé, de la médecine et celle, naissante, du corps, il n'est pas surprenant de constater que les analyses de la médicalisation la pensent souvent comme une extension des mécanismes de contrôle social²⁶. Ainsi Irving Zola (1990) suggère-t-il que la médecine est une « institution majeure » de contrôle social sur la base qu'elle aurait remplacé la religion comme espace-temps de définition de la vérité sous de fausses prétentions de neutralité et d'objectivité²⁷. Il conclut à une « médicalisation de la vie de tous les jours » à partir de l'impression que l'on peut apposer à un nombre croissant de dimensions de notre vie les « étiquettes santé ou maladie ». Weitz (1996) considère également que la construction de la réalité dans le langage de la biopathologisation fait des médecins des « agents de contrôle social », cette construction leur permettant de contrôler les individus. L'histoire de l'usage de l'électrochoc et de la lobotomie ou les enjeux liés à la détermination psychiatrique de la responsabilité criminelle sont quelques exemples qui confirment l'importance accordée aux rapports de réciprocité entre l'état des savoirs sur les corps et leurs usages dans la légitimation politique du recours à la force et la détermination de son langage (peine ou traitement ?).

Les analyses de Bryan Turner (2000, 1992, 1991, 1987) fournissent une construction théorique plus affirmée de la médicalisation²⁸. S'inspirant à la fois de la perspective foucauldienne et des thèses wébériennes de la rationalisation et de la bureaucratisation, Turner (1987 : 225) considère que la médicalisation implique une normalisation disciplinaire bureaucratisée de la régulation des corps, normalisation mise en place par un biopouvoir au

nom d'une « conception abstraite de la santé comme dimension de la citoyenneté²⁹ ». Dans *Regulating Bodies*, Turner considère que nous sommes entrés dans l'ère d'une « société somatique » :

We might define the somatic society as a social system in which the body, as simultaneously constraint and resistance, is the principal field of political and cultural activity. The body is the dominant means by which the tensions and crises of society are thematized (...) The feminist movement, pensioners' lobbies, AIDS campaigns, pro- and anti-abortion cases, fertility and infertility programmes, institutions to store human organs, safe-sex campaigns, global sporting spectacles, movements for preventive medicine, campaigns to control global tourist pornography, and various aspects of the Green Movement are all major aspects of the bio-politics of the somatic society. We are no longer so much concerned about increasing production, but about controlling reproduction ; our major political preoccupations are how to regulate the spaces between bodies, to monitor the interfaces between bodies, societies and cultures, to legislate on the tensions between habitus and body. We want to close up bodies by promoting safe sex, sex education, free condoms and clean needles. (Turner, 1992 : 12-13)

Des auteurs considèrent que les limites et les coûts de la médecine curative dessinent la nécessité politique d'une médecine préventive (Herzlich et Pierret, 1984). Cette nécessité, bâtie sur l'intégration des conduites individuelles et intercorporelles dans la reconfiguration de la pensée médicale devant les épidémies du XIX^e siècle (Pinell, 1998 ; Faure, 1998), s'exprime clairement en notre ère du sida. D'après Foucault (1963:25), cette incorporation des conduites individuelles et intercorporelles signifie qu'il ne peut « y avoir de médecine des épidémies que doublée d'une police » ; la médecine est un « œil qui régit ». Selon une lecture foucauldienne, la médecine préventive opère une macropolitique gestionnaire sur la base des savoirs constitués par l'épidémiologie. En adoptant cette perspective, on

peut conclure avec Peterson (1997:193) : « By focusing not on individuals but on factors of risk, on statistical correlations of heterogeneous elements, the experts have multiplied the possibilities for preventive intervention. » Construire macropolitiquement le vivant devient un ensemble de stratégies de minimisation du risque. Une telle modalité de construction des politiques de santé publique s'opère dans un vacuum théorique de l'action, proposant plutôt une décomposition de plus en plus fine de la personne en tant que corps-objet/machine (système immunitaire, gènes, taux de cholestérol, etc.) afin de permettre l'établissement de corrélations statistiques devenues facteurs de risque³⁰. Cette modalité suppose également un « abus de rationalité » (Bibeau, 2000) en ce qu'elle réduit la complexité de la conduite humaine dans un individualisme méthodologique. La personne que tente de re-composer la macropolitique de promotion de la (bio)santé est un bricolage de construits de risques qu'on assemble dans une conception rationnelle de l'action : la personne qui « croit la bonne chose » est celle qui se tient à l'abri des risques dont l'évitement est à sa portée si elle surveille les produits qu'elle consomme, sa sexualité, sa posture, ses seringues, etc. (voir Lupton, 2000, 1997, et Good, 1994 : ch. 1). Les politiques de santé publique opérant la promotion de la (bio)santé sont ainsi critiquées pour la psychologie behavioriste, la décontextualisation de l'action, l'absence de considérations phénoménologiques et le « blâme de la victime » qu'elles supposent aux yeux de plusieurs sociologues et anthropologues, dont Armstrong (2000), Bourgois (1998) et Peterson (1997³¹). L'importance du risque dans le savoir/pouvoir de la promotion de la (bio)santé est d'ailleurs réifiée comme principe moteur du social dans la « société du risque » que décrit Ulrich Beck.

Rationalisation technoscientifique du social

Ultimately, man finds in things nothing but what he himself has imported into them : the finding is called science.

— Friedrich Nietzsche, *The Will to Power*, 1968

Les théories contemporaines du social développées par Michel Freitag, Ulrich Beck, Anthony Giddens et Niklas Luhmann permettent, de notre point de vue, d'éclairer macrosociologiquement les thèses de la médicalisation et les liens qui les unissent à l'efficacité du langage de la périllisation. À travers un certain nombre de concepts, et en gommant les distinctions importantes qu'opère la pensée de chacun, on peut construire un ensemble convergent des regards qu'ils portent sur le social. Ces concepts sont le risque, la réflexivité, la rationalisation, le savoir et la technologie.

C'est la réflexivité qui conduit ces auteurs à accorder au concept de risque une telle importance dans l'analyse qu'ils font de la société contemporaine. Beck (2001 :36) affirme que si le processus de modernisation est réflexif, c'est qu'il « est à lui-même objet de réflexion et problème » La réflexivité est processus de rationalisation parce qu'elle suppose la constitution discursive de l'objet qu'elle (re)constitue ; elle est le mode d'opération de la rationalisation dans le temps³². La théorie quantique, le virus du sida, l'inconscient et le crime constituent autant d'exemples de construits sociaux qui, dans les langages qui leur donnent sens (physique, biologie, psychologie, droit), deviennent réflexivement objets non seulement de transformation dans leur procès de rationalisation autoréférentielle, mais aussi d'organisation sociale (Giddens, 1990)³³.

Ces précisions sur la réflexivité permettent d'aborder la « société du risque » que propose Beck. D'après lui, les transformations qu'opère l'avènement d'une telle société se résument de la façon suivante :

Les sociétés du risque ne sont pas des sociétés de classes (...) Elles ont en elles une dynami-

que évolutionnelle qui détruit les frontières et repose sur une démocratie de base, elles placent uniformément l'humanité dans une situation où elle se met en péril d'elle-même, par l'intermédiaire de la civilisation. (...) La nécessité de se prémunir du risque vient remplacer la nécessité de se prémunir de la pénurie. (Beck, 2001 : 86)

Ainsi, selon Beck, la production sociale des risques vient déclasser une conception de la société dont le principal vecteur est la production des richesses. Le temps et l'énergie ne seraient plus consacrés à produire des événements, mais plutôt à s'assurer qu'ils ne se produisent pas (voir aussi Ritzer, 1997). Dans la société du risque, comme dans la société opérationnelle-décisionnelle de Freitag (2002, 1986b), dans la modernité avancée de Giddens (1990) ou dans la théorie des systèmes de Luhmann (1995, 1993), le futur remplace le passé comme moteur d'opérations macrosociales pragmatiques, carburant à la prédiction sur la base de savoirs utiles orientant la gestion des choses et des individus dans le seul horizon des possibilités techniques³⁴.

On assisterait, selon Beck, à une nouvelle configuration des rapports de production et de consommation sous l'angle du risque. Et si les sciences (post)positivistes ne peuvent contrôler « l'efficacité sociale des définitions du risque », la détermination réflexive des risques serait néanmoins intimement liée à leur scientification : « Tant que les risques ne sont pas scientifiquement reconnus, ils *n'existent* pas — en tout cas pas juridiquement, médicalement, technologiquement et socialement. » (Beck, 2001 : 130). La construction de la réalité qu'opèrent les savoirs se trouve donc au centre de ce social que dépeignent les auteurs à partir de la réflexivité, de la « colonisation du futur » et du risque.

La réflexivité du social reposerait sur une « raison militante » (Tibon-Cornillot, 1992), une « rationalité de domination » (Habermas, 1968) ; sur la célébration d'une inscription de la production du savoir utile dans une épistémologie (post)positiviste. Comprendre quels genres de LIDI désirent les personnes qui s'injectent demeure de

l'ordre de l'interprétation ; prédire quel pourcentage de la « clientèle à risque » sera rejointe par cette technologie est par contre utile. Comprendre quelles ont été les conséquences de la mise en place des PES dans la vie des personnes qui s'injectent est étranger à la macropolitique de promotion de la (bio)santé ; chiffrer le nombre de seringues distribuées/récupérées et extrapoler l'impact des PES sur le niveau général du risque que posent les pratiques d'injection permet par contre de justifier ou d'invalidier ces programmes. La rationalisation et l'orientation pragmatique du social dans la gestion de l'incertitude tendent donc à appeler la construction instrumentale de producteurs de savoirs utiles. Des « McChercheurs » qui participent à la « McDonaldisation du social » (Ritzer, 2000 ; Star, 1991) par la *nature* des « datas » qu'ils produisent, aussi comparable que l'est la saveur d'un *Big Mac* acheté à Régina ou à Sherbrooke. Des producteurs dont le travail s'enchaîne à une bureaucratie nourrie de subventions justifiées par le chiffre des publications (voir Freitag, 1995).

La science et les technologies qui fournissent des bases aux décisions politiques constituent, pour Habermas (1968 : 57), une « nouvelle idéologie » qui « dégage complètement de l'organisation de la vie collective les critères de la justification idéologique, c'est-à-dire des règles normatives de l'interaction ». Ce « modèle décisionniste » que décrivent Beck, Giddens, Luhmann et Freitag est vu par Habermas (1963 : 100) comme une manifestation de la victoire d'une « intelligentsia scientifique » pour qui le politique devient « organe d'exécution ». Freitag et Luhmann refusent clairement de poser ce diagnostic, évoquant plutôt une multiplicité de langages, autoréférentiels, indépendants, construisant les objets et opérationnalisant les modes de gestion découlant des problèmes qu'ils posent réflexivement. Le politique posséderait sa propre logique, certes interpénétrée, entre autres, des savoirs de la science qu'elle interprète, mais non pas dominée dans l'opération de son langage (Luhmann, 1990b). Ces conclusions amènent les deux auteurs à se débarrasser de la notion même de société, puisque celle-ci n'a plus, chez Luhmann, de centre (le capitalisme,

la culture, etc.) et, chez Freitag, de « caractère d'*a priori*³⁵ ».

L'espace convergent que nous construisons à partir des travaux des auteurs considérés ici est en somme marqué par la pluralisation des espaces de régulation sociale et des territoires discursifs constituant par autoréférence leurs objets et les opérations décisionnelles qu'ils appellent, par l'orientation rationalisée du social vers le futur cependant que l'ère prédictive repose sur les savoirs et les instruments technologiques. Cet espace n'est pas sans conséquences pour les constructions sociologiques qu'il est possible de tirer des rapports entre les institutions sociales et l'individu.

Identité, liberté et autorégulation

Notre seule liberté est de choisir entre l'amer-tume et le plaisir. L'insignifiance de tout étant notre lot, il ne faut pas la porter comme une tare, mais savoir s'en réjouir.

— Milan Kundera, *L'identité*, 1997

D'après Laurin (1999), le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale (famille, église, école, travail) caractérise la société contemporaine. Dans une analyse similaire, Ehrenberg (1995) suggère une tendance sociopolitique induisant le transfert de la prise en charge de la destinée de l'individu des institutions vers celui-ci, qui se trouve de ce fait responsabilisé de la trajectoire et de la dotation du sens de son existence. Fitoussi et Rosanvallon (1996) affirment de leur côté que la modernité se lit comme un « refus de définir autoritairement la nature de l'homme », ne laissant à la personne rien d'autre « de valable à intérioriser » qu'elle-même et les conséquences de ses actes. Un « malaise identitaire » découlerait de ce mouvement d'autonomisation de l'individu, de cette privatisation de l'identité. Les auteurs abordant la question de l'exclusion sociale et du meurtre néolibéral de l'État-providence aboutissent à des conclusions similaires (De Queiroz 1996 ; Castel, 1995a, 1995b, 1994 ; Xiberras, 1993).

Les théories du social aperçues en amont conduisent à une même vision de la problématique sociologique de l'identité du fait de leur insistance sur le pluralisme des langages de construction de la réalité. L'individu y devient une conscience socialement située, un projet toujours inachevé d'autoconstruction réflexive³⁶ à l'image du Sisyphe d'Albert Camus ou des personnages de Milan Kundera. Devant la fin des métarécits (Lyotard, 1979) et la multiplicité des langages sécularisés (Berger, 1980), la personne serait placée face à elle-même pour définir réflexivement ce qu'elle est dans son rapport à soi et à autrui (Luhmann, 1998a ; Giddens 1991 ; Rorty, 1985). L'individu doit donc faire sien le sens en puisant à un nombre de plus en plus diversifié de construits sociaux qui ne présentent pas un univers de significations consensuelles et non paradoxales (Luhmann, 1998b, 1995 ; Teubner, 1994 ; Rorty, 1980 ; Lyotard, 1979).

Selon la lecture que nous présentons de la problématique sociologique de l'identité, le corps, la psyché et l'inscription sociale de la personne constituent les trois axes sur lesquels prend forme l'autoconstruction réflexive du soi. La décomposition identitaire sur ces trois axes en fait des matériaux objectivés dont il reviendrait à la personne d'en être la principale artisan. Libre et autorégulée. Dans la perspective suggérée, la construction que fait la personne de son corps, de son rapport à elle-même et à autrui se réalise par l'interprétation réflexive qu'elle fait des discours sociaux, particulièrement ceux de la symptomatologisation, dans les espaces-temps qui les médiatisent. Ainsi la thèse de la médicalisation que nous avons abordée s'arrime-t-elle à la construction sociologique du culte du corps : cultes hygiéniques, diététiques, esthétiques, médicaux, thérapeutiques (Featherstone, 1991 ; Ehrenberg, 1991 ; Dostie, 1988). Les axes de la psyché et de l'inscription sociale induisent d'autres préoccupations existentielles établies dans la même différence normal/pathologique. Ainsi peut prendre sens la prolifération des techniciens du rapport à soi et à autrui³⁷, dont la mission est de guider l'individu vers son « actualisation » au moyen des mots, voire d'une pure technique — par exemple, l'usage de drogues

légalles (Prozac et autres) ou l'usage de l'électrochoc dans certains « cas » de dépression. L'individu est ainsi contraint par l'impératif d'être soi-même ; la liberté est obligation existentielle (voir Rose, 1999 ; Nettleton, 1997). Vie amoureuse, vie sexuelle, réussite scolaire et professionnelle, rapports interpersonnels, santé mentale, pratique psychotrope, compétence parentale, autant de territoires colonisés par les savoirs et technologies des bio-, psycho- et sociopathologies. Ce complexe appareillage technique et discursif permet de signifier les interactions que nous avons et les représentations médiatiques que nous consommons³⁸, dans lesquelles nous construisons réflexivement *Éros* et *Thanatos*. De notre point de vue, la thèse sociologique de la médicalisation devrait être vue comme témoin d'un procès plus généralisé de symptomatologisation³⁹. Il s'agirait alors de lire dans le social une microphysique normalisante dans laquelle la thèse foucauldienne est enrichie d'une attention phénoménologique, révélant le processus d'appropriation et de signification des savoirs par la personne et sa critique capacité de résistance.

De façon générale, ces considérations sur l'identité signalent l'individualisation des formes de socialités. Au sein d'un tel pluralisme normatif, la privatisation des rapports à soi (corps, psyché et altérité) permet de compléter la lecture suggérée des dispositifs de promotion de la (bio)santé. Pour reprendre le dualisme foucauldien, la microphysique normalisante opérant cette privatisation ne laisse plus à la macropolitique que la tâche de protéger l'intégrité d'un corps vide, appréhendé comme pure bio-logique. D'où les succès politiques de la réduction des méfaits qui mettent de l'avant des stratégies de gestion de corps « sans juger la personne » en s'inscrivant dans la mouvance généralisée d'une rationalisation technoscientifique du social.

Le contrôle de l'usage qui s'opère dans le langage de la périllisation n'est donc pas le contrôle de l'individu en tant qu'objet disciplinaire. Il faudrait plutôt parler d'une gestion des corps et des rapports intercorporels. Le sujet a en effet été noyé dans une population, construite par son inscription dans le

registre du risque, prise en charge dans une logique actuarielle. Mais l'individu n'en demeure pas moins investi par les impératifs de santé publique, qui placent en lui toute la responsabilité de ses choix. L'utilisateur de la réduction des méfaits, considéré comme vecteur de risques, est contraint d'autoréguler ses pratiques périllisées en considérant leurs conséquences probabilisées pour l'ensemble de la population.

Quelques visions de l'efficience du langage de la périllisation

Après avoir distingué les trois logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites et dégagé certaines manifestations de leur interpénétration, nous avons présenté plusieurs univers théoriques afin de rendre possible une analyse sociologique compréhensive de l'attrait politique que présente la réduction des méfaits. Nous pouvons maintenant poser quelques-uns des jalons de cette analyse.

L'efficience du langage de la périllisation dans le domaine du contrôle de l'usage des drogues illicites, que signalent les succès politiques des stratégies se revendiquant de la réduction des méfaits, vient complexifier la gamme des couleurs avec lesquelles il est possible de peindre les utilisateurs de drogues. Aux représentations sociales que permettent les langages de la criminalisation et de la symptomatologisation, vient se mêler la construction de ces personnes comme productrices de risque, non seulement pour elles-mêmes, mais aussi (surtout ?) pour les personnes dont on les distingue (les résidents, les citoyens, la communauté). Il faudrait en examiner les corrélats phénoménologiques tant chez les utilisateurs de drogue que dans leur incorporation dans le monde de la vie (*Lebenswelt*) des autres. À ce sujet, on a observé des résistances au sein de la « communauté⁴⁰ » à l'égard de la re-localisation de PES, et le choix de l'emplacement d'éventuels LIDI pourra en générer d'autres. La construction des personnes UDI comme productrices de risque conduit à interpréter ces résistances autrement que comme la seule opposition des « citoyens » face à des stratégies qu'ils auraient « du mal à comprendre » en

raison du statu quo juridique ou parce qu'ils croient que les *junkies* ont besoin de soins plutôt que programmes de réduction des méfaits. Cette production de l'utilisateur comme vecteur de risque conduit aussi à voir la puissance de la peur comme moteur de solidarité sociale.

Si l'on imagine la construction d'une lunette analytique intégrant les effets sociaux des trois logiques concubines, peut-on voir dans la réduction des méfaits ce qu'y voit Pierre Brisson ?

Cette approche, largement définie, voire imposée par les acteurs de la santé publique, ouvre la porte à un réel humanisme dans les rapports avec les usagers de drogues ainsi qu'à une re-médicalisation du phénomène. Le toxicomane n'est plus un déviant, mais un malade que l'on doit amener à maîtriser ses comportements dans l'intérêt de la société, notamment en le traitant avec des produits de substitution. Ainsi s'engage avec les drogues illicites un peu le même processus qu'il y a 40 ans avec l'alcool : une approche rationnelle et scientifique (de nature épidémiologique plutôt que physiologique, cette fois) bat en brèche la conception morale dominante, favorisant la déculpabilisation de l'usager et surtout, sur le plan social, sa non-stigmatisation. (Brisson, 2000 : 33)

De notre point de vue, le langage de la périllisation semble, au contraire, favoriser la culpabilisation et la stigmatisation de la personne consommatrice hors du réseau des spécialistes de la réduction des méfaits. Nous n'affirmons pas l'incapacité des intervenants d'accueillir les consommateurs dans l'esprit humaniste qu'a défendu Carl Rogers (1961). Nous suggérons plutôt que la peur attachée à l'UDI-vecteur-de-risque permet une stigmatisation accrue des usagers. Leur symbolisation par le langage de la périllisation ne peut qu'entrer en compétition avec les efforts déployés par maints acteurs pour les signifier sociopathologiquement, par exemple en faisant la promotion d'une analyse de la toxicomanie comme conséquence de l'exclusion sociale ou d'une enfance de victimisation. À tout le moins, les personnes consommatrices se sentent-elles objet de

stigmatisation sociale pour des motifs extérieurs à ceux signifiés par leur symptomatologisation :

Lorsqu'on leur demande ce qu'ils ou elles pensent de la mise en place de lieux d'injection de drogues illicites, les préoccupations pour les seringues à la traîne et la visibilité de la consommation sont des dimensions centrales des discours des consommateurs. La conscience que leurs pratiques de consommation sont sources de tensions sociales est au cœur de la réponse qu'offrent les consommateurs qui ne disposent pas de lieux privés pour s'injecter. (Carrier et Lauzon, dans le présent numéro)

Dans le contexte de la privatisation de l'identité, la macropolitique de promotion de la (bio)santé dessine non pas l'exigence de transformations structurelles (lutte contre la pauvreté, nivellement des inégalités) que promeut la sociopathologisation, mais bien la dissémination de savoirs et de techniques dont il incombe à la personne d'en faire bon usage pour proactivement préserver sa bio-logique des risques. Cela devient la recette de la santé, dont l'investissement politique la construit biomédicalement. Dans un climat empreint d'un « totalitarisme 'légitime' de la prévention » (Beck, 2001 :145) et d'un investissement sociopolitique marqué du corps, la seringue qui pénètre le corps dans le registre du risque peut-elle ne pas appeler le langage de la symptomatologisation, qui, avec la peur, est au cœur de la stigmatisation des personnes ?

Le langage de la périllisation n'aborde pas l'usage sous l'angle du symptôme, dont se charge une microphysique disciplinaire indépendante⁴¹. Il ne s'embarrasse donc d'aucune considération pour la personne. Nous y voyons l'une des pistes permettant d'interpréter son efficience⁴². Plutôt que de chercher à comprendre l'incertaine herméneutique des savoirs socio/psy, la périllisation interprète une gamme de savoirs enveloppés d'une efficace prétention logocentrique. Devant la complexité et l'incertitude des mots des sciences « humaines », l'univocité apparente du chiffre que met de l'avant la logique de périllisation présente une possibilité de traduction beaucoup plus simple pour les systèmes « experts »

(Giddens), « sociaux » (Luhmann) ou pour la société « opérationnelle-décisionnelle » (Freitag). Si celle-ci fait l'expérience de son futur dans le risque de la décision (Luhmann, 1998b : 70), alors le savoir mis en chiffre s'y présente comme l'instrument tout désigné. Celui qui se formule par les mots, comme un problème qui s'ajoute aux autres.

Dans la macropolitique de promotion de la (bio)santé de la personne décomposée, le chiffre colle à la santé biomédicale mais se sublime dans la poursuite romantique d'une santé psycho-sociale, laquelle devient alors un risque pour le politique. Les personnes en (bio)santé qui cependant souffrent deviennent ainsi pensables comme « malades » d'elles-mêmes, et l'on peut alors trouver, comme le gueule le poète Richard Desjardins (1992), « le kid dans la ruelle entre les mains d'un psy ».

La notion d'« aide à la survie » était chère aux intervenants de première ligne ayant instauré les premières initiatives locales, personnalisées, non politiques, *illégales*, de réduction des méfaits (voir Carrier, 2003 et Haemming, 1992). Cette notion ne peut, une fois qu'elle a acquis une reconnaissance politique, qu'être traduite dans le langage de gestion des « populations cibles » que parle la périllisation (voir aussi Mugford, 1993b). Comment y retrouver la personne quand n'est chiffrable qu'un (bio)corps décomposé en facteurs de risque, dont on oublie qu'ils reposent sur une épistémologie qui a pour seule solidité son efficacité sociale ?

Si la périllisation – arrimée à une macropolitique de la promotion de la (bio)santé — et le thérapeutique (à une microphysique de normalisation disciplinaire) présentent deux langages dont on ne saurait éteindre l'énergie, et encore moins pointer du doigt des responsables, la prohibition présente au contraire une imputabilité politique qui rend possible l'action. Pour la tuer et laisser mourir d'elle-même sa langue. Pour ainsi libérer d'une des trois logiques de contrôle les personnes qui consomment les produits et qu'a intégrée problématiquement en son sein la marche réflexive d'une domination occidentale assise sur le trône bancal et dangereux de sa raison.

Conclusion

We need not assume that the reader's response is constrained by the text.

— Paul Atkinson, *The Ethnographic Imagination*, 1990

Notre analyse des logiques de contrôle de la pratique psychotrope confirme l'idée d'une rupture induite par la réduction des méfaits. Cette rupture se réalise par la construction d'un nouvel objet de régulation. La périllisation de certaines formes d'usage de drogues illicites conduit à la production du champ d'action des stratégies de réduction des méfaits dans une logique autonome par rapport aux modèles traditionnels de la criminalisation et de la symptomatologisation. Notre analyse remet toutefois en question l'idée reçue à l'effet que la réduction des méfaits constitue une solution de rechange aux deux autres logiques, qu'elle disqualifierait. En effet, la réduction des méfaits ne propose pas de remplacer l'opération des logiques de criminalisation et de thérapeutisation, mais s'accapare un espace-temps de contrôle de l'usage à l'intérieur du cadre prohibitionniste, dans lequel se maintient la construction de l'usage sous l'angle du symptôme. Les logiques traditionnelles ne sont pas abandonnées au profit d'un nouveau « paradigme » triomphant. Les trois logiques s'accommodent de leur concubinage et chacune peut récupérer à son compte, c'est-à-dire dans son langage, les produits discursifs des autres. Cette perspective permet dès lors de mieux comprendre pourquoi la popularité accrue pour le langage de la périllisation n'a jamais réussi à miner de façon

définitive la pérennité du modèle prohibitionniste. La logique prohibitionniste démontre une capacité à intégrer les éléments issus des autres logiques concubines sans toutefois devoir opérer des transformations significatives dans sa propre logique interne. La criminalisation de la pratique psychotrope demeure donc imperméable aux critiques qui émanent des autres logiques, justement parce qu'elles émanent d'un autre système qui construit son objet selon des règles qui lui sont propres. De notre point de vue, l'idée véhiculée à l'effet que la réduction des méfaits puisse conduire à la chute du prohibitionniste est une - certes, honorable - profession de foi.

L'exploration des diverses théories sociologiques nous a permis d'éclairer l'efficacité du langage de la périllisation au sein des sociétés contemporaines. Nous n'avons pas cherché à conclure ce texte en entreprenant l'impossible épuisement de toutes les interprétations qui peuvent être conduites. On pourra nous reprocher de ne pas avoir établi une rhétorique pour asseoir l'autorité des théories sélectionnées. Cela s'explique par notre désir de multiplier les façons de situer le langage de la périllisation. Nous n'avons cherché qu'à évoquer et à stimuler des regards possibles sur les stratégies de réduction des méfaits. Les bio-, psycho- et sociopathologues qui nous auront suivis jusqu'ici pourront nous critiquer pour traiter du contrôle de l'usage des drogues illicites comme d'un problème sociologique plutôt que social. À nos yeux, écrire ce contrôle dans une pensée qui évite de le nourrir est un impératif politique.

Références

- Aïach, P. (1998). Les voies de la médicalisation, dans L'ère de la médicalisation. *Ecce homo sanitas*, Aïach, P. et D. Delanoë (sous la dir.), Paris : Éditions Économica : 15-36.
- Armstrong, D. (2000). Social Theorizing About Health and Illness, dans *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick et S. C. Scrimshaw (éds.), Londres : Sage Publications : 24-35.
- Atkinson, P. (1990). *The Ethnographic Imagination. Textual Constructions of Reality*, Londres : Routledge.
- Barbesino, P. et S. Salvaggio (1996). La sociologie de Niklas Luhmann, *Recherches sociologiques*, 25 (2) : 25-57.
- Baudrillard, J. (1981). *Simulacres et simulations*, Paris : Gallée.
- Bauman, Z. (1992). *Intimations of Postmodernity*, New York : Routledge.
- Beauchesne, L. (1991). Social Morality and the Civil Rights of Canadian Drug Users, *The Journal of Drug Issues*, 21 (1) : 165-182.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre Modernité*, Paris : Aubier.
- Beck, U. (2000). The Reinvention of Politics : Towards a Theory of Reflexive Modernization, dans *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, U. Beck, A. Giddens et S. Lash (éd.), Stanford : Stanford University Press, 1-55.
- Berger, P. L. (1980). *Affrontés à la modernité*. Réflexion sur la société, la politique et la religion, Paris : Le Centurion.
- Berger, P. L. et T. Luckmann (1967). *The Social Construction of Reality : A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Garden City : Double Day.
- Bertrand, M.-A. (2000). La Politique des drogues. Contestations, paradoxes et confusions, *Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies*, 6 (4) : 9-25.
- Bertrand, M.-A. (1992). La situation en Amérique du Nord, dans *Drogues et droits de l'homme*, F. Caballero (sous la dir.), Paris : Ulysse diffusion : 111-129.
- Bertrand, M.-A. (1988). Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues, dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, P. Brisson (sous la dir.), Boucherville : Gaëtan Morin : 139-155.
- Bibeau, G. (2000). L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanies : des perspectives critiques, dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III, Brisson, P. (sous la dir.), Gaëtan Morin éditeur : Montréal.
- Bourgois, P. (1998). The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts : Confronting Ethnography, HIV Risk, and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments, *Substance Use & Misuse*, 33 (11) : 2323-2351.
- Brisson, P. (2000). Développement du champ québécois des toxicomanies au XXe siècle, dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Volume III, P. Brisson (sous la dir.), Montréal : Gaëtan Morin : 3-44.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situations, pratiques*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Burkitt, I. (1999). *Bodies of Thought. Embodiment, Identity and Modernity*, Londres : Sage Publications.
- Burr, V. et T. Butt (2000). Psychological Distress and Postmodern Thought, dans *Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience*, Fee, D. (éd.), Londres : Sage Publications : 186-206.
- Bury, M. (1998). Postmodernity and Health, dans *Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology Towards 2000*, Scambler, G. et P. Higgs (éds.), Londres : Routledge : 1-28.
- Butters, J. et P. G. Erickson (2000). Addictions as Deviant Behaviour. Normalizing the Pleasures of Intoxication, dans *New Perspectives on Deviance. The Construction of Deviance in Everyday Life*, L. G. Beaman, (éd.), Scarborough : Prentice Hall Allyn and Bacon Canada : 67-84.

- Carrier, N. (soumis). *Les criminel(le)s des universitaires. Les formations discursives de l'objet déviance criminalisée*, Cahiers de recherches sociologiques.
- Carrier, N. (2003). Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de « réduction des méfaits », *Déviance & Société*, 27 (1) : 59-76.
- Carrier, N. (2000). Discours de patrouilleurs montréalais sur la détection de l'infraction de possession de drogues prohibées ... ou pour trouver le ver, encore faut-il pouvoir toucher la pomme, *Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies*, 6 (4) : 103-129.
- Carrier, N. et P. Lauzon (dans le présent numéro). Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal, *Drogues, santé et société*.
- Castel, R. (1995a). *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Fayard.
- Castel, R. (1995b). Les pièges de l'exclusion, *Lien social et Politiques - RIAC*, 34 (74) : 13-21.
- Castel, R. (1994). La dynamique du processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation, *Cahiers de recherches sociologiques*, 22, 11-25.
- Cohen, S. (1988). *Against Criminology*, New Brunswick : Transaction Inc.
- Cohen, S. (1985). *Visions of Social Control. Crime, Punishment and Classification*, Cambridge : Polity Press.
- Collison, M. (1994). Drug Crime, Drug Problems and Criminal Justice : Sentencing Trends and Enforcement Target, *The Howard Journal of Criminal Justice*, 33 (1) : 25-40.
- Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Ledain) (1973). *Rapport final*, Ottawa : Information Canada.
- Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Ledain) (1970). *Rapport provisoire*, Ottawa : Information Canada.
- Conrad, P. et J.W. Schneider (1980). *Deviance and Medicalization : From Badness to Sickness*, St.Louis : C.V. Mosby Co.
- Cormier, D. (1989). *Alcoolisme : abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*, Montréal : Éditions du Méridien.
- Denzin, N.K. (1993). *The Alcoholic Society : Addiction and Recovery of the Self*, New Brunswick : Transaction Publishers.
- De Queiroz, J.-M. (1996). Exclusion, identité et désaffection, dans *L'exclusion. L'état des savoirs*, S. Paugam (éd.), Paris : Éditions de la Découverte : 295-310.
- Desjardins, R. (1992). *On m'a oublié, Les derniers humains*, Montréal : Fukinic.
- Des Jarlais, D. C. et S. R. Friedman (1993). AIDS, Injecting Drug Use and Harm Reduction, dans *Psychoactive Drugs & Harm Reduction : From Faith to Science*, N. Heather, A. Wodak, E. Nadelman et P. O'Hare (éds.), Londres : Whurr Publishers : 297-309.
- Dias Ferreira, V. (1996). Problèmes posés par la mise en œuvre des opérations undercover dans le domaine de la lutte contre le trafic de stupéfiants, *Revue de droit pénal et de criminologie*, 76 (5) : 557-588.
- Dion, G.A. (2000) Législation nationale et disparités régionales : le cas du Canada, *Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies*, 6 (4) : 65-104.
- Dion, G.A. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998 : portrait statistique*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Dion, G.A. (1997). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues : portrait statistique*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Dole, V. et nyswander, M. (1967). Heroin Addiction : A Metabolic Disease, *Archives of Internal Medecine*, 120, 19-24.
- Dostie, M. (1988). *Les corps investis. Éléments pour une socio-politique du corps*, Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*, Paris : Pluriel.

- Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*, Calmann-Levy : Pluriel.
- Ellenberger, H.F. (1969). *La criminologie du passé et du présent*, Montréal : PUM.
- Erickson, P.G. (1980). *Cannabis Criminals. The Social Effects of Punishment on Drug Users*, Toronto : Addiction Research Foundation.
- Erickson, P.G. et Y.W. Cheung (1992). Drug Crime and Legal Control : Lessons from the Canadian Experience, *Contemporary Drug Problems*, 19 (2) : 247-277.
- European Cities on Drug Policy (ECDP) (1998). *Declaration of the European Cities on Drug Policies 1998*, [en ligne] : <http://www.ecdp.net/declar.htm> (18 mai 2001).
- Faugeron, C. et Kokoreff, M. (2002). *Société avec drogues : enjeux et limites*, Paris : Éditions Érès.
- Faure, O. (1998). La médicalisation vue par les historiens, dans *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Aïach, P. et D. Delanoë (sous la dir.), Paris : Éditions Économica : 53-68.
- Featherstone, M. (1991). The Body in Consumer Culture, dans *The Body. Social Process and Social Theory*, Featherstone, M., M. Hepworth et B. S. Turner (éds.), Londres : Sage Publications : 170-196.
- Feyerabend, P. (1975). *Against Method : Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge*, Londres : Nlb.
- Fitoussi, J.-P. et P. Rosanvallon (1996). *Le nouvel âge des inégalités*, Paris : Seuil.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux : Cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1979). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*, Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*, Paris : PUF.
- Fox, N. J. (1998). The Promise of Postmodernism for the Sociology of Health and Medicine, dans *Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology Towards 2000*, Scambler, G. et P. Higgs (éds.), Londres : Routledge : 29-45.
- Fox, N. J. (1997). Is There a Life After Foucault ? Texts, Frames and Differends, dans *Foucault, Health and Medicine*, Peterson, A. et R. Bunton (éds.), Londres : Routledge : 31-50.
- Fox, N. J. (1994). *Postmodernism, Sociology and Health*, Toronto : University of Toronto Press.
- Freitag, M. (2002). *L'oubli de la société. Pour une théorie critique de la postmodernité*, Laval : Presses de l'Université Laval.
- Freitag, M. (1995). *Le naufrage de l'Université et autres essais d'épistémologie politique*, Québec : Nuit blanche éditeur.
- Freitag, M. (1986a). *Dialectique et Société I : Introduction à une théorie générale du Symbolique*, Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Freitag, M. (1986b). *Dialectique et Société II : Culture, pouvoir, contrôle. Les modes de reproduction formels de la société*, Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Gadamer, H.-G. (1960). *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Paris : Seuil.
- Garland, D. (2001). *The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society*, Chicago : University of Chicago Press.
- Garland, D. (1985). The Criminal and his Science, *The British Journal of Criminology*, 25 (2) : 109-137.
- Gergen, K. J. (2000). The Self : Transfiguration by Technology, dans *Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience*, Fee, D. (éd.), Londres : Sage Publications : 100-115.
- Gibson, D., R. M. Flynn et D. Perales (2001). Effectiveness of Syringe Exchange Programs in Reducing HIV Risk Behavior and HIV Seroconversion Among Injecting Drug Users, *AIDS*, 15 (11) : 1329-1341.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford : Stanford University Press.

- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*, Stanford : Stanford University Press.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*, Berkeley : University of California Press.
- Giffen, P.J., S. Endicott et S. Lambert (1991). *Panic and Indifference. The Politics of Canada's Drug Laws. A Study in the Sociology of Law*, Ottawa : Canadian Centre on Substance Abuse.
- Good, B. J. (1994). *Medecine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Gubrium, J. F. et J. A. Holstein (1997). *The New Language of Qualitative Method*, New York : Oxford University Press.
- Habermas, J. (1976). *Connaissance et intérêt*, Paris : Gallimard.
- Habermas J. (1968). La technique et la science comme « idéologie », dans *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris : Gallimard, 1973 : 3-74.
- Habermas, J. (1963) Scientification de la politique et opinion publique, dans *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris : Gallimard, 1973 : 97-132.
- Haemmig, R. B. (1992). The Streetcorner Agency with Shooting Room ('Fixerstuebli'), dans *The Reduction of Drug-Related Harm*, P. A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E. C. Bunning et E. Drucker (éds.), Londres : Routledge : 181-185.
- Haraway, D. J. (1991a). The Biopolitics of Postmodern Bodies : Constitution of Self in Immune System Discourse, dans *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*, New York : Routledge : 203-230.
- Haraway, D. J. (1991b). A Cyborg Manifesto : Science, Technology, and Social-Feminism in the Late Twentieth Century, dans *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*, New York : Routledge : 149-181.
- Hartnoll R. et D. Hedrich (1996). Aids Prevention and Drug Policy. Dilemmas in the Local Environment, dans *AIDS, Drugs and Prevention : Perspectives on Individual and Community Action*, T. Rhodes, R. Hartnoll (éds.), Londres : Routledge : 42-65.
- Herzlich, C. et J. Pierret (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris : Payot.
- Hewitt, M. (1991). Bio-Politics and Social Policy : Foucault's Account of Welfare, dans *The Body. Social Process and Cultural Theory*, Featherstone, M., M. Hepworth et B. S. Turner (éds.), Londres : Sage Publications : 225-255.
- Ibarra, P. R. et J. I. Kitsuse (1993). Vernacular Constituents of Moral Discourse : An Interactionist Proposal for the Study of Social Problems, dans *Reconsidering Social Constructionism. Debates in Social Problems Theory*, Holstein, J. A. et G. Miller (éds.), New York : Aldine de Gruyter : 25-58.
- Jacques, J.P. (1999). *Pour en finir avec les toxicomanies : psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, Bruxelles : De Boeck Université.
- Kaminski, D. (2000). L'injection de la cause, *Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies*, 6 (4) : 55-63.
- Kaminski, D. (1990). Toxicomanie : le mot qui rend malade, *Déviance et Société*, 14 (2) : 179-196.
- Kerr, T. (2000). *Safe Injection Facilities. Proposal for a Vancouver Project*, Projet pilote de la Harm Reduction Action Society, Vancouver : Harm Reduction Action Society.
- Klingemann, H. (1995). Prise en charge et traitement des toxicomanes, dans *Drogues illégales en Suisse 1990-1993. La situation dans les cantons et en Suisse*, Fahrenkrug H., Rehm J., Müller R., Klingemann H., Linder R. (éds.) : Zurich : Éditions Seismo : 97-148.
- Kraska, P.B. (1992) : The Processing of Drug Arrestees : Questioning the Assumption of an Ambivalent Reaction, *Journal of Criminal Justice*, 20 (6) : 517-525.
- Kuhn, T. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago : University of Chicago Press.
- Kundera, M. (1997). *L'identité*, Paris : Gallimard.
- Laudan, L. (1996). *Beyond Positivism and Relativism. Theory, Method and Evidence*, Boulder : Westview Press.

- Laurin, N. (1999), Le démantèlement des institutions intermédiaires de régulation sociale. Vers une nouvelle forme de domination, *Sociologie et sociétés*, 31 (2) : 65-72.
- Law, J. (1991). Monsters, Machines and Sociotechnical Relations, dans *A Sociology of Monsters. Essays on Power, Technology and Domination*, J. Law (éd.), Londres : Routledge : 1-23.
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : PUF.
- Lianos, M. (2001). *Le nouveau contrôle social. Toile institutionnelle, normativité et lien social*, Paris : L'Harmattan.
- Luhmann, N. (1999). *Politique et complexité. Les contributions de la théorie générale des systèmes*, Paris : Les éditions du cerf.
- Luhmann, N. (1998a). La société comme différence, *Sociétés. Revue des sciences humaines et sociales*, 61 (3) : 19-37.
- Luhmann, N. (1998b). *Observations on Modernity*, Stanford : Stanford University Press.
- Luhmann, N. (1996). *The Reality of the Mass Media*, Stanford : Stanford University
- Luhmann, N. (1995). *Social Systems*, Stanford : Stanford University Press.
- Luhmann, N. (1993). *Risk : A Sociological Theory*, New York : Walter de Gruyter.
- Luhmann, N. (1990a). *Amour comme passion. De la codification de l'intimité*, Paris : Aubier.
- Luhmann, N. (1990b). *Political Theory in the Welfare State*, New York : Walter de Gruyter.
- Lupton, D. (2000). The Social Construction of Medicine and the Body, dans *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Albrecht, G. L., R. Fitzpatrick et S. C. Scrimshaw (éds.), Londres : Sage Publications : 50-63.
- Lupton, D. (1997). Foucault and the Medicalization Critique, dans *Foucault, Health and Medicine*, Peterson, A. et R. Bunton (éds.), Londres : Routledge : 94-110.
- Lyons, W. (1999). *The Politics of Community Policing : Rearranging the Power to Punish*, Michigan : The University of Michigan Press.
- Lyotard, J.-F. (1979). *La condition postmoderne*, Paris : Minuit.
- Macpherson, D. (2000). *A Framework for Action : A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, Draft Discussion Paper, Vancouver : City of Vancouver.
- Martin, E. (1994). *Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture - From the Days of Polio to the Age of AIDS*, Boston : Beacon Press.
- Martin, E. (1992). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston : Beacon Press.
- Marx, G. T. (1985). The Surveillance Society : The Threat of 1984-Style Techniques, *Futurist*, 19 (3) : 21-26.
- Melossi, D. (1990). *The State of Social Control. A Sociological Study of Concepts of State and Social Control in the Making of Democracy*, Cambridge : Polity Press.
- 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 et des services sociaux du Québec (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientation, axe d'intervention, actions*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientation et stratégie*, Document de consultation, Québec : Gouvernement du Québec.
- Moore, M. H. et M. A. R. Kleinman (1989). The Police and Drug, *Perspectives on Policing*, 11 : 1-14.
- Morales L. et A. Morel (1998). *Étude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques*, Liège : Fédération européenne des Associations d'intervenants en toxicomanie.
- Mugford, S. (1993a). Harm Reduction : Does It Lead where Its Proponents Imagine ? dans *Psychoactive Drugs & Harm Reduction : From Faith to Science*, N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann et P. O'Hare, Londres : Whurr Publishers : 21-33.

- Mugford, S. (1993b). Social Change and the Control of Psychotropic Drugs : Risk Management, Harm Reduction and Postmodernity, *Drug and Alcohol Review*, 12 : 369-375.
- Müller R., Fahrenkrug H. (1995). Prévention et prise en charge des consommateurs de drogues, dans *Drogues illégales en Suisse 1990-1993. La situation dans les cantons et en Suisse*, Fahrenkrug H., Rehm J., Müller R., Klingemann H., Linder R. (éds.), Zurich : Éditions Seismo : 55-96.
- Nettleton, S. (1997). Governing the Risk Self. How to Become Healthy, Wealthy and Wise, dans *Foucault, Health and Medicine*, Peterson, A. et R. Bunton (éds.), Londres : Routledge : 207-222.
- Nietzsche, F. (1968). *The Will to Power*, New York : Vintage Books.
- Noël, L. ET T. Antil (1998). *Les programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec : une démarche collective d'évaluation*, Québec : Centre de coordination sur le sida, Direction de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*, New York : Free Press.
- Peterson, A. (1997). Risk, Governance and the New Public Health, dans *Foucault, Health and Medicine*, Peterson, A. et R. Bunton (éds.), Londres : Routledge : 189-206.
- Pfohl, S. (1985). *Images of Deviance & Social Control. A Sociological History*, New York : McGraw-Hill Book Company.
- Pinell, P. (1998). Médicalisation et procès de civilisation, dans *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Aïach, P et D. Delanoë (sous la dir.), Paris : Éditions Économica : 37-51.
- Quirion, B. (2002). Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives de la régulation de la pratique psychotrope, *Déviante & Société*, 26 (4) : 479-495.
- Radiohead (1997). *Fitter, Happier, OK Computer*, Mississauga : EMI.
- Riley, D. (1998). *La Politique canadienne de contrôle des drogues*, étude commandée par l'H. Sénateur Nolin, Canada : publication restreinte.
- Ritzer, G. (2000). *The McDonaldization of Society*, Thousand Oaks : Pine Forge Press.
- Ritzer, G. (1997). *Postmodern Social Theory*, New York : McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person : A Therapist's View on Psychotherapy*, Boston : Houghton Mifflin.
- Rorty, R. (1985). Habermas and Lyotard on Postmodernity, dans *Habermas and Modernity*, R. J. Bernstein (éd.), Cambridge : Polity Press : 161-176.
- Rorty, R. (1980). *Philosophy and the Mirror of Nature*, Princeton : Princeton University Press.
- Rose, N. (1999). *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*. 2nd ed., Londres : Free Association Books.
- Rozier, M. et V. Vanasse (2000). Les mesures de réduction des méfaits : entre cadre pénal et pratiques d'intervention, dans *L'errance urbaine*, D. Laberge (sous la dir.), Montréal : Multimondes : 415-432.
- Shoemaker, D.J. (1990). *Theories of Delinquency. An Examination of Explanations of Delinquent Behavior*, New York : Oxford University Press.
- Simon, J. (1988). The Ideological Effects of Actuarial Practices, *Law & Society Review*, 22 (4) : 771-800.
- Simon, J. et M. M. Feeley (1995). True Crime : The New Penology and Public Discourse on Crime, dans *Punishment and Social Control*, Blomberg, T. G. et S. Cohen, New York : Aldine de Gruyter : 147-180.
- Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm (1998). *The Costs of Substance Abuse in Canada*, Toronto : Canadian Centre on Substance Abuse.
- Skolnick, J. (1966). *Justice Without Trial : Law Enforcement in Democratic Society*, New York : John Wiley & Sons Inc.
- Skomska-Godefroy, J. (1996). La résistance contemporaine à la vaccination : le cas français, dans *L'aventure de la vaccination*, Moulin, A.-M. (sous la dir.), Paris : Fayard : 423-437.
- Sobell, M. B. et SOBELL, L. C. (1978). *Behavioral Treatment of Alcohol Problems*, New York : Plenum.

- Solomon, R.R. et M. Green (1988). The First Century : The History of Non-medical Opiate Use and Control Policies in Canada, 1870-1970, dans *Illicit Drugs in Canada : A Risky Business*, J.C. Blackwell et P.G. Erickson (éds.), Scarborough : Nelson Canada : 88-116.
- Solomon, R.R., E. Single et P.G. Erickson (1988). Legal Considerations in Canadian Cannabis Policy, dans *Illicit Drugs in Canada : A Risky Business*, J.C. Blackwell et P.G. Erickson (éds.), Scarborough : Nelson Canada : 370-391.
- Spector, M. et J. I. Kitsuse (1977). *Constructing Social Problems*, New York : Aldine de Gruyter.
- Star, S. L. (1991). Power, Technology and the Phenomenology of Conventions : On Being Allergic to Onions, dans *A Sociology of Monsters. Essays on Power, Technology and Domination*, Law, J. (éd.), Londres : Routledge : 26-56.
- Stimson G. V. (1990). Revising Policy and Practice : New Ideas About the Drugs Problem, dans *AIDS and Drug Misuse. The Challenge for Policy and Practice in the 1990s* Strang, J. et G.V. Stimson (éds.), Londres, Routledge : 121-131.
- Stoddart, K. (1988). The Enforcement of Narcotics Violations in a Canadian City : Heroin Users' Perspectives on the Production of Official Statistics, dans *Illicit Drugs in Canada : A Risky Business*, J.C. Blackwell et P.G. Erickson (éds.), Scarborough : Nelson Canada : 244-258.
- Swiss Federal Office of Public Health (1999). *The Swiss Drug Policy. A Fourfold Approach With Special Consideration of the Medical Prescription of Narcotics*, Berne : Swiss Federal Office of Public Health.
- Teubner, G. (1994). Pour une épistémologie constructiviste du droit, dans *Droit et réflexivité. L'auto-référence en droit et dans l'organisation*, Paris : LGDJ/Story-Scientia : 171-204.
- Tibon-Cornillot, M. (1992). *Les corps transfigurés. Mécanisation du vivant et imaginaire de la biologie*, Paris : Éditions du Seuil.
- Turner, B. S. (2000). The History of the Changing Concepts of Health and Illness : Outline of a General Model of Illness Categories, dans *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Albrecht, G. L., R. Fitzpatrick et S. C. Scrimshaw (éds.), Londres : Sage Publications : 9-23.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, Londres : Routledge.
- Turner, B. S. (1991). Recent Developments in the Theory of the Body, dans *The Body. Social Process and Cultural Theory*, Featherstone, M., M. Hepworth et B. S. Turner (éds.), Londres : Sage Publications : 1-35.
- Turner, B. S. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*, Londres : Sage Publications.
- Weitz, R. (1996). *The Sociology of Health, Illness, and Health Care. A Critical Approach*, Belmont : Wadsworth Publishing Company.
- Xiberras, M. (1993). *Les théories de l'exclusion*, Paris : Meridiens Klincksieck
- Yochelson, S. et S. E. Samenow (1976). The Criminal Personality. Volume I. *A Profile for Change*, New York : Jason Aronson.
- Zeese, K. B. (1999). Marijuana in the 20th Century : A Chronology of Use and Regulation, *International Journal of Drug Policy*, 10 (4) : 339-446.
- Zola, I. K. (1990). Medicine as an Institution of Social Control, dans *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. Third Edition, Conrad, P. et R. Kern (éds.), New York : St. Martin's Press : 398-418.

Notes

- 1 Sur la définition et les principes de base de la stratégie de réduction des méfaits québécoise, ainsi que sur les points qui la distinguent de la harm reduction anglo-saxonne et de la réduction des risques franco-européenne, voir Brisson (1997). (Nous utilisons sans parcimonie les notes de bas de page, notamment pour suivre les associations opérées par la pensée qui se logent mal dans le corps du texte, dont nous espérons le développement plus linéaire. On pourra se dispenser des notes et trouver dans le corps du texte l'essentiel de notre propos, lavé de toutes précisions que nous avons jugé simplement utiles et de détails bibliographiques secondaires.)
- 2 La notion de « rupture paradigmatique » est empruntée à Thomas Kuhn, qui, dans *The Structure of Scientific Revolutions* (1970), démontre que la pratique scientifique n'obéit pas à un a priori normatif immuable, mais qu'au contraire les conditions de son auto-régulation, donc les déterminations des critères de la vérité (et de l'hérésie), sont contingentes, relatives. Cela signifie que les « faits » d'une science, même se réclamant d'un positivisme radical, ne peuvent s'accompagner d'une légitimité supérieure à l'égard des autres « pratiques socio-idéologiques » (Freitag (1986a :67 ; voir aussi Laudan (1996), Law (1991) et l'anarchiste Feyerabend (1975), qui radicalise la thèse kuhnienne.).
- 3 DesJarlais et Freidman (1993 :299) avancent pour leur part l'idée saugrenue que la réduction des méfaits constitue une synthèse hégélienne, « [...] a Hegelian synthesis of the 'utilization of psychoactive drugs to celebrate human potential' perspective (the thesis) and the 'zero-tolerance prohibition' perspective (antithesis) ».
- 4 Mentionnons à cet égard la multiplication, depuis une quinzaine d'années, des programmes d'échange et de distribution de seringues à travers le pays, ainsi que l'annonce faite en novembre 2002 par la ministre fédérale de la Santé à l'effet que des aménagements juridiques seront réalisés afin de permettre l'implantation de lieux d'injection de drogues illicites (LIDI) à Montréal, Toronto et Vancouver.
- 5 Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, dans ses orientations de 2001, estime qu'une approche pragmatique de prévention de la toxicomanie doit compter au nombre de ses dispositifs les stratégies de réduction des méfaits (Québec, 2001). Il en va de même en ce qui concerne les autorités fédérales, puisque le ministère de la Santé du Canada établit « le besoin d'étendre et de rendre plus efficaces les services de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie partout au pays » (Canada, 2001 ; p.13).
- 6 Nous employons le terme « logiques », mais on pourra lui préférer « jeux de langage » (Wittgenstein), « formations discursives » (Foucault) ou « systèmes » (Luhmann).
- 7 Loi réglementant certaines drogues et autres substances, Canada, L.C. 1996.
- 8 Contrairement aux pays de tradition romano-germanique, les pays de common law interdisent la consommation au moyen de l'infraction de possession, qui est une condition et non une conduite. Des conséquences majeures en découlent sur le plan de la mise en force du droit ; voir à ce sujet Carrier (2000), Dias Ferreira (1996), Collison (1994), Krasaka (1992), Moore et Kleinman (1989) et Commission LeDain (1973, 1970).
- 9 Pour une discussion plus élaborée du procès de symptomatologisation (cependant établi en lien avec la figure des criminels plutôt que celle des toxicomanes), voir Carrier (soumis).
- 10 La cindynisation renvoie à la distinction entre danger et sécurité (Lianos, 2001), alors que la notion de périlisation, telle que nous la construisons, opère une distinction entre le risque et la confiance dans le cadre d'une prise de décision. Le risque et le danger ne doivent pas être traités comme des synonymes ; le risque renvoie à une construction particulière de l'idée de danger. Le risque réside dans la décision prise à la suite de distinctions telles que bons/mauvais résultats, avantages/désavantages, gains/pertes et « la distinction entre la probabilité et l'improbabilité de leur occurrence » (Luhmann, 1993 :219). Beck (1994) et Luhmann (1998, 1993) explicitent davantage la différence entre risque et danger en prenant pour exemple la possibilité que nous avons de nous assurer contre une multitude d'accidents divers. Le dernier écrit d'ailleurs que « [...] all dangers against which we could insure ourselves are thereby transformed into risks », puisqu'il

s'agit de décider si nous nous assurons ou pas contre ces dangers. L'envers du risque n'est donc pas la sécurité, mais bien la confiance [voir chez Giddens (1990) les distinctions entre *trust* et *confidence*, que le français ne peut rendre]. La réduction des méfaits institue des stratégies qui, plutôt que d'écarter toute forme de danger, permettent plutôt de développer une certaine confiance quant à la protection effective des dangers liés à l'usage périllisé, c'est-à-dire construit par le risque plutôt que par le symptôme ou l'illicite. Ces stratégies ne sauraient assurer un usage exempt de danger. Par exemple, un UDI qui s'injecte avec une seringue qu'il vient de quérir dans un PES est alors, présumons-le, confiant que la seringue est bel et bien propre et stérile et que cela permet de le prémunir de possibles dangers liés à sa pratique (abcès, infections virales, etc.). Le danger ne disparaît pas, mais sa décision est construite comme le prémunissant contre le risque qu'il pose.

- 11 Ces objectifs dualistes seraient explicites dans la stratégie canadienne anti-drogues (voir Riley, 1998).
- 12 L'évolution des normativités pénales canadiennes dans le cas de la prohibition des drogues est cependant une histoire d'exceptions et de violations des droits constitutionnels des personnes, cautionnées par les gouvernants. Nous pensons ici particulièrement au mandat de main-forte (1929-1985) et au renversement du fardeau de la preuve (1954-1986) qui ont marqué cette histoire. Voir à ce sujet Giffen, Endicott et Lambert (1991), LeDain (1973) et Solomon et Green (1988).
- 13 Ainsi observe-t-on toujours en sol canadien l'incarcération de personnes reconnues coupables d'avoir eu en leur possession quelques joints de cannabis (Dion 2000, 1999, 1997).
- 14 La mise en place des programmes de prescription repose essentiellement sur la reconnaissance des symptômes du sevrage attribués à l'usage de certains produits psychotropes tel que les opiacés. C'est pourquoi il demeure insensé de considérer, selon cette logique, la mise en place de programmes de substitution pour les utilisateurs de cocaïne, puisqu'on n'associe à ce produit aucune manifestation d'une dépendance physique. On peut cependant imaginer le développer de pharmacothérapies pour réagir à l'usage de drogues en modifiant le corps de façon à bloquer leurs effets ; une somme astronomique de travaux en biologie moléculaire est ainsi consacrée à la quête d'une réponse bio-technologique à la « co-caïnomanie » qui puisse se signifier autrement que par une intervention sur les effets du « manque » de la substance.
- 15 À Vancouver, la distribution du matériel stérile aux personnes qui ne l'échange pas contre du matériel utilisé est laissé, dans les faits, à la discrétion des employés des PES. À Montréal, cependant, la logique d'échange a fait place à une logique de distribution.
- 16 Sur cette distinction entre les opérations communicationnelles sociétales et la phénoménologie, voir, pour la théorie des systèmes, Luhmann (1998b, 1990a), Barbesino et Salvaggio (1996) et Teubner (1994). Une telle distinction n'est pas typique de la théorie luhmanienne ; elle s'aperçoit aussi, entre autres, dans la théorie de la structuration chez Anthony Giddens (1991, 1990, 1984), dans la société du risque d'Ulrich Beck (2001) et, dans le champ spécifique de la pratique psychotrope, chez Denzin (1993).
- 17 L'homme délinquant que fait naître Lombroso — on s'occupera des femmes plus tard — est la personne qui présente une régression sur le plan de l'évolution de l'espèce, régression observable au niveau anthropomorphique. Shoemaker (1990 :17) rapporte que la liste des éléments témoignant de l'atavisme selon Lombroso, outre la forme de la mâchoire, des oreilles, des joues, etc., contenait également l'item « tatouage » ! Pour plus de détails sur Lombroso et la personnalité criminelle élaborée par ses élèves, qui formèrent avec lui l'école positiviste italienne de la criminologie, voir notamment Cohen (1988), Garland (1985), Pfohl (1985), Yochelson et Samenow (1976) et Ellenberger (1969).
- 18 Un exemple flagrant : le cas du cannabis, à l'égard duquel l'examen canadien d'une éventuelle libéralisation juridique se déroule sur le territoire de la médecine plutôt que sur celui de la philosophie politique.
- 19 Voir Carrier (2003) pour plus de détails sur les objectifs attribués à la mise en place de LIDI au Canada, et Carrier et Lauzon (dans le présent numéro) pour une illustration de la disjonction entre les fins des tenants de la réduction des méfaits et les désirs

- des personnes à l'égard desquelles on intervient dans une logique de périllisation.
- 20 Rappelons que la nature des infractions créées par le prohibitionnisme rend impossible que la police puisse se concentrer sur le « supply side of the drug problem » sans opérer un contrôle instrumental des personnes qui consomment les drogues illégales.
 - 21 Voir aussi Swiss Federal Office of Public Health (1999:6).
 - 22 La construction croissante de l'usage du tabac et de l'alcool dans le langage de la périllisation a conduit à une augmentation des contrôles concernant l'accessibilité au produit et les lieux où leur consommation est licite.
 - 23 La réciprocité des rapports entre les logiques économique et politique et le corps docile foucauldien représente peut-être une dimension permettant de comprendre pourquoi la notion de savoir/pouvoir de l'historien est utilisée, par exemple chez Stanley Cohen (1985) et Gary T. Marx (1985), dans son aspect seulement coercitif et non productif ou inductif. Il s'agit là de deux prophètes du Big Brother orwellien parmi les plus influents ; Cohen disserte d'un élargissement du « filet pénal » et Marx d'une « société à sécurité maximale ».
 - 24 Voir aussi à ce sujet Bauman (1992 :ch.4), Melossi (1990 :ch.10) et Hewitt (1991).
 - 25 On peut décomposer cette thèse en deux variantes épistémologiques. Dans la première variante, la médecine est considérée comme un savoir/pouvoir investissant toujours plus profondément les corps-objets. Y figurent les analyses de la médicalisation de la ménopause, du syndrome pré-menstruel (Turner, 1992), les analyses féministes critiquant la médicalisation de l'accouchement et de la maternité (Martin, 1992), ou encore, les analyses du développement des politiques de vaccination (Skomska-Godefroy, 1996). Dans la seconde variante, les analyses s'intéressent à la biopathologisation d'objets qui devraient plutôt, selon les analystes, être construits par leur socio- ou psychopathologisation. Cette variante s'illustre notamment dans des travaux sur la dépression (Ehrenberg, 1998) et l'hyperactivité (Conrad et Schneider, 1980).
 - 26 Peut-être faut-il aussi donner à Parsons (1951 :ch.10) une part de responsabilité pour cette habitude, celui-ci ayant proposé une théorie de l'action dans laquelle le malade est conçu comme un objet déviant appelant des mécanismes régulatoires.
 - 27 Zola confond la science (post)positiviste et la médecine. Voir Herzlich et Pierret (1984) et Foucault (1963) pour deux analyses beaucoup plus fines des rapports entre le langage biomédical et religieux et, parallèlement, Freitag (2002, 1995) et Habermas (1976, 1968) sur les rapports entre technique, positivisme et vérité.
 - 28 Comme chez LeBreton (1990), l'analyse que fait Turner de la médicalisation se situe au cœur du développement d'une anthropo-sociologie du corps qui met en cause la dichotomie cartésienne du cogito et du corps-objet/machine.
 - 29 On trouve, par exemple, une telle « conception abstraite » dans la définition de la santé produite par l'Organisation mondiale de la santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».
 - 30 Voir à ce sujet Martin (1994) et Haraway (1991a).
 - 31 Les concepts employés par ces anthropologues et sociologues sont en retour fortement critiqués par les penseurs posthumanistes ou postmodernes du corps. On pourra consulter à ce sujet Bury (1998), Fox (1998, 1997, 1994) et Haraway (1991b).
 - 32 Voir Giddens (1990) et Luhmann (1998b) pour d'importantes réflexions sur la dislocation de l'espace et du temps.
 - 33 La notion de rupture paradigmatique sur laquelle s'est ouvert notre texte peut être conçue soit comme la modification réflexive du processus autoréférentiel de la réflexivité dans un langage donné, soit comme l'émergence d'un langage opérant une nouvelle autoréférentialité, créant un objet à son tour continuellement re-constitué.
 - 34 Un exemple que donne Beck est le suivant : plutôt que de suivre le bon sens qui demande une société sans pollution, elle s'oriente plutôt vers une société de pollution « acceptable » devant l'idéalisme allégué de la première ; les savoirs définissant la frontière de l'acceptable n'étant évidemment vrais que dans un présent déjà passé.

- 35 Michel Freitag écrit : « Les nouvelles régulations décisionnelles [...] comportent une pure et simple objectivation des mécanismes ‘opérationnels’ par lesquels s’opère pragmatiquement l’unification systémique de la société. L’idée de ‘système’ se substitue ainsi à celle de ‘structure’, c’est-à-dire d’une unité sous-jacente, dont les ‘mécanismes’ constitutifs ne sont accessibles qu’à un observateur extérieur, et qui assume une fonction transcendante à l’égard des pratiques particulières qu’elle régit et dans lesquelles elle se reproduit. Concrètement, la ‘structure’ désigne l’unité a priori des médiations des pratiques sociales. Or, avec l’aide idéologique et pratique des sciences sociales ‘technocratiques’, la nouvelle société systémique tend précisément à étaler à la surface l’ensemble de ses médiations, qui deviennent directement objets de décisions et de contrôle, de ‘manipulations’, en tant que procédures opérationnelles objectifiées et transparentes. Du même coup, la ‘société’ perd toute valeur normative à l’égard des pratiques particulières ; ce ne sont plus celles-ci qui la ‘reproduisent’ comme dans les sociétés antérieures. Elle devient au contraire elle-même la résultante de leurs interrelations empiriques. Les pratiques sociales échappent du même coup à tout principe d’unité transcendantale, elles ne renvoient plus qu’à une multitude de subjectivités individuelles et collectives partielles et circonstancielles. C’est donc le concept même de ‘société’ qui tend à s’effacer aussi bien de la théorie que de la pratique, aussi bien de la conscience commune que des sciences sociales (les relations systémiques dont ces dernières s’occupent ne sont plus appelées ‘sociales’ que par habitude). Si alors la ‘culture’ tend à disparaître, avec ou sans majuscule, c’est d’abord parce que la société disparaît en tant qu’universel concret, et qu’elle ne disparaît pas en ‘se cachant’, mais bien en se dévoilant complètement, et en perdant du même coup son caractère *d’a priori* ». (Freitag, 1986b :351)
- 36 On néglige habituellement sa dimension incarnée (Burkitt, 1999 ; Turner, 1992 :ch.2).
- 37 Voir Luhmann (1996 :114-115) pour une interprétation non foucaldienne de ce phénomène.
- 38 Textes universitaires ou non, textes radiophoniques, images télévisuelles, virtuelles...
- 39 Voir aussi Burr et Butt (2000) et Gergen (2000).
- 40 Pour une critique de l’usage du terme « communauté » dans les discours politiques liés aux modifications des appareils répressifs dans le virage de la « police communautaire », mais néanmoins applicable à d’autres objets, dont les discours liés au contrôle de l’usage des drogues illicites, voir particulièrement Lyons (1999).
- 41 Cette microphysique se manifeste notamment chez les psycho- et sociopathologues qui crient à une « banalisation des drogues » ou encore par le formidable nombre d’études bio/socio/psy en cours sur les « causes » ou « facteurs déterminants » des « pratiques à risques chez les UDI ».
- 42 On pourrait d’ailleurs suivre cette piste pour interpréter son succès dans d’autres champs que celui du contrôle de l’usage des drogues illicites, par exemple dans celui des pratiques correctionnelles. Les analyses de Garland (2001), de Simon et Feeley (1995) et de Simon (1988) invitent à une telle généralisation du langage de la périllisation.

Volume 2, numéro 1

Réduction des risques et des méfaits

Responsables : Pierre Brisson et Carole Morissette

Présentation du numéro :

Réduction des risques et des méfaits : Pierre Brisson et Carole Morissette

Articles :

- 1) **Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites :
La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation**
Nicolas Carrier et Bastien Quirion
Article de réflexion théorique
- 2) **Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal**
Élise Roy, Éva Nonn, Nancy Haley, Carole Morissette
Article de résultats de recherche
- 3) **Se shooter en présence d'intervenants ! ?
Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal**
Nicolas Carrier et Pierre Lauzon,
Article de résultats de recherche
- 4) **Interventions de prévention efficaces contre le VIH et l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogues par injection (UDI)**
Nancy Haley, Élise Roy, Pascale Leclerc
Article de transfert de connaissances
- 5) **Évaluation d'implantation dans un contexte participatif :
Le processus suivi à Relais-Méthadone**
Michel Perreault, Isabelle Tremblay, Céline Mercier (pour l'équipe de recherche),
David Barbeau, Radegonde Ndejuru, Pierre Lauzon (pour l'équipe d'intervenants et de responsables du programme)
Article de résultats de recherche
- 6) **Le traitement de substitution à la méthadone au Québec :
Une mesure de santé publique en réadaptation**
Isabelle Paquin
Article de transfert de connaissances
- 7) **L'approche de réduction des méfaits :
Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie**
Michel Landry et Marie Lecavalier
Article de réflexion sur les pratiques cliniques